

Relatório mundial sobre violência e saúde

Editado por
Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy,
Anthony B. Zwi e Rafael Lozano



Organização Mundial da Saúde
Genebra
2002

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Biblioteca da OMS

World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.].

1. Violência 2. Violência doméstica 3. Suicídio 4. Agressões sexuais 5. Guerra
6. Saúde Pública 7. Fatores de risco I. Krug, Etienne G.

ISBN 92 4 154561 5 (Classificação NLM: HV 6625)

Citação sugerida: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

Fotografia de Nelson Mandela reproduzida com a autorização do Congresso Nacional Africano.

A Organização Mundial da Saúde acolhe com prazer as solicitações de permissão para reproduzir ou traduzir suas publicações, parcial ou totalmente. As solicitações e os pedidos devem ser encaminhados ao Escritório de Publicações, World Health Organization, Genebra, Suíça, que ficará satisfeito em fornecer as últimas informações relacionadas a qualquer alteração que tenha sido feita no texto, programações para novas edições, reimpressões e traduções já disponíveis.

© **World Health Organization 2002**

As publicações da Organização Mundial da Saúde gozam de proteção dos direitos autorais em conformidade com as provisões do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais (Universal Copyright Convention). Todos os direitos reservados.

As designações empregadas nesta publicação e a apresentação do referido material não implicam a expressão de qualquer opinião de parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde que diz respeito ao *status* legal de qualquer país, território, cidade ou área de sua autoridade ou à limitação de suas fronteiras ou limites.

A menção a empresas específicas ou determinados produtos não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde de preferência a outros de natureza semelhante que não foram mencionados. Salvo erros e omissões, os nomes dos produtos patenteados estão diferenciados por letras maiúsculas iniciais.

A designação “país ou área”, que aparece nos cabeçalhos das tabelas, engloba países, territórios, cidades ou áreas.

Elaborado por minimum graphics.

Composição e impressão realizada na Suíça,

2002/14323—Stratcom—20 000

Sumário

Preâmbulo	ix
Prefácio	xi
Contribuições	xiii
Agradecimentos	xvii
Introdução	xix
Capítulo 1. Violência – um problema mundial de saúde pública	1
Antecedentes	3
O visível e o invisível	3
Um problema que pode ser evitado	3
Como uma abordagem de saúde pública pode contribuir?	3
Definindo violência	5
Intencionalidade	5
Tipologia da Violência	6
Tipos de Violência	6
A natureza dos atos violentos	6
Medindo a violência e o seu impacto	7
Tipos de dados	7
Fontes de dados	8
Problemas na coleta de dados	8
Um panorama geral sobre o conhecimento atual	9
Estimativas de mortalidade	9
Estimativas de violência não fatal	11
Os custos da violência	11
Analisando as raízes da violência: um modelo ecológico	12
Vários níveis	12
Vínculos complexos	13
Como a violência pode ser evitada?	15
Tipos de prevenção	15
Respostas multifacetadas	16
Documentando respostas efetivas	16
Equilibrando a ação de saúde pública	16
Lidando com as normas culturais	16
Ações contra a violência em todos os níveis	16
Problemas para os responsáveis pela tomada de decisões nacionais	17
Conclusão	19
Referências	19
Capítulo 2. Violência juvenil	23
Antecedentes	25
A extensão do problema	25
Índices de homicídio juvenil	25
Tendências nos homicídios juvenis	26
Violência não fatal	27
Comportamentos de risco para a violência juvenil	29
A dinâmica da violência juvenil	30
Como a violência juvenil se inicia?	30
Fatores situacionais	31
Quais os fatores de risco para a violência juvenil?	32
Fatores individuais	32
Fatores de relacionamento	33

Fatores relacionados à comunidade	34
Fatores sociais	36
O que pode ser feito para evitar a violência juvenil?	38
Abordagens individuais	38
Abordagens de relacionamento	41
Esforços comunitários	43
Abordagens sociais	45
Recomendações	47
Criando sistemas de coleta de dados	47
Mais pesquisas científicas	47
Desenvolvendo estratégias de prevenção	48
Disseminando o conhecimento	48
Conclusão	49
Referências	49
Capítulo 3. Abuso infantil e negligência por parte dos pais e outros responsáveis	57
Antecedentes	59
Como se define o abuso e a negligência em relação à criança?	59
Questões culturais	59
Tipos de abuso	59
A extensão do problema	60
Abuso fatal	60
Abuso não fatal	60
Quais os fatores de risco para o abuso infantil e a negligência?	65
Fatores que aumentam a vulnerabilidade das crianças	66
Características da família e do responsável pelos cuidados com a criança	66
Fatores comunitários	68
Fatores sociais	68
As consequências do abuso infantil	69
Carga para a saúde	69
Carga financeira	70
O que pode ser feito para evitar o abuso infantil e a negligência?	70
Abordagens de apoio às famílias	70
Abordagens de serviços de saúde	72
Abordagens terapêuticas	73
Recursos legais e relacionados	74
Esforços baseados na comunidade	75
Abordagens sociais	76
Recomendações	78
Melhor avaliação e monitoramento	78
Melhores sistemas de respostas	78
Desenvolvimento de políticas	78
Melhores dados	78
Mais pesquisas	80
Documentação de respostas eficazes	80
Treinamento e educação aperfeiçoados para os profissionais	80
Conclusão	80
Referências	81
Capítulo 4. Violência perpetrada por parceiros íntimos	87
Antecedentes	89

A extensão do problema	89
Medindo a violência de gênero	91
Violência de gênero e assassinato	93
Noções tradicionais de honra masculina	93
A dinâmica da violência de gênero	93
Como as mulheres reagem ao abuso?	95
Quais os fatores de risco para a violência praticada por parceiros íntimos?	96
Fatores individuais	97
Fatores de relacionamento	99
Fatores comunitários	99
Fatores sociais	100
As consequências da violência praticada por parceiros íntimos	100
Impacto na saúde	100
Impacto econômico da violência	102
Impacto sobre as crianças	103
O que pode ser feito para evitar a violência praticada por parceiros íntimos?	103
Apoio às vítimas	104
Medidas legais e reformas jurídicas	104
Tratamento para os perpetradores de abuso	106
Intervenções dos serviços de saúde	106
Esforços baseados nas comunidades	107
Princípios de boa prática	109
Ação em todos os níveis	110
Envolvimento das mulheres	111
Mudando as culturas institucionais	111
Uma abordagem multissetorial	111
Recomendações	111
Pesquisas sobre a violência praticada por parceiros íntimos	112
Fortalecendo as fontes informais de apoio	112
Criando uma causa comum com outros programas sociais	112
Investindo na prevenção primária	113
Conclusão	113
Referências	113
Capítulo 5. Abuso de idosos	123
Antecedentes	125
Como é definido o abuso de idosos?	126
Sociedades tradicionais	127
A extensão do problema	129
Cenários domésticos	129
Cenários institucionais	129
Quais os fatores de risco para o abuso de idosos?	130
Fatores individuais	130
Fatores de relacionamento	131
Fatores comunitários e sociais	131
As consequências do abuso de idosos	132
Cenários domésticos	132
Instituições	133
O que pode ser feito para evitar o abuso de idosos?	134
Respostas em nível nacional	134
Respostas locais	136
Recomendações	141

	Maior conhecimento	141
	Leis mais efetivas	142
	Estratégias de prevenção mais eficazes	142
	Conclusão	143
	Referências	143
Capítulo 6.	Violência sexual	147
	Antecedentes	149
	Como a violência sexual é definida?	149
	Formas e contextos da violência sexual	149
	A extensão do problema	150
	Fontes dos dados	150
	Estimativas de violência sexual	150
	Violência sexual em escolas, estabelecimentos de assistência à saúde, conflitos armados e locais de refugiados	155
	Formas “costumeiras” de violência sexual	156
	Quais os fatores de risco para a violência sexual?	157
	Fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres	157
	Fatores que aumentam o risco de homens cometerem estupro	159
	Fatores relacionados aos amigos e à família	160
	Fatores comunitários	161
	Fatores sociais	161
	As consequências da violência sexual	162
	Gravidez e complicações ginecológicas	162
	Doenças sexualmente transmitidas	163
	Saúde mental	163
	Comportamento suicida	163
	Ostracismo social	163
	O que pode ser feito para evitar a violência sexual?	165
	Abordagens individuais	165
	Abordagens de desenvolvimento	166
	Respostas da assistência à saúde	166
	Esforços comunitários	168
	Respostas legais e políticas	169
	Ações para evitar outras formas de violência sexual	170
	Recomendações	172
	Mais pesquisa	172
	Determinando respostas eficazes	173
	Maior atenção à prevenção primária	173
	Lidando com o abuso sexual dentro do setor de saúde	173
	Conclusão	174
	Referências	174
Capítulo 7.	Violência auto-infligida	183
	Antecedentes	185
	Como é definido suicídio?	185
	A extensão do problema	186
	Comportamento suicida fatal	186
	Comportamento suicida não fatal e idéias suicidas	189
	Quais os fatores de risco para o comportamento suicida?	191
	Fatores psiquiátricos	192
	Indicadores biológicos e médicos	193

Acontecimentos da vida agindo como fatores desencadeantes	194
Fatores sociais e ambientais	196
O que pode ser feito para evitar o suicídio?	199
Abordagens de tratamento	199
Abordagens comportamentais	199
Abordagens de relacionamento	200
Esforços baseados na comunidade	201
Abordagens sociais	201
Intervenção após o suicídio	203
Recomendações	204
Melhores dados	204
Pesquisas adicionais	205
Melhores tratamentos psiquiátricos	205
Mudanças ambientais	205
Fortalecendo os esforços comunitários	206
Conclusão	206
Referências	206
Capítulo 8. Violência coletiva	213
Antecedentes	215
Como se define violência coletiva?	215
Formas de violência coletiva	215
Dados sobre violência coletiva	217
Fontes de dados	217
Problemas com a coleta de dados	217
A extensão do problema	217
Vítimas de conflitos	218
A natureza dos conflitos	218
Quais os fatores de risco de violência coletiva?	220
Fatores políticos e econômicos	220
Fatores sociais e da comunidade	221
Fatores demográficos	222
Fatores tecnológicos	222
As consequências da violência coletiva	222
Impacto na saúde	222
Impacto em populações específicas	225
Impacto demográfico	225
Impacto socioeconômico	226
O que pode ser feito para evitar a violência coletiva?	228
Reduzir o potencial de conflitos violentos	228
Reações a conflitos violentos	229
Documentação, pesquisa e disseminação de informações	232
Recomendações	233
Informações e compreensão	234
Evitando conflitos violentos	234
Manutenção da paz	236
Respostas do setor da saúde	236
Respostas humanitárias	236
Conclusão	236
Referências	237
Capítulo 9. O caminho a seguir: recomendações para a ação	241

Antecedentes	243
Respondendo à violência: o que se sabe até agora?	243
Principais lições até hoje	243
Por que o setor de saúde deve se envolver?	245
Estabelecendo responsabilidades e prioridades	246
Recomendações	246
Conclusão	254
Referências	254
 Anexo: Estatísticas	 255
Recursos	325
Índice remissivo	331

Preâmbulo



O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Em uma escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade, ele nos oprime com seu legado de destruição em massa, de violência imposta. Mas esse legado - resultado de novas tecnologias a serviço de ideologias de ódio – não é o único que carregamos, nem que devemos enfrentar.

Menos visível, mais ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados, jovens oprimidos por outros jovens e pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias. Este sofrimento - e há muitos outros exemplos que eu poderia citar - é um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela.

Na ausência de democracia, respeito pelos direitos humanos e um bom governo, a violência prospera. Frequentemente conversamos sobre como uma "cultura de violência" pode criar raízes. Isso, de fato, é uma verdade. Como um sul-africano que vivenciou o *apartheid* e está vivendo suas conseqüências, tenho visto e experimentado isto. Também é verdade que os padrões de violência são mais difusos e difundidos nas sociedades em que as autoridades endossam o uso da violência por meio de suas próprias ações. Em muitas sociedades, a violência é tão dominante que frustra as esperanças de desenvolvimento econômico e social. Não podemos deixar que isto continue.

Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser modificadas. Em meu próprio país e em todo o mundo, temos exemplos notáveis de como a violência tem sido combatida. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença.

Dou as boas-vindas a este primeiro *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Este relatório significa uma valiosa contribuição para a nossa compreensão da violência e seu impacto sobre as sociedades. Ele ilumina as diferentes faces da violência, desde o sofrimento "invisível" dos indivíduos mais vulneráveis da sociedade até toda a tragédia, bastante visível, das sociedades em conflito. Ele antecipa nossa análise dos fatores que levam à violência e as possíveis respostas dos diferentes setores da sociedade. E, ao fazer isto, ele nos lembra que a segurança e a tranquilidade não acontecem simplesmente, elas são o resultado de consenso coletivo e investimento público.

O relatório descreve e faz recomendações para ações em nível local, nacional e internacional. Ele será, portanto, uma ferramenta de valor imensurável para os legisladores, pesquisadores, médicos, advogados e voluntários envolvidos com a prevenção da violência. Uma vez que a violência tradicionalmente tem sido atribuída ao domínio do sistema de justiça penal, o relatório apresenta de maneira intensa suas razões para envolver todos os setores da sociedade em esforços preventivos.

Nós devemos às nossas crianças - os cidadãos mais vulneráveis em qualquer sociedade - uma vida livre de violência e medo. A fim de assegurar isto, devemos manter-nos incansáveis em nossos esforços não apenas para alcançar a paz, a justiça e a prosperidade para os países, mas também para as comunidades e membros da mesma família. Devemos dirigir nossa atenção para as raízes da violência. Somente assim, transformaremos o legado do século passado de um fardo opressor em um aviso de alerta.

Nelson Mandela

Preâmbulo



Em todo o mundo, a violência invade a vida de muitas pessoas e, de alguma maneira, toca a todos nós. Para muitas pessoas, ficar a salvo é questão de trancar portas e janelas e evitar lugares perigosos. Para outros, é impossível escapar. A ameaça da violência está atrás dessas portas, bem escondida da vista pública. E, para aqueles que vivem no meio de guerras e conflitos, a violência permeia todos os aspectos da vida.

Este relatório, o primeiro sumário abrangente do problema em uma escala global, mostra não apenas o tributo humano da violência – mais de 1,6 milhões de vidas perdidas a cada ano e um número incontável de vidas prejudicadas nem sempre de maneira aparente –, mas expõe as muitas faces da violência interpessoal, coletiva e auto-infligida, bem como os cenários em que ela ocorre. Mostra que, onde a violência persiste, a saúde é seriamente comprometida.

Em muitos aspectos, o relatório também nos desafia. Força-nos a ir além das nossas noções do que é aceitável e confortável, a desafiar noções de que atos de violência são simplesmente questões de privacidade familiar, escolhas individuais ou facetas inevitáveis da vida. A violência é um problema complexo, relacionado a padrões de pensamento e comportamento que são formados por uma multidão de forças dentro das nossas famílias e comunidades, forças essas que, ainda, podem transcender as fronteiras nacionais. O relatório urge-nos a trabalhar com uma série de parceiros e adotar uma abordagem que seja proativa, científica e abrangente.

Temos algumas das ferramentas e conhecimento que fazem a diferença - as mesmas ferramentas que têm sido utilizadas com êxito para atacar outros problemas de saúde. Isto se torna evidente no relatório. E temos a noção de onde aplicar nosso conhecimento. A violência é, em geral, previsível e evitável. Assim como outros problemas de saúde, ela não está distribuída de maneira uniforme pelos grupos populacionais ou regiões. Muitos dos fatores que aumentam o risco da violência são compartilhados pelos diferentes tipos de violência e são passíveis de modificações.

Um tema que se repete neste relatório é a importância da prevenção primária. Aqui, até mesmo pequenos investimentos podem trazer grandes e duradouros benefícios, mas não sem a resolução de líderes e o apoio aos esforços preventivos de um grande número de parceiros nas esferas públicas e privadas, e tanto em países industrializados como nos países emergentes.

A saúde pública tem obtido resultados notáveis nas últimas décadas, particularmente em relação à redução dos índices de muitas doenças infantis. Entretanto, salvar nossas crianças destas doenças apenas para permitir que se tornem vítimas da violência ou perdê-las mais tarde para atos de violência entre parceiros íntimos, selvagerias das guerras e dos conflitos, ferimentos infligidos por elas próprias ou suicídio, seria uma falha da saúde pública.

Enquanto a saúde pública não oferecer todas as respostas para este problema complexo, estamos determinados a desempenhar nosso papel na prevenção da violência mundial. Este relatório contribuirá para moldar a resposta global à violência e fazer do mundo um lugar mais seguro e mais saudável para todos. Convido você a ler o relatório com muita atenção e juntar-se a mim e aos muitos especialistas em prevenção à violência do mundo todo, que aqui contribuiram na implementação de um chamamento vital para a ação.

Gro Harlem Brundtland

Diretora Geral

Organização Mundial da Saúde

Contribuições

Direção editorial

Comitê editorial

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Rafael Lozano.

Editor executivo

Linda L. Dahlberg.

Comitê consultivo

Nana Apt, Philippe Biberson, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, William Foege, Adam Graycar, Rodrigo Guerrero, Marianne Kastrup, Reginald Moreels, Paulo Sergio Pinheiro, Mark L. Rosenberg, Terezinha da Silva, Mohd Sham Kasim.

Secretariado da OMS

Ahmed Abdullatif, Susan Bassiri, Assia Brandrup-Lukanow, Alberto Concha-Eastman, Colette Dehlot, Antonio Pedro Filipe, Viviana Mangiaterra, Hisahi Ogawa, Francesca Racioppi, Sawat Ramaboot, Pang Ruyan, Gyanendra Sharma, Safia Singhateh, Yasuhiro Suzuki, Nerayo Tecklemichael, Tomris Turmen, Madan Upadhyay, Derek Yach.

Consultores Regionais

OMS - Região Africana

Nana Apt, Niresh Bhagwandin, Chiane Esther, Helena Zacarias Pedro Garinne, Rachel Jewkes, Naira Khan, Romilla Maharaj, Sandra Marais, David Nyamwaya, Philista Onyango, Welile Shasha, Safia Singhateh, Isseu Diop Touré, Greer van Zyl.

OMS - Região das Américas

Nancy Cardia, Arturo Cervantes, Mariano Ciafardini, Carme Clavel-Arcas, Alberto Concha-Eastman, Carlos Fletes, Yvette Holder, Silvia Narvaez, Mark L. Rosenberg, Ana Maria Sanjuan, Elizabeth Ward.

OMS - Região Sudeste da Ásia

Srikala Bharath, Vijay Chandra, Gopalakrishna Gururaj, Churnrutai Kanchanachitra, Mintarsih Latief, Panpimol Lotrakul, Imam Mochny, Dinesh Mohan, Thelma Narayan, Harsaran Pandey, Sawat Ramaboot, Sanjeeva Ranawera, Poonam Khetrpal Singh, Prawate Tantipiwatanaskul.

OMS - Região Européia

Franklin Apfel, Assia Brandrup-Lukanow, Kevin Browne, Gani Demolli, Joseph Goicoechea, Karin Helweg-Larsen, Mária Herczog, Joseph Kasonde, Kari Killen, Viviana Mangiaterra, Annemiek Richters, Tine Rikke, Elisabeth Schauer, Berit Schei, Jan Theunissen, Mark Tsechkovski, Vladimir Verbitski, Isabel Yordi.

OMS - Região do Mediterrâneo Oriental

Saadia Abenaou, Ahmed Abdullatif, Abdul Rahman Al-Awadi, Shiva Dolatabadi, Albert Jokhadar, Hind Khattab, Lamis Nasser, Asma Fozia Qureshi, Sima Samar, Mervat Abu Shabana.

OMS - Região do Pacífico Ocidental

Liz Eckermann, Mohd Sham Kasim, Bernadette Madrid, Pang Ruyan, Wang Yan, Simon Yanis.

Autores e revisores

Capítulo 1. Violência - um problema global de saúde pública

Autores: Linda L. Dahlberg, Etienne G. Krug.

Quadros: Alberto Concha-Eastman, Rodrigo Guerrero (1.1); Alexander Butchart (1.2); Vittorio Di Martino (1.3).

Capítulo 2. Violência juvenil

Autores: James A. Mercy, Alexander Butchart, David Farrington, Magdalena Cerdá.

Quadros: Magdalena Cerdá (2.1); Alexander Butchart (2.2).

Revisores: Nancy Cardia, Alberto Concha-Eastman, Adam Graycar, Kenneth E. Powell, Mohamed Seedat, Garth Stevens.

Capítulo 3. Abuso infantil e negligência por parte dos pais e outros responsáveis

Autores: Desmond Runyan, Corrine Wattam, Robin Ikeda, Fatma Hassan, Laurie Ramiro.

Quadros: Desmond Runyan (3.1); Akila Belembaogo, Peter Newell (3.2); Philista Onyango (3.3);

Magdalena Cerdá, Mara Bustelo, Pamela Coffey (3.4).

Revisores: Tilman Furniss, Fu-Yong Jiao, Philista Onyango, Zelided Alma de Ruiz.

Capítulo 4. Violência perpetrada por parceiros íntimos

Autores: Lori Heise, Claudia Garcia-Moreno.

Quadros: Mary Ellsberg (4.1); Pan American Health Organization (4.2); Lori Heise (4.3).

Revisores: Jill Astbury, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, Terezinha da Silva.

Capítulo 5. Abuso de idosos

Autores: Rosalie Wolf, Lia Daichman, Gerry Bennett.

Quadros: HelpAge International Tanzania (5.1); Yuko Yamada (5.2); Elizabeth Podnieks (5.3).

Revisores: Robert Agyarko, Nana Apt, Malgorzata Halicka, Jordan Kosberg, Alex Yui-Huen Kwan, Siobhan Laird, Ariela Lowenstein.

Capítulo 6. Violência sexual

Autores: Rachel Jewkes, Purna Sen, Claudia Garcia-Moreno.

Quadros: Rachel Jewkes (6.1); Ivy Josiah (6.2); Fatma Khafagi (6.3); Nadine France, Maria de Bruyn (6.4).

Revisores: Nata Duvvury, Ana Flávia d'Oliveira, Mary P. Koss, June Lopez, Margarita Quintanilla Gordillo, Pilar Ramos-Jimenez.

Capítulo 7. Violência auto-infligida

Autores: Diego DeLeo, José Bertolote, David Lester.

Quadros: Ernest Hunter, Antoon Leenaars (7.1); Danuta Wasserman (7.2).

Revisores: Annette Beautrais, Michel Grivna, Gopalakrishna Gururaj, Ramune Kalediene, Arthur Kleinman, Paul Yip.

Capítulo 8. Violência coletiva

Autores: Anthony B. Zwi, Richard Garfield, Alessandro Loretto.

Quadros: James Welsh (8.1); Joan Serra Hoffman, Jose Teruel, Sylvia Robles, Alessandro Loretto (8.2); Rachel Brett (8.3).

Revisores: Suliman Baldo, Robin Coupland, Marianne Kastrup, Arthur Kleinman, David Meddings, Paulo Sergio Pinheiro, Jean Rigal, Michael Toole.

Capítulo 9. O caminho a seguir: recomendações para a ação

Autores: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Andrew Wilson.

Quadros: Tyrone Parks, Shereen Usdin, Sue Goldstein (9.1); Joan Serra Hoffman, Rodrigo Guerrero, Alberto Concha-Eastman (9.2); Laura Sminkey, Etienne G. Krug (9.3).

Anexo: Estatísticas

Colin Mathers, Mie Inoue, Yaniss Guigoz, Rafael Lozano, Lana Tomaskovic.

Fontes

Laura Sminkey, Alexander Butchart, Andrés Villaveces, Magdalena Cerdá.

Agradecimentos

A Organização Mundial da Saúde e o Comitê Editorial gostariam de prestar uma homenagem especial à principal autora do capítulo sobre abusos de idosos, Rosalie Wolf, que faleceu em junho de 2001. Foi incomensurável sua contribuição relacionada aos cuidados e à proteção contra abusos e negligência aos idosos. Ela demonstrou um comprometimento tenaz para com esta parcela particularmente vulnerável e, quase sempre, renegada, da população.

A Organização Mundial da Saúde reconhece agradecida os vários autores, revisores, conselheiros e consultores, cuja dedicação, apoio e experiência tornou este relatório possível. Este relatório também foi beneficiado pela contribuição de muitas outras pessoas. Fazemos menção especial a Tony Kahane que revisou os rascunhos e a Caroline Allsoop e Angela Haden que editaram o texto final. Gostaríamos de estender nossos agradecimentos a Sue Armstrong e Andrew Wilson por prepararem o sumário deste relatório; Laura Sminkey por sua preciosa assistência ao Comitê Editorial no gerenciamento diário e na coordenação do projeto; Marie Fitzsimmons por sua ajuda editorial; Catherine Currat, Karin Engstrom, Nynke Poortinga, Gabriella Rosen e Emily Rothman pela contribuição nas pesquisas; Emma Fitzpatrick, Helen Green, Reshma Prakash, Angela Raviglione, Sabine van Tuyll van Serooskerken e Nina Vugman, pelos contatos e comunicação; e Simone Colairo, Pascale Lanvers, Angela Swetloff-Coff e Stella Tabengwa pelo apoio administrativo.

A Organização Mundial da Saúde gostaria de agradecer ainda à California Wellness Foundation [Fundação de Bem-Estar da Califórnia], ao Global Forum for Health Research [Fórum Global para Pesquisas em Saúde], aos governos da Bélgica, Finlândia, Japão, Suécia e Reino Unido, à Rockefeller Foundation [Fundação Rockefeller] e aos United States Centers for Disease Control and Prevention [Centros Americanos para Controle e Prevenção de Doenças] pelo generoso apoio financeiro para o desenvolvimento e publicação deste relatório.

Introdução

Em 1996, a Quadragésima Nona Assembléia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema importante, e crescente, de saúde pública no mundo (Consultar o quadro no final desta introdução contendo o texto completo).

Na resolução, a Assembléia chamou a atenção para as sérias consequências da violência – no curto e no longo prazo – para indivíduos, famílias, comunidades e países, e destacou os efeitos prejudiciais que ela gera no setor de serviços de saúde.

A Assembléia pediu aos Estados Membros que considerassem urgentemente o problema da violência dentro de suas fronteiras e solicitou ao Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) que organizasse campanhas de saúde pública para lidar com o problema.

Assim, o primeiro *Relatório mundial sobre violência e saúde* é uma parte importante da resposta da OMS quanto à Resolução WHA49.25. Ele atende principalmente aos pesquisadores e aos profissionais da área da saúde, assistentes sociais e todos os envolvidos em desenvolvimento e implementação de programas e serviços de prevenção, educadores e policiais. Também está disponível um resumo do relatório.

Objetivos

Os objetivos deste relatório são ampliar a consciência acerca do problema da violência em nível global, argumentar que a violência pode ser prevenida e que a saúde pública tem um papel crucial no reconhecimento de suas causas e consequências. Os objetivos mais específicos são:

- descrever a magnitude e o impacto da violência em todo o mundo;
- descrever os principais fatores de risco que causam a violência;
- relatar os tipos de ações, intervenções e respostas políticas que têm sido implantados e resumir o que se conhece sobre sua eficácia e
- recomendar ações em nível local, nacional e internacional.

Temas e escopo

Este relatório examina os tipos de violência que estão presentes no mundo todo, na vida diária das pessoas e que constituem a parte principal do fardo que a violência impõe à saúde. Assim, estas informações foram organizadas em nove capítulos, cobrindo os seguintes temas:

1. Violência – um problema global de saúde pública
2. Violência juvenil
3. Abuso infantil e negligência por parte dos pais e outros responsáveis
4. Violência perpetrada por parceiros íntimos

Prevenindo a violência: uma prioridade da saúde pública (Resolução WHA49.25)

A Quadragésima Nona Assembléia Mundial de Saúde,

Constatando, no mundo, com grande preocupação, o aumento da incidência de lesões intencionais que afetam pessoas de todas as idades e ambos os sexos, mas especialmente mulheres e crianças;

Endossando o apelo feito na Declaration of the World Summit for Social Development [Declaração Mundial para o Desenvolvimento Social] para apresentação e implementação de políticas específicas e programas de saúde pública e serviço social, de forma a prevenir a violência na sociedade e moderar seus efeitos;

Endossando as recomendações feitas na International Conference on Population and Development [Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento] (Cairo, 1994) e na Fourth World Conference on Women [Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres] (Beijing, 1995) para que se ataque urgentemente o problema da violência contra mulheres e meninas e se compreenda suas consequências na saúde;

Reafirmando a Declaração das Nações Unidas sobre a eliminação da violência contra a mulher;

Registrando o apelo feito pela comunidade científica na Melbourne Declaration [Declaração de Melbourne], adotado na Third International Conference on Injury Prevention and Control [Terceira Conferência Mundial sobre Prevenção e Controle de Maus Tratos] (1996) para aumentar a cooperação internacional a fim de garantir a segurança dos cidadãos do mundo;

Reconhecendo as sérias implicações, imediatas e de longo prazo, para a saúde e desenvolvimentos psicológico e social que a violência representa para os indivíduos, famílias, comunidades e países;

Reconhecendo as crescentes consequências da violência para os serviços de saúde em todos os lugares, e seus efeitos prejudiciais para os escassos recursos à disposição da saúde pública dos países e das comunidades;

Reconhecendo que os profissionais da área de saúde estão frequentemente entre os primeiros a socorrer as vítimas da violência, sendo eles possuidores de uma capacidade técnica singular e tendo a vantagem de ocupar uma posição especial na comunidade para assim ajudar aqueles estão em perigo;

Reconhecendo que a OMS, o órgão mais importante para a coordenação dos trabalhos internacionais em saúde pública, é responsável por prover liderança e diretrizes aos Estados Membros, para que desenvolvam programas de saúde pública para prevenção de violência auto-infligida e violência contra terceiros;

1. DECLARA que a violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública;
2. SOLICITA que os Estados Membros avaliem os problemas da violência em seus territórios e comuniquem à OMS tais informações e suas abordagens referentes a eles;
3. REQUER que seu Diretor Geral, no uso dos recursos disponíveis, inicie campanhas na saúde pública para alertar sobre o problema da violência e assim:
 - (1) caracterizar os diferentes tipos de violência, definir sua magnitude e avaliar suas causas e as consequências para a saúde pública utilizando, inclusive, uma “perspectiva de gênero” (homens/mulheres) na análise;
 - (2) avaliar os tipos de soluções e a eficácia destas medidas e programas para prevenir a violência e mitigar seus efeitos, com particular atenção para as iniciativas baseadas nas comunidades;
 - (3) promover campanhas que ataquem este problema em ambos os níveis, nacional e internacional, incluindo os seguintes passos:
 - (a) aprimorar o diagnóstico, registro e gerenciamento das consequências da violência;
 - (b) promover um maior envolvimento entre os setores na prevenção e gerenciamento da violência;
 - (c) promover pesquisas sobre a violência como uma prioridade nas pesquisas da saúde

(continuação)

- pública;
- (d) preparar e disseminar recomendações para programas de prevenção da violência nas nações, países e comunidades de todo o mundo.
- (4) assegurar a participação coordenada e ativa do pessoal técnico da OMS;
- (5) fortalecer a colaboração da Organização Mundial da Saúde junto a governos, autoridades locais e outras organizações do sistema das Nações Unidas, no planejamento, implementação e monitoramento de programas de prevenção e redução da violência;
- 4. REQUER ADICIONALMENTE que o Diretor-Geral apresente, na nonagésima nona sessão do Conselho Executivo, um relatório descrevendo o progresso obtido até o momento e um plano de ação para a continuidade deste progresso na direção de um enfoque científico da saúde pública para a prevenção da violência.
- 5. Abuso de idosos
- 6. Violência sexual
- 7. Violência auto-infligida
- 8. Violência coletiva
- 9. O caminho a seguir: recomendações para a ação

Por ser impossível cobrir ampla e adequadamente todos os tipos de violência em um único documento, cada capítulo terá um enfoque específico. Por exemplo, o capítulo sobre violência juvenil, examina a violência interpessoal entre adolescentes e jovens adultos na comunidade. O capítulo que trata de abuso infantil discute o abuso físico, psicológico e sexual, assim como a negligência de pais e responsáveis. Outras formas de maus tratos às crianças, tais como prostituição infantil e utilização de crianças como soldados, são tratados em outras partes do relatório. O capítulo a respeito do abuso de idosos enfoca o abuso praticado pelos responsáveis pelo cuidado aos idosos nos domicílios e instituições, enquanto que, no item violência coletiva, discutem-se os conflitos violentos. Os capítulos sobre violência perpetrada por parceiros íntimos e violência sexual concentram-se principalmente na violência contra as mulheres, embora se inclua também a violência sexual contra homens e meninos. O capítulo em que é abordada a violência auto-infligida trata predominantemente do comportamento suicida. Este capítulo foi incluído no relatório porque o comportamento suicida é uma das causas externas de lesões às pessoas e, quase sempre, é produto dos mesmos fatores sociais, psicológicos e circunstanciais encontrados em outros tipos de violência.

Os capítulos seguem uma estrutura semelhante. Cada capítulo inicia com uma análise resumida de definições, de acordo com o tipo de violência ali abordado, seguido de um resumo de informações atualizadas sobre a extensão do problema em diferentes partes do mundo. Onde possível, são apresentados os dados referentes aos países, assim como descobertas feitas por vários estudos e pesquisas. Os capítulos descrevem, então, as causas e conseqüências da violência, fornecem informações sobre as intervenções e medidas que estão sendo tomadas e fazem recomendações para futuras pesquisas e ações. Foram incluídos tabelas, figuras e quadros, para destacar descobertas e padrões epidêmicos específicos, ilustrar exemplos de atividades de prevenção e chamar a atenção para assuntos específicos.

O relatório encerra-se com duas seções adicionais: um anexo com dados estatísticos e uma lista de fontes da Internet. O anexo contém informações globais, regionais e nacionais derivadas do banco de dados da OMS sobre mortalidade e morbidez, e da Versão 1 do projeto Carga Global de Doença [Global Burden of Disease] da OMS para 2000. A descrição das fontes de coleta de dados e de métodos encontrada no anexo serve para explicar como estas informações foram obtidas e analisadas.

A lista de fontes da Internet inclui endereços, na rede, de organizações envolvidas com a pesquisa sobre violência, prevenção e assistência. A lista inclui "metasites" (cada um oferece acesso a centenas de organizações, como as mencionadas no início deste parágrafo), *web sites* que enfocam tipos específicos de violência, outros *web sites* que ampliam o leque de questões contextuais ligadas à violência e outros, ainda, que servem como ferramentas de referência para aprimorarmos nosso entendimento a respeito da violência.

Como o relatório foi desenvolvido

Este relatório se beneficiou da participação de mais de 160 especialistas do mundo inteiro, coordenados por um pequeno Comitê Editorial. Um Comitê Consultivo, formado por representantes de todas as regiões da OMS e membros da equipe da OMS, contribuiu com orientação ao Comitê Editorial nas várias etapas do registro escrito deste documento.

Os capítulos foram revisados em conjunto por cientistas de diferentes lugares do mundo. A estes revisores foi pedido que comentassem não somente o conteúdo científico do capítulo, mas também a relevância do mesmo para a cultura dos quais eram provenientes.

À medida que o relatório progredia, foram feitas consultas aos membros dos escritórios regionais da Organização Mundial da Saúde e a diversos especialistas do mundo todo. Os participantes revisaram um primeiro esboço do documento, fornecendo uma visão geral do problema da violência em seus países e fazendo sugestões sobre os avanços necessários nas atividades de prevenção da violência naqueles lugares.

Caminhos para o futuro

Este relatório abrangente, o primeiro do seu tipo, é somente um início. Espera-se que suscite a discussão em nível local, nacional e internacional e que forneça a plataforma para o aumento das ações de prevenção da violência.

CAPÍTULO 1

Violência - um problema mundial de saúde pública

Antecedentes

Talvez a violência sempre tenha participado da experiência humana. Seu impacto pode ser visto de várias formas, em diversas partes do mundo. Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva. De forma geral, no mundo todo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos.

Apesar da dificuldade em se obter estimativas precisas, o custo da violência se traduz em bilhões de dólares americanos em gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo e, no caso das economias nacionais, mais alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos.

O visível e o invisível

É claro que não se pode calcular o custo humano em sofrimento e dor. Na realidade, muito deste custo é invisível. Ao mesmo tempo em que a tecnologia dos satélites tem tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis ao público, há muito mais violência ocorrendo de forma invisível nos lares, locais de trabalho e, até mesmo, em instituições médicas e sociais criadas para cuidar das pessoas. Muitas das vítimas são demasiadamente jovens, fracas ou doentes para se protegerem. Outras são forçadas por convenções ou pressões sociais a manterem silêncio sobre suas experiências.

Assim como ocorre com seus impactos, algumas causas da violência podem ser facilmente percebidas. Outras estão profundamente enraizadas no arcabouço cultural e econômico da vida humana. A pesquisa recente indica que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e outros fatores individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais frequente que esses fatores interajam com fatores familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, criar uma situação propícia à violência.

Um problema que pode ser evitado

Apesar de a violência sempre ter estado presente, o mundo não tem de aceitá-la como parte inevitável da condição humana. Desde que a violência existe, também existem sistemas – religiosos, filosóficos, legais e comunitários – que se desenvolveram para evitá-

la ou restringi-la. Nenhum deles foi totalmente bem sucedido, mas todos deram sua contribuição para esse marco definidor da civilização.

Desde o início da década de 1980, o campo de saúde pública tem dado uma contribuição cada vez mais importante nessa resposta. Muitos profissionais, pesquisadores e sistemas de saúde pública tomaram para si as tarefas de entender as raízes da violência e evitar que ela ocorra.

A violência pode ser evitada e seu impacto minimizado, da mesma forma que os esforços em saúde pública evitaram e reduziram, em muitas partes do mundo, complicações ligadas à gravidez, lesões ocupacionais, doenças infecciosas e doenças resultantes de alimentos e água contaminados. Os fatores que contribuem para respostas violentas – sejam eles de atitude e comportamento ou relacionados a condições mais abrangentes sociais, econômicas, políticas e culturais – podem ser mudados.

A violência pode ser evitada. Não se trata de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências. Podem-se encontrar exemplos bem sucedidos em todo o mundo, desde trabalhos individuais e comunitários em pequena escala até políticas nacionais e iniciativas legislativas.

Como uma abordagem de saúde pública pode contribuir?

Por definição, a saúde pública não se refere a pacientes individuais. Seu foco está em lidar com doenças, condições e problemas que afetam a saúde, e seu objetivo é oferecer o máximo de benefícios para o maior número de pessoas. Isso não significa que a saúde pública ignore a assistência às pessoas enquanto indivíduos. Ao contrário, ela está preocupada em evitar os problemas de saúde e expandir uma melhor assistência e segurança para populações inteiras.

A abordagem da saúde pública para qualquer problema é interdisciplinar e com bases científicas (*1*). Ela se fundamenta no conhecimento de diversas disciplinas, incluindo medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educação e economia. Com isso, o campo da saúde pública pode ser inovador e responsivo a uma ampla gama de doenças, enfermidades e lesões no mundo todo.

A abordagem da saúde pública também enfatiza a ação coletiva. Ela tem provado que o tempo e, mais uma vez, as ações cooperativas de vários setores –

como saúde, educação, serviços sociais, justiça e política - são necessárias para solucionar o que normalmente é visto como problemas puramente "médicos". Ao lidar com o problema da violência, cada setor tem um papel importante a desempenhar e, coletivamente, a abordagem adotada por cada um deles tem potencial para produzir importantes reduções na violência (ver Quadro 1.1).

A abordagem da saúde pública em relação à violência baseia-se nas rigorosas exigências do método científico. Ao passar do problema para a solução, tal abordagem apresenta quatro etapas principais (1):

- Revelar o máximo possível de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência - através da coleta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência nos níveis local, nacional e internacional.

- Investigar por que a violência ocorre, ou seja, realizar pesquisas para determinar:
 - as causas e os fatores relacionados à violência;
 - os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência;
 - os fatores que podem ser modificados por meio de intervenções.

- Explorar formas de evitar a violência, utilizando as informações obtidas, elaborando, implementando, monitorando e avaliando intervenções.

- Implementar, em diversos cenários, intervenções que pareçam promissoras, divulgando amplamente as informações e determinando a relação custo/efetividade dos programas.

A saúde pública é, acima de tudo, caracterizada por sua ênfase na prevenção. Em vez de simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida é a forte convicção de que tanto o comportamento violento quanto suas consequências podem ser evitados.

QUADRO 1.1

A abordagem da saúde pública em ação: DESEPAZ na Colômbia

Em 1992, o prefeito de Cali, Colômbia – ele próprio um especialista em saúde pública – ajudou a cidade a criar um amplo programa voltado para a redução dos altos níveis de criminalidade ali existentes. Os índices de homicídio em Cali, uma cidade com cerca de dois milhões de habitantes, haviam aumentado de 23 para uma população de 100 mil, em 1983, para 85 em 1991. O programa chamou-se DESEPAZ, um acrônimo para *Desarrollo, Seguridad, Paz* (desenvolvimento, segurança, paz).

Nos estágios iniciais do programa da cidade, foram realizados estudos epidemiológicos para identificar os principais fatores de risco de violência e estabelecer as prioridades para a ação. Para fortalecer a polícia, o sistema judiciário e o escritório local de direitos humanos foram aprovados orçamentos especiais.

O DESEPAZ assumiu a educação em assuntos de direitos civis, tanto para a polícia quanto para o público em geral, inclusive com anúncios na televisão, em horário de pico de audiência, salientando a importância do autocontrole e da tolerância para com os outros. Em cooperação com organizações não governamentais locais, foram organizados diversos projetos culturais e educacionais para as escolas e as famílias, para promover discussões sobre violência e ajudar a solucionar conflitos interpessoais. Em finais de semana e ocasiões especiais, houve restrições à venda de bebidas alcoólicas e foi proibido o porte de armas de fogo.

No decorrer do programa, foram criados projetos especiais para oferecer oportunidades econômicas e lugares seguros de lazer para a população jovem. O prefeito e sua equipe administrativa discutiram com a população local suas propostas para reduzir o crime, e a administração da cidade assegurou sua participação contínua e o compromisso da comunidade.

Com o programa em funcionamento, o índice de homicídios em Cali, de 1994 a 1997, diminuiu do elevado e constante índice de 124 para cada 100 mil habitantes, para 86, representando uma redução de 30%. Em números absolutos, houve aproximadamente 600 homicídios a menos entre 1994 e 1997, em comparação ao período anterior de três anos, o que permitiu, às autoridades de aplicação da lei, dirigir os escassos recursos existentes para o combate a formas mais organizadas de crime. Além disso, em Cali, a opinião pública mudou radicalmente de uma atitude passiva diante da violência para uma exigência veemente por mais atividades de prevenção.

Definindo Violência

Qualquer análise abrangente da violência deve começar pela definição das várias formas de violência, de modo a facilitar sua mensuração científica. Existem várias maneiras de se definir a violência. A Organização Mundial da Saúde define violência (2) como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. Os incidentes não intencionais – tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais – estão excluídos da definição.

A inclusão da palavra "poder", além da frase "uso da força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. O "uso do poder" também serve para incluir negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração. Assim, "o uso da força física ou do poder" deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de auto-abuso.

Essa definição cobre uma ampla gama de consequências – inclusive dano psicológico, privação e deficiência de desenvolvimento. Ela reflete um reconhecimento cada vez maior por parte dos pesquisadores e profissionais acerca da necessidade de incluir a violência que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas que, contudo, oprime as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não necessariamente levam a lesões, invalidez ou morte. Essas consequências podem ser imediatas, bem como latentes, e podem perdurar por anos após o abuso inicial. Portanto, definir os resultados somente em termos de lesões ou mortes limita a compreensão da totalidade do impacto da violência sobre as pessoas, as comunidades e a sociedade como um todo.

Intencionalidade

Um dos aspectos mais complexos da definição é a questão da intencionalidade. Dois pontos importantes devem ser observados aqui. Em primeiro lugar, mesmo a violência sendo distinta de eventos não intencionais que resultam em lesões, a presença de uma intenção de usar a força não necessariamente significa que houve uma intenção de causar dano. Na verdade, pode haver uma grande disparidade entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida. Um perpetrador pode cometer intencionalmente um ato que, por padrões objetivos, é considerado perigoso e com alta possibilidade de resultar em efeitos adversos à saúde, mas o perpetrador pode não perceber seu ato dessa forma.

Por exemplo, um jovem pode envolver-se em uma briga com outro jovem. Dar um soco contra a cabeça ou usar de uma arma na briga certamente aumentam o risco de uma lesão grave ou morte, apesar de não haver intenção de nenhum desses resultados. Um pai ou uma mãe pode sacudir com violência uma criança que esteja chorando tentando fazê-la calar. Contudo, esse ato pode causar danos cerebrais. É claro que a força foi usada, mas sem a intenção de causar uma lesão.

Um segundo ponto relacionado à intencionalidade reside na distinção entre a intenção de lesar e a intenção de "usar a violência". A violência, de acordo com Walters & Parke (3), é determinada culturalmente. Algumas pessoas tencionam ferir os outros, mas, com base em seus antecedentes culturais e suas crenças, não percebem seus atos como violentos. A definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde, contudo, define a violência em relação à saúde ou ao bem-estar das pessoas. Determinados comportamentos, como bater na esposa, podem ser considerados por algumas pessoas como práticas culturais aceitáveis, mas são considerados atos violentos, com importantes implicações para a saúde da pessoa.

Outros aspectos da violência, apesar de não estarem explicitamente colocados, também se encaixam na definição. Por exemplo, a definição implicitamente inclui todos os atos de violência, sejam públicos ou privados, sejam reativos (em resposta a eventos anteriores, como provocações) ou proativos (instrumental para resultados em benefício próprio, ou com intenção de tal benefício) (4), sejam atos criminosos ou não criminosos. Cada um desses aspectos é importante para se compreender as causas da violência e elaborar programas de prevenção.

Tipologia da violência

Na resolução WHA49.25, de 1996, que declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública, a World Health Assembly [Assembleia Mundial da Saúde] solicitou à Organização Mundial da Saúde que desenvolvesse uma tipologia da violência que caracterizasse os diferentes tipos de violência, bem como os vínculos entre eles. Há poucas tipologias e nenhuma delas é muito abrangente (5).

Tipos de violências

A tipologia proposta aqui divide a violência em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato de violência:

- Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida);
- Violência interpessoal;
- Violência coletiva.

Essa categorização inicial faz a distinção entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas, e a violência infligida por grupos maiores como, por exemplo, Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas (ver Figura 1.1).

Cada uma dessas três grandes categorias é posteriormente dividida para refletir tipos mais específicos de violência.

Violência auto-infligida

A violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida e auto-abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada" em alguns países - e suicídios completados. O auto-abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação.

Violência interpessoal

A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias:

- Violência da família e de parceiro(a) íntimo(a) - ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa.
- Violência comunitária - violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-

se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa.

O primeiro grupo inclui formas de violência, tais como abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo e abuso contra os idosos. O segundo grupo inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Violência coletiva

A violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. Diferentemente das outras duas categorias, as subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. A violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas. É claro que os atos cometidos por grupos maiores podem ter diversos motivos.

A natureza dos atos violentos

A Figura 1.1 ilustra a natureza dos atos violentos, que pode ser:

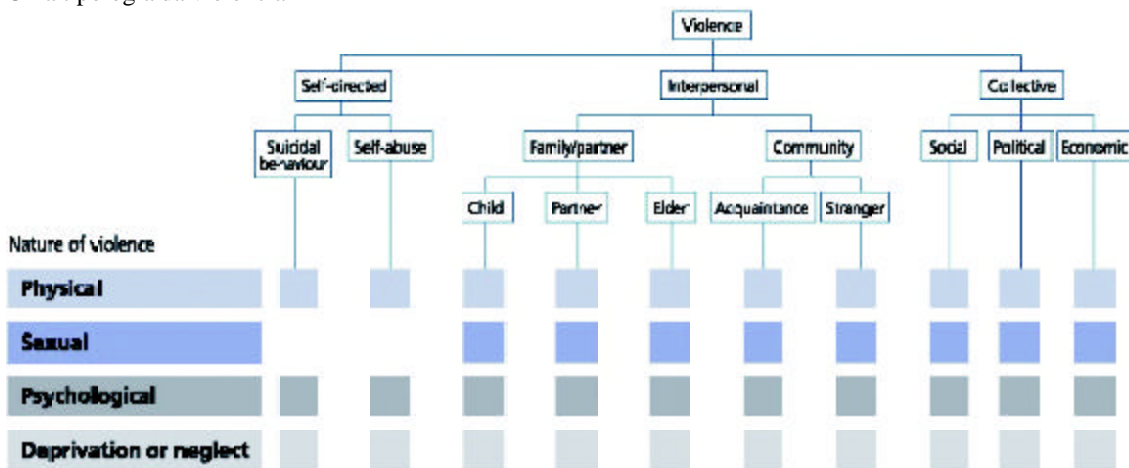
- física;
- sexual;
- psicológica;
- envolvendo privação ou negligência.

O eixo horizontal na Figura 1.1 mostra quem é afetado, e o eixo vertical descreve como são afetados.

Esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e de suas subcategorias antes descritas, exceto a violência auto-infligida. Por exemplo, a violência contra crianças cometida dentro de casa pode incluir abuso físico, sexual e psicológico, bem como negligência. A violência comunitária pode incluir agressões físicas entre jovens, violência sexual no local de trabalho e negligência com os idosos em asilos. A violência política pode incluir atos como estupro durante conflitos e manobras

FIGURA 1.1

Uma tipologia da violência



deguerra física e psicológica.

Essa tipologia, mesmo imperfeita e longe de ser universalmente aceita, fornece uma estrutura útil para se compreender os complexos padrões de violência que ocorrem no mundo, bem como a violência na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. Ao captar a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre o perpetrador e a vítima, e, no caso da violência coletiva, as prováveis motivações para a violência, ela também supera muitas das limitações de outras tipologias. Contudo, tanto na pesquisa quanto na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras.

Medindo a violência e o seu impacto

Tipos de dados

São necessários diferentes tipos de dados para diferentes fins, inclusive:

- a descrição da magnitude e do impacto da violência;
- a compreensão de quais são os fatores que aumentam o risco de vitimização e perpetração violentas;
- o conhecimento dos programas de prevenção contra a violência.

Alguns desses tipos de dados e fontes estão descritos na Tabela 1.1.

Dados relacionado à mortalidade

Os dados de fatalidades, especialmente de homicídio, e de suicídio e mortes relacionadas a guerras podem fornecer um indicativo do alcance da violência letal em uma determinada comunidade ou em um dado país. Quando comparados às estatísticas referentes a outras mortes, esses dados são indicadores úteis da carga imposta pelas lesões relacionadas à violência. Esses dados também podem ser úteis para o monitoramento das mudanças na violência fatal no decorrer do tempo, identificando os grupos e as comunidades sob alto risco de violência e fazendo comparações nos países e entre os países.

Outros Tipos de dados

Os números referentes à mortalidade, contudo, são apenas um dos tipos de dados possíveis para descrever a magnitude do problema. Uma vez que os resultados não fatais são muito mais comuns do que os fatais, e posto que certos tipos de violência não estão totalmente representados pelos dados de mortalidade, são necessários outros tipos de informação. Essas informações podem ajudar na compreensão das circunstâncias dos incidentes específicos e na descrição de todo o impacto da violência na saúde das pessoas e da comunidade. Dentre esses tipos de dados podemos citar:

- dados sobre doenças, lesões e outros problemas de saúde;
- dados auto-relatados pelas pessoas sobre

Tabela 1.1

Tipos de dados e fontes potenciais para a coleta de informações		
Tipo de dados	Fontes de dados	Exemplos de informações coletadas
Mortalidade	Atestados de óbito, registros estatísticos vitais, relatórios de exames médicos, relatórios de investigação de óbito em funerais	Características do morto, causa da morte, local, hora, tipo de morte
Mortalidade e outros dados de saúde	Hospitais, clínicas ou outros registros médicos	Doenças, lesões, informações sobre saúde física, mental ou reprodutiva
Relatos feitos pelas próprias pessoas	Pesquisas, estudos especiais, grupos de interesse, meios de comunicação	Atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais, vitimização e participação, exposição à violência em casa ou na comunidade
Comunitários	Censos, registros da população, outros registros institucionais	População e densidade, níveis de renda e de educação, índices de desemprego, índices de divórcio
Criminais	Registros policiais, registros judiciais, laboratórios criminais	Tipo de crime, características do criminoso, relação entre o criminoso e o criminoso, circunstâncias do acontecimento
Econômicos	Registros de programas institucionais ou da educação, estudos especiais	Gastos com saúde, habitação ou serviços sociais, custos com o tratamento de lesões relacionadas à violência, utilização dos serviços
Políticas ou legislativas	Registros do governo ou legislativo	Leis, políticas e práticas institucionais

atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais, vitimização e exposição à violência;

— dados comunitários relativos a características da população e níveis de renda, educação e desemprego;

— dados criminais relativos a características e circunstâncias de eventos violentos e de criminosos violentos;

— dados econômicos relativos aos custos de tratamentos e serviços sociais;

— dados que descrevem a carga econômica sobre os sistemas de assistência à saúde e as possíveis economias resultantes dos programas de prevenção;

— dados sobre política e legislação.

Fontes de dados

Dentre as fontes potenciais dos diversos tipos de informação podemos citar:

- pessoas;
- registros das agências ou instituições;
- programas locais;
- registros comunitários e governamentais;
- pesquisas populacionais e outras;
- estudos especiais.

Apesar de não constar da Tabela 1.1, quase todas as fontes incluem informações demográficas básicas, tal como a idade e o gênero (sexo) da pessoa. Algumas fontes – inclusive registros médicos, registros policiais, atestados de óbito e relatórios funerários – incluem informações específicas sobre o acontecimento violento ou a lesão. Os dados obtidos a partir de departamentos

de emergência, por exemplo, podem fornecer informações sobre a natureza da lesão, a maneira como a vítima foi assistida, o local e o momento em que o incidente ocorreu. Os dados coletados pela polícia podem incluir informações sobre o relacionamento entre a vítima e o perpetrador, se havia armas e outras circunstâncias relativas ao crime.

As pesquisas e os estudos especiais podem fornecer informações

detalhadas sobre a vítima ou o perpetrador, seus antecedentes, suas atitudes, seus comportamentos e possíveis envolvimento anteriores com violência. Essas fontes também podem ajudar a revelar a violência que não é relatada para a polícia ou para outras agências. Por exemplo, uma pesquisa doméstica na África do Sul mostrou que, sem relatar o incidente à polícia, de 50% a 80% das vítimas de violência receberam tratamento médico para uma lesão relacionada à violência (6). Em outro estudo, realizado nos Estados Unidos, 46% das vítimas que buscaram tratamento de emergência não fizeram denúncia para a polícia (7).

Problemas na coleta de dados

Dentro dos países e entre eles, para comparar os tipos de violência, variam bastante a disponibilidade, qualidade e utilidade das diferentes fontes de dados. No que diz respeito à capacidade de coleta de dados, os países se encontram em diferentes estágios.

Disponibilidades de dados

De todas as fontes, os dados relacionados à mortalidade são os mais coletados e, dentre todos, os mais disponíveis. Muitos países mantêm certidões de nascimento e de óbito, bem como um inventário básico dos homicídios e suicídios. Contudo, nem sempre é possível calcular os índices com base em tais inventários, principalmente porque em geral não se tem dados populacionais disponíveis, ou eles não são confiáveis. Isso acontece especialmente onde as populações estão

em movimento – em áreas, por exemplo, que estejam passando por conflitos ou movimentos contínuos entre grupos populacionais - ou onde é difícil contar as populações, como acontece em áreas densamente povoadas ou muito distantes.

Na maioria dos países do mundo, normalmente não há dados sistemáticos sobre resultados não fatais, embora atualmente estejam sendo desenvolvidos sistemas para coleta desses tipos de dados. Nos últimos anos, foram publicados diversos documentos com diretrizes para medir diferentes tipos de violência em diversos cenários (8-14).

Qualidade dos dados

Mesmo quando há dados disponíveis, a qualidade das informações pode não ser adequada para fins de pesquisa e para identificar estratégias de prevenção. Uma vez que as agências e as instituições mantêm registros voltados para seus próprios objetivos, seguindo seus procedimentos internos para a manutenção dos registros, seus dados podem estar incompletos ou pode não haver as informações necessárias para proporcionar uma compreensão adequada sobre a violência.

Os dados fornecidos pelos estabelecimentos de saúde são coletados com o objetivo de oferecer um excelente tratamento para o paciente. O registro médico pode conter informações de diagnóstico sobre a lesão e o tratamento, mas não conter as circunstâncias relacionadas à lesão. Esses dados podem, ainda, ser confidenciais e, portanto, não estarem disponíveis para fins de pesquisa. Por outro lado, as pesquisas contêm informações mais detalhadas sobre a pessoa, seus antecedentes e seu envolvimento com a violência. Contudo, essas informações são limitadas até o ponto em que a pessoa se lembra dos eventos e admite participar de determinados comportamentos, e mesmo pela forma como as perguntas são feitas e por quem são feitas, assim como o momento, o local e a maneira como a entrevista é conduzida.

Outros obstáculos

No que diz respeito à pesquisa sobre violência, estabelecer o vínculo entre as informações de diferentes fontes é o problema mais difícil. Em geral, os dados relativos à violência vêm de diversas organizações, que funcionam independentes umas das outras. Assim, dados fornecidos pela área médica normalmente não podem ser cruzados com dados

coletados pela polícia. Além disso, há uma falta geral de uniformidade na forma como os dados sobre violência são coletados, o que dificulta a comparação desses dados entre comunidades e países.

Apesar de estar além do âmbito desta discussão, há diversos outros problemas na coleta de dados relativos à violência que devem ser mencionados. Dentre eles podemos citar:

- a dificuldade em desenvolver medidas que sejam relevantes e específicas para grupos de subpopulação e diferentes contextos culturais (8, 9, 11, 14);
- criar protocolos adequados para proteger a confidencialidade das vítimas e garantir sua segurança (15);
- uma série de outras considerações éticas associadas à pesquisa sobre violência.

Um panorama geral sobre o conhecimento atual

A prevenção contra a violência, de acordo com a abordagem da saúde pública, começa com uma descrição da magnitude e do impacto do problema. Esta seção descreve o que se sabe atualmente sobre os padrões globais da violência, utilizando dados compilados para este relatório obtidos a partir do banco de dados referente à mortalidade da Organização Mundial da Saúde e a primeira versão do projeto Carga Global de Doença (Global Burden of Disease), da Organização Mundial da Saúde, de 2000, bem como dados de pesquisas e estudos especiais sobre violência.

Estimativas de mortalidade

Em 2000, estima-se que morreram 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado de violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva, para um índice geral, ajustado por idade, de 28,8 para uma população de 100 mil habitantes (ver Tabela 1.2).

A maior parte dessas mortes ocorreu em países de renda baixa e renda média. Menos de 10% de todas as mortes relacionadas à violência ocorreram em países de renda alta.

Cerca de metade desses 1,6 milhões de mortes relacionadas à violência foram suicídios, quase um terço foi de homicídios e cerca de um quinto estava relacionado a guerras.

Tabela 1.2

Estimativa global de mortes relacionadas à violência, 2000

Tipo de violência	Número	Índice para uma população de 100 mil	Proporção do total (%)
Homicídio	520.000	8,8	31,3
Suicídio	815.000	14,5	49,1
Relacionada à guerra	310.000	5,2	18,5
Total	1.659.000	28,8	100,0
Países de renda baixa a renda média	1.510.000	37,1	91,1
Países de renda alta	149.000	14,4	8,9

Fonte: Projeto Carga Global de Doença da OMS para 2000, versão 1 (ver anexo Estatísticas).

a. Arredondado para o número mais próximo.

b. Padronizado por idade.

c. Inclui 14 mil mortes por lesão intencional resultantes de intervenção legal.

os níveis de renda do país. Em 2000, o índice de mortes violentas em países de renda baixa a média foi de 32,1 para cada 100 mil habitantes, mais do que o dobro do índice em países de alta renda (14,4 para cada 100 mil) (ver Tabela 1.2).

Há também consideráveis diferenças regionais nos índices de morte violenta. Essas diferenças ficam evidentes, por exemplo, entre as regiões da OMS (ver Figura 1.2). Nas regiões da África e das Américas, os índices de homicídio são quase três vezes maiores do que

Mortalidade segundo gênero e idade

Como muitos outros problemas de saúde no mundo, a violência não está distribuída igualmente entre os gêneros ou faixas etárias. Em 2000, houve aproximadamente 520 mil homicídios, para um índice geral ajustado por idade de 8,8 para uma população de 100 mil habitantes (ver Tabela 1.2). Os homens foram responsáveis por 77% de todos os homicídios e seus índices representaram mais de três vezes o índice das mulheres (13,6 e 4,0 respectivamente, para cada 100 mil) (ver Tabela 1.3). Os maiores índices de homicídio no mundo estão entre os homens na faixa etária de 15 a 29 anos (19,4 para cada 100 mil), seguido bem de perto pelos homens na faixa etária de 30 a 44 anos (18,7 para cada 100 mil).

No mundo todo, o suicídio levou a vida de aproximadamente 815 mil pessoas em 2000, para um índice geral ajustado por idade de 14,5 para cada 100 mil (ver Tabela 1.2). Mais de 60% de todos os suicídios ocorreram entre homens, mais da metade deles na faixa etária de 15 a 44 anos. Tanto para homens quanto para mulheres, o índice de suicídio aumenta em proporção à idade e é mais alto entre as pessoas que têm 60 anos ou mais (ver Tabela 1.3). Contudo, de forma geral, os índices de suicídio são maiores entre os homens do que entre as mulheres (18,9 para cada 100 mil contra 10,6 para cada 100 mil). Isso acontece principalmente entre as faixas etárias mais altas onde, no mundo inteiro, os índices de suicídio entre homens na faixa etária de 60 anos é duas vezes maior do que os índices de suicídio de mulheres na mesma faixa etária (44,9 para cada 100 mil contra 22,1 para cada 100 mil).

Mortalidade segundo o nível de renda do país e região

Os índices de morte violenta variam conforme

Tabela 1.3

Índices globais estimados de homicídio e suicídio por faixa etária, 2000

Faixa etária (anos)	Índice de homicídio (para uma população de 100 mil habitantes)		Índice de suicídio (para uma população de 100 mil habitantes)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
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	13,3
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
≥ 60	13,0	4,5	44,9	22,1
Total	13,6	4,0	18,9	10,6

Fonte: Projeto Carga Global de Doença da OMS para 2000,

versão 1 (ver anexo Estatísticas).

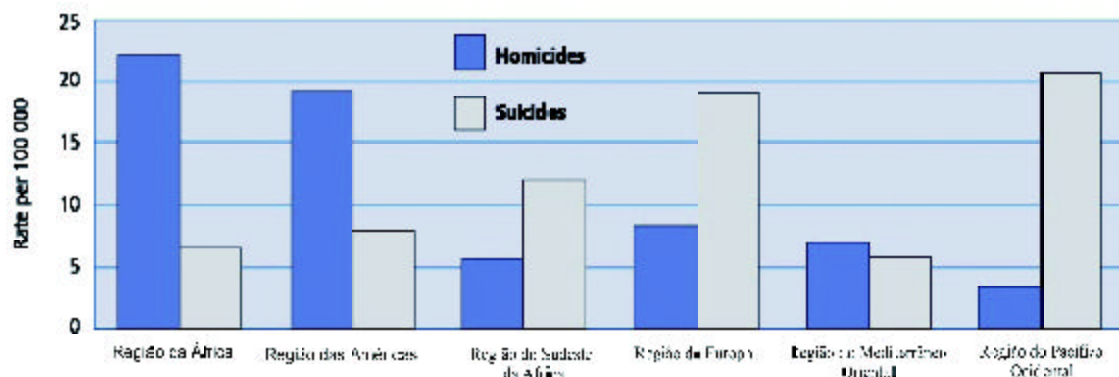
a. Padronizado por idade.

os índices de suicídio. Contudo, nas regiões da Europa e sudeste da Ásia, os índices de suicídio são mais do que o dobro dos índices de homicídio (19,1 para cada 100 mil contra 8,4 para cada 100 mil na região européia, e 12,0 para cada 100 mil contra 5,8 para cada 100 mil para a região do sudeste da Ásia), e na região do Pacífico Ocidental, os índices de suicídio são cerca de seis vezes maiores do que os índices de homicídio (20,8 para cada 100 mil contra 3,4 para cada 100 mil).

Também há grandes diferenças entre os países em cada região. Em 1994, por exemplo, o índice de homicídio entre homens na Colômbia foi de 146,5 para cada 100 mil, enquanto os índices correspondentes em Cuba e no México foram 12,6 e 32,3 para cada 100 mil respectivamente (16). Dentro dos países há, ainda, enormes diferenças entre as populações urbanas e rurais, entre grupos ricos e pobres e entre diferentes grupos raciais e étnicos. Por exemplo, nos Estados Unidos, em 1999, os jovens afro-americanos na faixa etária de 15 a 24 anos apresentaram um índice de homicídio (38,6 para cada 100 mil) acima de duas vezes maior do que o dos hispânicos (17,3 para cada 100 mil), e mais de 12 vezes o índice de suas contrapartes caucasianas e não hispânicas (3,1 para cada 100 mil) (17).

FIGURA 1.2

Índices de homicídio e suicídio por região da OMS, 2000



Estimativa de violência não fatal

Os números supracitados relativos à mortalidade certamente subestimam o verdadeiro ônus da violência. No que diz respeito à violência, em todas as partes do mundo as mortes representam a "pontado *iceberg*". Ataques físicos e sexuais ocorrem todos os dias, apesar de não haver estimativas nacionais e internacionais precisas sobre cada um deles. Nem todos os ataques resultam em lesões graves o bastante para necessitarem de assistência médica e, mesmo entre os que resultam em lesões graves, os sistemas de vigilância [surveillance] para coletar dados relativos a essas lesões e preparar relatórios sobre elas, inexistem ou ainda estão sendo desenvolvidos em muitos países.

Muito do que se sabe sobre a violência não fatal provém de pesquisas e estudos especiais em diferentes grupos populacionais. Por exemplo, em pesquisas nacionais, o percentual de mulheres que relataram ter sofrido pelo menos uma vez uma agressão física por parte de um parceiro íntimo variou de 10% no Paraguai e nas Filipinas, para 22,1% nos Estados Unidos, 29,0% no Canadá e 34,4% no Egito (18-21). A proporção de mulheres de várias cidades ou províncias ao redor do mundo que relataram ter sido sexualmente agredidas (inclusive vítimas de tentativa de agressão) variou de 15,3% em Toronto no Canadá, a 21,7% em León na Nicarágua, 23,0% em Londres na Inglaterra e 25,0% em uma província de Zimbábue (21-25). No ano passado, entre adolescentes do sexo masculino cursando o ensino médio, o percentual de envolvimento em luta física variou de 22,0% na Suécia e 44,0% nos Estados Unidos para 76,0% em Jerusalém, Israel (26-28).

Um ponto importante, neste aspecto, é que esses dados são fundamentados principalmente em depoimentos dados pelas próprias pessoas. É difícil saber se eles sobrestimam ou subestimam a real abrangência das agressões físicas e sexuais entre esses grupos populacionais. Certamente nos países em que há pressões culturais mais fortes para manter a violência "entre quatro paredes" ou simplesmente para aceitá-la como "natural", a violência não fatal parece ser subestimada nos relatórios. As vítimas podem relutar em discutir as experiências violentas, não só devido à vergonha e aos tabus, mas também por terem medo. Em alguns países, admitir que passou por determinados eventos violentos, tais como estupro, pode resultar em morte. Em certas culturas, a preservação da honra da família é um motivo tradicional para matar as mulheres que foram estupradas (as chamadas "mortes pela honra").

Os custos da violência

A violência impõe ônus humanos e econômicos aos países, e custa anualmente muitos bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida. Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 1992 estimou em 126 bilhões de dólares os custos anuais diretos e indiretos devidos a ferimentos à bala. Ferimentos por corte ou facadas custaram mais 51 bilhões de dólares (29). Em um estudo realizado em 1996, na província canadense de New Brunswick, o custo total devido a morte por suicídio foi acima de 849 mil dólares. Os custos totais diretos e indiretos, inclusive os custos com serviços de assistência à saúde, autópsias, investigações policiais e

produtividade perdida resultante de morte prematura, totalizaram aproximadamente 80 milhões de dólares (30).

O alto custo da violência não é exclusivo do Canadá ou dos Estados Unidos. Entre 1996 e 1997, o Banco Interamericano de Desenvolvimento patrocinou estudos sobre a magnitude e o impacto econômico da violência em seis países da América Latina (31). Cada estudo avaliou os gastos resultantes de violência, em serviços de assistência à saúde, aplicação da lei e serviços judiciais, bem como prejuízos intangíveis e prejuízos com a transferência de bens. Expresso como um percentual do produto interno bruto (PIB), em 1997, o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela.

É difícil calcular precisamente a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, ou seus efeitos sobre a produtividade econômica no mundo todo. A evidência disponível mostra que as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos com assistência à saúde significativamente mais elevados e vão com maior frequência aos departamentos de emergência do que as pessoas que não têm um histórico de abuso (ver Capítulos 4 e 6). O mesmo é válido para as vítimas de abuso e negligência na infância (ver Capítulo 3). Esses custos contribuem substancialmente para os gastos anuais com assistência à saúde.

Uma vez que, de forma geral, as estimativas de custo nacional não levam em conta também outros problemas de saúde, tais como depressão, tabagismo, abuso de álcool e drogas, gravidez indesejada, vírus de imunodeficiência adquirida/síntoma de imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS/SIDA), outras doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções (em estudos de pequena escala, todas vinculadas à violência) (32 - 37), ainda não é possível calcular a carga global econômica desses problemas, uma vez relacionados à violência.

Analizando as raízes da violência: um modelo ecológico

Não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e

ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência.

Vários níveis

Os capítulos deste relatório aplicam um modelo ecológico para ajudar a compreensão da natureza multifacetada da violência. Introduzido pela primeira vez ao final da década de 1970 (38, 39), este modelo ecológico foi inicialmente aplicado ao abuso infantil (38) e, posteriormente, à violência juvenil (40, 41). Mais recentemente, os pesquisadores têm usado esse modelo para entender a violência praticada pelo parceiro íntimo (42, 43) e o abuso contra os idosos (44, 45). O modelo explora a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência como o resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento (ver Figura 1.3).

Individual

O primeiro nível do modelo ecológico busca identificar os fatores históricos - biológicos e pessoais - que uma pessoa traz em seu comportamento. Além dos fatores biológicos e demográficos, são levados em consideração outros fatores tais como impulsividade, baixo rendimento escolar, abuso de substâncias [tóxicas] e histórico de agressão e abuso. Em outras palavras, este nível do modelo ecológico se concentra nas características da pessoa que aumentam a possibilidade de ela ser uma vítima ou um perpetrador da violência.

Racional

O segundo nível do modelo econômico explora como as relações sociais próximas - por exemplo, relações com companheiros, parceiros íntimos e membros da família - aumentam o risco para vitimização violenta e perpetração da violência. Nos casos de violência de parceiro e maus tratos à criança, por exemplo, a interação quase diária ou o convívio em uma casa com alguém que pratique abuso podem aumentar a oportunidade de confrontos violentos. Como as pessoas são obrigadas a um relacionamento contínuo, é provável que, nesses casos, a vítima sofra repetidos abusos praticados pelo criminoso (46). No caso de violência interpessoal entre jovens, as pesquisas mostram que jovens têm maior

FIGURA 1.3**Modelo ecológico para compreender a violência**

probabilidade de entrar em atividades negativas quando tais comportamentos são incentivados e aprovados pelos amigos (47, 48). Os companheiros, parceiros íntimos e membros da família têm poder para moldar o comportamento de uma pessoa e a sua esfera de experiências.

Comunitário

O terceiro nível do modelo ecológico analisa os contextos comunitários em que as relações estão embutidas - como escolas, locais de trabalho e vizinhança - e busca identificar as características desses cenários que estão associadas ao fato de a pessoa ser vítima ou perpetrador da violência. Um alto nível de mobilidade residencial (em que as pessoas não ficam por muito tempo em uma mesma moradia e mudam-se muitas vezes), a heterogeneidade (população muito diversa, com pouco "vínculo" social que una as comunidades) e alta densidade populacional são exemplos dessas características e todas têm sido associadas à violência. Da mesma forma, as comunidades caracterizadas por problemas como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego ou grande isolamento social (por exemplo, pessoas que não conhecem seus vizinhos ou que não têm envolvimento algum com sua comunidade) também têm maior probabilidade de vivenciar a violência. Pesquisas sobre violência mostram que as oportunidades de que ela ocorra são maiores em alguns contextos comunitários do que em outros, por exemplo, em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há pouco apoio institucional.

Social

O quarto e último nível do modelo ecológico analisa os fatores sociais mais amplos que influenciam

os índices de violência. Aqui se incluem os fatores que criam um clima favorável à violência, os que reduzem as inibições contra violência e aqueles que criam e sustentam lacunas entre os diferentes segmentos da sociedade - ou tensões entre diferentes grupos ou países. Os principais fatores sociais incluem:

- normas culturais que apoiam a violência como uma forma aceitável para solucionar conflitos;
- atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência que pode ser evitado;
- normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança;
- normas que reafirmam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças;
- normas que validam o uso abusivo da força pela polícia contra os cidadãos;
- normas que apoiam os conflitos políticos.

Os fatores sociais mais amplos incluem ainda as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos os níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos na sociedade (ver Quadro 1.2).

A estrutura ecológica enfatiza as diversas causas da violência e a interação dos fatores de risco dentro da família e de contextos mais abrangentes, como o comunitário, o social, o cultural e o econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico também mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em diferentes estágios da vida.

Vínculos complexos

Enquanto alguns fatores de risco podem ser únicos para um determinado tipo de violência, os vários tipos de violência normalmente compartilham alguns fatores de risco. As normas culturais predominantes, a pobreza, o isolamento social e fatores como abuso de álcool, abuso de substâncias e acesso a armas de fogo são fatores de risco ligados a mais de um tipo de violência. Como consequência, não é raro que algumas pessoas sob risco de violência vivenciem mais de um tipo de violência. As mulheres sob risco de violência física por parceiros íntimos, por exemplo, também estão sob risco de violência sexual (18).

Também não é raro detectar vínculos entre

QUADRO 1.2**Globalização: as implicações para a prevenção contra a violência**

A globalização corroeu as fronteiras funcionais e políticas que separavam as pessoas em Estados soberanos com uma movimentação e uma troca de informações, idéias, serviços e produtos cada vez mais rápidas e abrangentes. Por um lado, esse fato tem levado a uma enorme expansão no comércio mundial acompanhada por uma demanda por maiores resultados econômicos, criando milhões de empregos e aumentando os padrões de vida em alguns países, de uma forma nunca antes imaginada. Por outro lado, os efeitos da globalização têm sido marcadamente desiguais. Em algumas partes do mundo, a globalização tem levado a desigualdades maiores em termos de renda e ajudou a destruir fatores, como a coesão social, que protegem contra a violência interpessoal.

Os benefícios e os obstáculos para se evitar a violência resultante da globalização podem ser resumidos como segue.

Os efeitos positivos

O grande aumento no compartilhamento de informações provocado pela globalização tem produzido novas redes e alianças internacionais que têm potencial para melhorar o alcance e a qualidade dos dados coletados sobre violência. Nos locais onde a globalização aumentou os padrões de vida e ajudou a reduzir as desigualdades, há uma maior possibilidade de que as intervenções econômicas que estão sendo utilizadas diminuam as tensões e os conflitos, tanto dentro dos Estados quanto entre eles. Além do mais, a globalização cria novas formas de se utilizar mecanismos globais:

- Para realizar pesquisas sobre violência - especialmente sobre fatores sociais, econômicos e políticos que transcendem as fronteiras nacionais.
- Para incentivar atividades de prevenção contra a violência em escala regional ou global.
- Para implementar leis internacionais e tratados elaborados para reduzir a violência.
- Para apoiar esforços de prevenção contra a violência nos países, especialmente para aqueles com capacidade limitada para realizar tais atividades.

Os efeitos negativos

As sociedades com níveis já elevados de desigualdade, que vivenciam um aumento do descompasso entre ricos e pobres em consequência da globalização, provavelmente testemunharão um aumento na violência interpessoal. A rápida mudança social em um país, como resposta às fortes pressões globais - como aconteceu, por exemplo, em alguns Estados da antiga União Soviética -, pode sobrepujar os controles sociais existentes para o comportamento e, assim, criar condições para um elevado nível de violência. Além disso, como resultado da globalização, a remoção das restrições de mercado e incentivos cada vez maiores para que se vise a lucros podem levar, por exemplo, a um acesso muito mais livre ao álcool, às drogas e a armas de fogo, a despeito dos esforços para se reduzir o uso das armas em incidentes violentos.

A necessidade de respostas globais

A violência não pode continuar sendo um assunto exclusivo das políticas nacionais, mas deve ser tratada também em nível global - através do agrupamento de Estados, organismos internacionais e redes internacionais de organizações governamentais e não governamentais. Esses esforços internacionais devem visar à utilização dos aspectos positivos da globalização para um bem maior, enquanto lutam para diminuir os aspectos negativos.

diferentes tipos de violência. As pesquisas têm mostrado que a exposição à violência no lar está associada ao fato de a pessoa ser uma vítima ou um perpetrador da violência na adolescência ou na fase adulta (49). A experiência de ser rejeitada, negligenciada ou de sofrer indiferença por parte dos pais, deixa a criança sob um risco maior de comportamento agressivo e anti-social, inclusive de comportamento abusivo quando adulto (50-52). Foram encontradas associações entre o comportamento suicida e os diversos tipos de violência, inclusive maus tratos à criança (53, 54), violência praticada por parceiro íntimo (33, 55), agressão sexual (53) ou abuso contra idosos (56, 57). Em Sri Lanka, os índices de suicídio mostraram uma queda durante o período de guerra e aumentaram somente depois que o violento conflito terminou (58). Em muitos países que passam por conflitos violentos, os índices de violência interpessoal permanecem altos mesmo depois do término das hostilidades - entre outros motivos, porque a forma de violência tornou-se mais aceita socialmente e devido à disponibilidade de armas.

Os vínculos entre os tipos de violência e a interação entre os fatores individuais e os contextos sociais, culturais e econômicos mais abrangentes indicam que lidar com os fatores de risco nos diversos níveis do modelo ecológico pode contribuir para reduções em mais de um tipo de violência.

Como a violência pode ser evitada?

Os dois primeiros estágios do modelo de saúde pública fornecem informações importantes sobre as populações que necessitam de intervenções preventivas, assim como sobre os fatores de risco e de proteção que precisam ser tratados. Uma das principais metas da saúde pública é colocar esse conhecimento em prática.

Tipos de prevenção

As intervenções de saúde pública são, tradicionalmente, caracterizadas em termos de níveis de prevenção:

- Prevenção primária - abordagens que visam a evitar a violência antes que ela ocorra.
- Prevenção secundária - abordagens que têm como foco as respostas mais imediatas à violência, tais como assistência pré-hospitalar, serviços de emergência ou tratamento de doenças sexualmente transmitidas após um estupro.

- Prevenção terciária - abordagens que visam à assistência em longo prazo no caso de violência, tais como reabilitação e reintegração, e tentam diminuir o trauma ou reduzir a invalidez de longo prazo associada à violência.

Esses três níveis de prevenção são definidos por seu aspecto temporal, seja a prevenção anterior à violência, imediatamente após a violência ou em longo prazo. Apesar de tradicionalmente serem aplicados a vítimas de violência e no âmbito da assistência à saúde, os esforços de prevenção secundários e terciários também são considerados relevantes para os perpetradores da violência e são aplicados em âmbito judiciário como resposta à violência.

Os pesquisadores no campo da prevenção contra a violência têm cada vez mais se voltado para uma definição de prevenção que visa a um grupo alvo de interesse. Essa definição agrupa as intervenções da seguinte forma (59):

- Intervenções universais - abordagens que visam a grupos ou à população em geral, sem levar em consideração o risco individual. Dentre os exemplos, podemos citar os currículos de prevenção contra a violência fornecidos a todos os estudantes nas escolas ou a crianças de uma determinada faixa etária, bem como campanhas de mídia para a comunidade.
- Intervenções selecionadas - abordagens voltadas para pessoas consideradas como estando sob maior risco de violência (que apresentam um ou mais fatores de risco de violência). Dentre os exemplos desta intervenção está o treinamento voltado para a criação de crianças oferecido a pais de baixa renda ou pais solteiros.
- Intervenções indicadas - abordagens voltadas àqueles que já demonstraram comportamento violento, tais como tratamento para perpetradores de violência doméstica.

Até hoje, muitos esforços em países industrializados e emergentes têm enfatizado as repostas secundárias e terciárias à violência. É possível entender que normalmente seja dada prioridade às consequências imediatas da violência, dando apoio às vítimas e punindo os criminosos. Tais respostas, mesmo sendo importantes e precisando ser fortalecidas, devem ser acompanhadas por um maior investimento na prevenção primária. Uma resposta abrangente à violência é aquela que não só protege e apoia as vítimas da violência, mas também

promove a não violência, reduz a perpetração da violência e muda as circunstâncias e condições que primordialmente dão origem à violência.

Respostas multifacetadas

Como a violência é um problema multifacetado, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, é necessário confrontá-la simultaneamente em diversos níveis. Neste sentido, o modelo ecológico serve a dois propósitos: cada nível do modelo representa um nível de risco e cada nível também pode ser encarado como um ponto principal para a intervenção.

Para se lidar com a violência em diversos níveis é necessário:

- Tratar de fatores de risco individuais e adotar medidas para modificar os comportamentos individuais de risco;
- Influenciar relacionamentos pessoais próximos e trabalhar para criar ambientes familiares saudáveis, assim como oferecer ajuda profissional e apoio às famílias que apresentam disfunções;
- Monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e adotar medidas para tratar de problemas que possam levar à violência;
- Lidar com a desigualdade de gênero e com as atitudes e práticas culturais adversas;
- Lidar com os fatores culturais, sociais e econômicos mais abrangentes, que contribuem para a violência, e adotar medidas para mudá-los, inclusive medidas para acabar com o descompasso entre o rico e o pobre e para garantir um acesso igual a bens, serviços e oportunidades.

Documentando respostas efetivas

Uma regra geral fundamental para a abordagem da saúde pública em relação à violência é que todos os esforços, sejam grandes ou pequenos, devem ser rigorosamente avaliados. Documentar as respostas existentes e estimular uma avaliação estritamente científica das intervenções em diferentes cenários é de grande valia para todos. Esses passos são particularmente necessários para outras pessoas que estejam tentando determinar respostas as mais efetivas à violência e estratégias que podem fazer diferença.

Reunir toda as evidências e experiências disponíveis também é um fator extremamente útil para a defesa da causa, uma vez que dá aos responsáveis pela tomada de decisões a garantia necessária de

que algo pode ser feito. Ainda mais importante é o fato de que, com isso, eles têm um valioso guia sobre quais os esforços que provavelmente reduzirão a violência.

Equilibrando a ação da saúde pública

Uma pesquisa rigorosa leva tempo para produzir resultados. O impulso para investir apenas em abordagens testadas não deve ser um obstáculo para dar apoio a abordagens promissoras. Abordagens promissoras são aquelas que foram avaliadas, mas ainda precisam de maiores testes, em diversos cenários e com grupos populacionais diferentes.

É também de bom alvitre testar diversos programas e usar as iniciativas e as idéias das comunidades locais. A violência é um problema que exerce demasiada pressão, para postergar a ação da saúde pública enquanto se espera pelo conhecimento perfeito.

Lidando com as normas culturais

Em várias partes do mundo, algumas vezes, a especificidade cultural e a tradição são usadas como justificativas para determinadas práticas sociais que perpetuam a violência. A opressão das mulheres é um dos exemplos mais citados, mas também podemos mencionar muitos outros.

As normas culturais devem ser tratadas com sensibilidade e respeito em todos os esforços de prevenção – com sensibilidade, porque as pessoas normalmente têm ligações apaixonadas com as suas tradições; e com respeito, porque a cultura normalmente é uma fonte de proteção contra a violência. A experiência provou que, por ocasião da elaboração e da implementação dos programas, é importante fazer consultas prévias e constantes com os líderes religiosos e tradicionais, com grupos leigos e figuras de destaque na comunidade, tal como curandeiros.

Ações contra a violência em todos os níveis

No longo prazo, o sucesso na prevenção contra a violência dependerá cada vez mais de abordagens abrangentes em todos os níveis.

Nível local

Em nível local, os parceiros poderão ser provedores de assistência à saúde, polícia, educadores, assistentes sociais, empregadores e funcionários do governo. Muito pode ser feito para promover a prevenção contra a violência. Programas piloto em pequena escala e projetos de pesquisa podem fornecer os meios para se testar as idéias e - talvez igualmente importante - para que diversos parceiros se acostumem a trabalhar juntos. Para o sucesso desse tipo de cooperação, são essenciais estruturas, tais como grupos ou comissões de trabalho, que reúnem diferentes setores e mantêm contatos formais e informais.

Nível nacional

Como no nível local, também em nível nacional as parcerias multissetoriais são altamente aconselháveis. Diversos ministérios do governo – e não só os responsáveis pela aplicação da lei, pelos serviços sociais e de saúde – têm importantes contribuições para dar na prevenção contra a violência. Os ministérios da educação são parceiros óbvios, dada a importância da intervenção nas escolas. Os ministérios do trabalho podem fazer muito para reduzir a violência no local de trabalho, especialmente em cooperação com sindicatos e empregadores (ver Quadro 1.3). No que diz respeito à violência, os ministérios da defesa podem moldar positivamente as atitudes de vários jovens sob seu controle, ao encorajar a disciplina, promover códigos de honra e ao promover uma grande conscientização a respeito da letalidade das armas de fogo. As lideranças e as organizações religiosas têm um papel a desempenhar em seu trabalho pastoral e, quando cabível, ao oferecer seus bons préstimos para fazer a mediação em problemas específicos.

Nível global

Como já foi mostrado, por exemplo, na resposta internacional à AIDS e no campo de assistência a desastres, em nível global, a cooperação e a troca de informações entre as organizações podem produzir significativos benefícios, da mesma forma que as parcerias em nível nacional e local. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde tem um papel global muito importante a desempenhar, uma vez que é a agência das Nações Unidas responsável pela saúde. Outras agências e órgãos internacionais, contudo,

também têm grandes contribuições a oferecer em seus campos especializados. Dentre elas, podemos citar o Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (no que diz respeito aos direitos humanos), o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (refugiados), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (o bem-estar das crianças), o Fundo das Nações Unidas para Mulheres e o Fundo de População das Nações Unidas (saúde da mulher), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (desenvolvimento humano), o Instituto Inter-regional das Nações Unidas para Pesquisa em Crime e Justiça (crime) e o Banco Mundial (financiamento e governança). Diversos doadores internacionais, programas bilaterais, organizações não governamentais e organizações religiosas já estão envolvidos em atividades de prevenção contra a violência no mundo todo.

Problemas para os responsáveis pela tomada de decisões nacionais

Se a violência é altamente evitável, surge então a questão: por que não há mais esforços para evitá-la, especialmente em nível nacional, provincial e estadual?

Um grande obstáculo é simplesmente a falta de conhecimento. Para muitos responsáveis pela tomada de decisões, a idéia de que a violência é um problema de saúde pública é nova e, na verdade, bastante contrária à crença de que a violência é um problema criminal. Esse é o caso especialmente de formas menos visíveis de violência, tais como abuso de crianças, mulheres e idosos. A noção de que a violência pode ser evitada também é nova ou questionável para os responsáveis pela tomada de decisões. Para muitas pessoas, uma sociedade livre de violência parece ser inatingível; um nível "aceitável" de violência, principalmente nas ruas onde vivem, parece ser muito mais realista. Para outros, paradoxalmente, o inverso é verdadeiro, uma vez que grande parte da violência é ocultada, distante ou esporádica. Para eles, a paz e a segurança parecem ser o estado predominante. Da mesma forma que se tem o ar puro como certo até que o céu se cubra de poluição, a violência também deve ser tratada logo que começa a dar sinais de existência. Não é de surpreender que algumas das soluções mais inovadoras tenham partido dos níveis comunitários e municipais do governo, precisamente aqueles que, diariamente, estão mais próximos do problema.

Um segundo problema diz respeito à viabilidade das opções políticas para combatê-la. Poucos responsáveis pela tomada de decisões perceberam a evidência de que muitas formas de violência podem ser evitadas. E demasiados consideram que as abordagens tradicionais do sistema de justiça criminal são as únicas que "funcionam". Essa visão não reconhece a extensão da violência na sociedade. Ela perpetua o foco sobre certas formas bastante visíveis de violência – especificamente a violência juvenil – enquanto prestam muito menos atenção a outros tipos, tais como a violência de parceiros íntimos e o abuso infantil e de idosos, para os quais o sistema de

justiça criminal é menos responsivo e menos efetivo.

Um terceiro problema diz respeito à determinação. A violência é uma questão extremamente emocional e muitos países relutam em adotar iniciativas que desafiem atitudes ou práticas estabelecidas há muito tempo. Pode-se precisar de uma considerável coragem política para tentar novas abordagens em áreas como policiamento e segurança pública.

Com esses três problemas, há um forte papel a ser desempenhado pelos profissionais da área de saúde pública, pelas instituições acadêmicas, pelas organizações não governamentais e pelas organizações internacionais para ajudar os governos a aumentarem seu conhecimento e sua confiança em

QUADRO 1.3

Uma abordagem abrangente para evitar a violência no trabalho

Em muitas partes do mundo, a violência no local de trabalho é um grande fator a contribuir para mortes e lesões. Nos Estados Unidos, estatísticas oficiais colocaram o homicídio como a segunda principal causa de morte no local de trabalho - depois de lesões no trânsito - para os homens e a primeira para as mulheres. Na União Européia, aproximadamente três milhões de trabalhadores (2% da mão de obra) têm sido sujeitos à violência física no trabalho. Estudos sobre trabalhadoras migrantes das Filipinas mostraram que muitas, especialmente as que trabalham em serviços domésticos ou na indústria de lazer, são desproporcionalmente afetadas pela violência em seus trabalhos.

A violência no trabalho envolve não somente o comportamento físico, mas também o psicológico. Muitos trabalhadores são sujeitos a comportamentos prepotentes agressivos [*bullying*], assédio sexual, ameaças, intimidações e outras formas de violência psicológica. Uma pesquisa realizada no Reino Unido revelou que 53% dos empregados foram vítimas de comportamento agressivo no trabalho e 78% testemunharam tal comportamento. Na África do Sul, as hostilidades no local de trabalho são consideradas como "excepcionalmente elevadas" e um estudo recente mostrou que 78% dos pesquisados haviam passado por comportamento prepotente agressivo em seu local de trabalho.

Repetidos atos de violência - desde comportamentos prepotentes agressivos, assédio sexual e ameaças até humilhação e deterioração moral dos trabalhadores - também podem evoluir cumulativamente para casos muito graves. Na Suécia, estima-se que, em 10 a 15% dos suicídios, um dos fatores tenha sido tal comportamento.

Os custos

A violência no local de trabalho causa uma ruptura imediata e, muitas vezes, de longo prazo nos relacionamentos interpessoais, bem como desagrega o ambiente de trabalho como um todo. Os custos dessa violência incluem:

- Custos diretos - efeitos colaterais de pontos como:

- acidentes;
- enfermidades;
- invalidez e morte;
- absenteísmo;
- rotatividade de funcionários.

- Custos indiretos, inclusive:

- menor desempenho no trabalho;
- menor qualidade dos produtos ou do serviço, e produção mais lenta;

(continuação)

- diminuição na competitividade;
- Custos mais intangíveis, inclusive:
 - danos à imagem de uma organização;
 - menor motivação e moral mais baixa;
 - menor lealdade para com a organização;
 - níveis mais baixos de criatividade;
 - um ambiente menos condutivo ao trabalho.

As respostas

Ao lidar com a violência em outros cenários, é necessária uma abordagem abrangente. A violência no trabalho não é simplesmente um problema individual, que acontece de tempos em tempos, mas sim um problema estrutural com causas socioeconômicas, culturais e organizacionais muito mais amplas.

A resposta tradicional à violência no trabalho, fundamentada exclusivamente na disciplina regulamentar, não atinge muitas situações no local de trabalho. Uma abordagem mais abrangente tem como foco as causas da violência no local de trabalho. Ela visa a fazer com que a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores sejam partes integrantes do desenvolvimento da organização.

O tipo de pacote sistemático e direcionado para se evitar a violência no trabalho que está sendo cada vez mais adotado inclui:

- a colaboração ativa das organizações de empregados e de empregadores na formulação de políticas e programas claros contra a violência no local de trabalho;
- apoio à legislação e às diretrizes do governo nacional e local;
- a divulgação de estudos de caso sobre práticas recomendadas na prevenção contra a violência no trabalho;
- melhorias no ambiente de trabalho, estilos de gerenciamento e organização do trabalho;
- maiores oportunidades de treinamento;
- aconselhamento e apoio às pessoas afetadas.

Ao fazer o vínculo direto da saúde e da segurança com o gerenciamento e desenvolvimento de uma organização, essa abordagem abrangente oferece os meios para uma ação imediata e sustentável para eliminar a violência no local de trabalho.

intervenções que podem funcionar. Parte deste papel é a defesa, utilizando a educação e informações científicas. A outra parte é um parceiro ou consultor que ajude a desenvolver políticas e a elaborar ou implementar as intervenções.

Conclusão

A saúde pública diz respeito à saúde e ao bem-estar das populações como um todo. A violência impõe uma carga maior ao bem-estar. O objetivo da saúde pública é criar comunidades seguras e saudáveis no mundo todo. Uma grande prioridade hoje em dia é persuadir os mais diversos setores – nos níveis global, nacional e comunitário – a comprometerem-se com este objetivo. Os funcionários da área de saúde pública podem fazer muito para criar planos e políticas nacionais para evitar a violência, estabelecendo importantes parcerias entre os setores e assegurando a devida alocação de

recursos para os esforços de prevenção.

Mesmo que não precise - e na verdade não possa – dirigir todas as ações para evitar a violência e responder a ela, a liderança da saúde pública tem um significativo papel a desempenhar. Os dados disponíveis para a saúde pública e para outras agências, a compreensão e o entendimento desenvolvidos por método científico e a dedicação para descobrir respostas efetivas são importantes instrumentos que o campo da saúde pública oferece para a resposta global à violência.

Referências

1. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7-29.
2. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World

- Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
3. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, NY, Academic Press, 1964:231-276.
 4. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53:1146-1158.
 5. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2-9.
 6. Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. In: van Eeden R, Wentzel M, eds. *The dynamics of aggression and violence in South Africa*. Pretoria, Human Sciences Research Council, 1998:399-424.
 7. Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:715-719.
 8. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FCH/GWH/02.01).
 9. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).
 10. Sethi D, Krug E, eds. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NMH/PVI/00.2).
 11. Saltzman LE et al. *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.
 12. *Uniform data elements for the national fatal firearm injury reporting system*. Boston, MA, Harvard Injury Control Research Center, Harvard School of Public Health, 2000.
 13. *Data elements for emergency departments*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
 14. 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.
 15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
 16. *World health statistics annual 1996*. Geneva, World Health Organization, 1998.
 17. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1-87.
 18. 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).
 19. 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.
 20. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-22.
 21. El-Zanaty F et al. Egypt demographic and health survey, 1995. Calverton, MD, Macro International, 1996.
 22. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6-31.
 23. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595-1610.
 24. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
 25. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57-65.
 26. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77-81.
 27. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:1-104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
 28. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218-223.
 29. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian

- comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329-341.
30. Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 1999, 20:89-95.
31. 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).
32. Kaplan SJ et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:954-959.
33. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533-540.
34. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565-581.
35. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320-325.
36. Kakar F et al. The consequences of landmines on public health. *Prehospital Disaster Medicine*, 1996, 11:41-45.
37. Toole MJ. Complex emergencies: refugee and other populations. In: Noji E, ed. *The public health consequences of disasters*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:419-442.
38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, 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, 4:262-290.
44. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79-103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA, eds. *Violence in families: understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. I*. Washington, DC, National Academy Press, 1993:221-245.
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 et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213-237.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86-105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:390-395.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon Press, 1978:73-93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7:265-270.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27:251-272.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135:17-36.
54. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490-1496.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International*

Journal of Health Services, 1995, 25:43-64.

56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45-54.

57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse*

and Neglect, 1989, 1:65-74.

58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91:1-4.

59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251-273.

CAPÍTULO 2

Violência juvenil

Antecedentes

A violência praticada por pessoas jovens é uma das formas mais visíveis de violência na sociedade. Em todo o mundo, jornais e meios de comunicação relatam diariamente a violência das gangues nas escolas ou praticada por jovens nas ruas. Em quase todos os lugares, as principais vítimas e perpetradores desse tipo de violência são os próprios adolescentes e jovens adultos (1). Os homicídios e as agressões não fatais envolvendo jovens, contribuem muito para a carga global de morte prematura, lesões e invalidez (1, 2).

A violência juvenil prejudica profundamente não apenas suas vítimas, mas também os familiares, os amigos e as comunidades. Seus efeitos não são observados apenas na morte, doença e invalidez, mas também em termos de qualidade de vida. A violência que envolve os jovens acarreta muitos custos aos serviços de saúde e bem-estar social, reduz a produtividade, diminui os valores de propriedade, desintegra uma série de serviços essenciais e, em geral, abala o arcabouço da sociedade.

O problema da violência juvenil, não pode ser considerado isoladamente dos outros comportamentos problema. Jovens violentos tendem a cometer uma série de crimes. Normalmente também apresentam outros problemas, tais como vadiagem e abandono da escola, abuso de substâncias [tóxicas], mentira compulsiva, direção imprudente e elevados índices de doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, nem todos os jovens violentos manifestam problemas significativos que não sejam sua própria violência e nem todos jovens com problemas são necessariamente violentos (3).

Há ligações muito próximas entre: violência juvenil e outras formas de violência. Testemunhar a violência em casa, ser vítima de abuso físico ou sexual, por exemplo, pode condicionar crianças ou adolescentes a considerarem a violência como uma maneira aceitável de resolver problemas (4, 5). A exposição prolongada a conflitos armados também, pode contribuir para uma cultura geral de terror, que aumenta a incidência de violência juvenil (6–8). A compreensão dos fatores que aumentam o risco dos jovens serem vítimas ou perpetradores de violência é essencial para o desenvolvimento de políticas e programas eficazes para evitar a violência.

Para atender às finalidades deste relatório, os jovens são definidos como pessoas entre 10 e 29 anos de idade. Os índices elevados de agressões e

vitimizações, entretanto, geralmente se estendem até os 30 a 35 anos de idade, e este grupo de pessoas mais velhas, jovens adultos, também deve ser levado em consideração na tentativa de se compreender e evitar a violência juvenil.

A extensão do problema

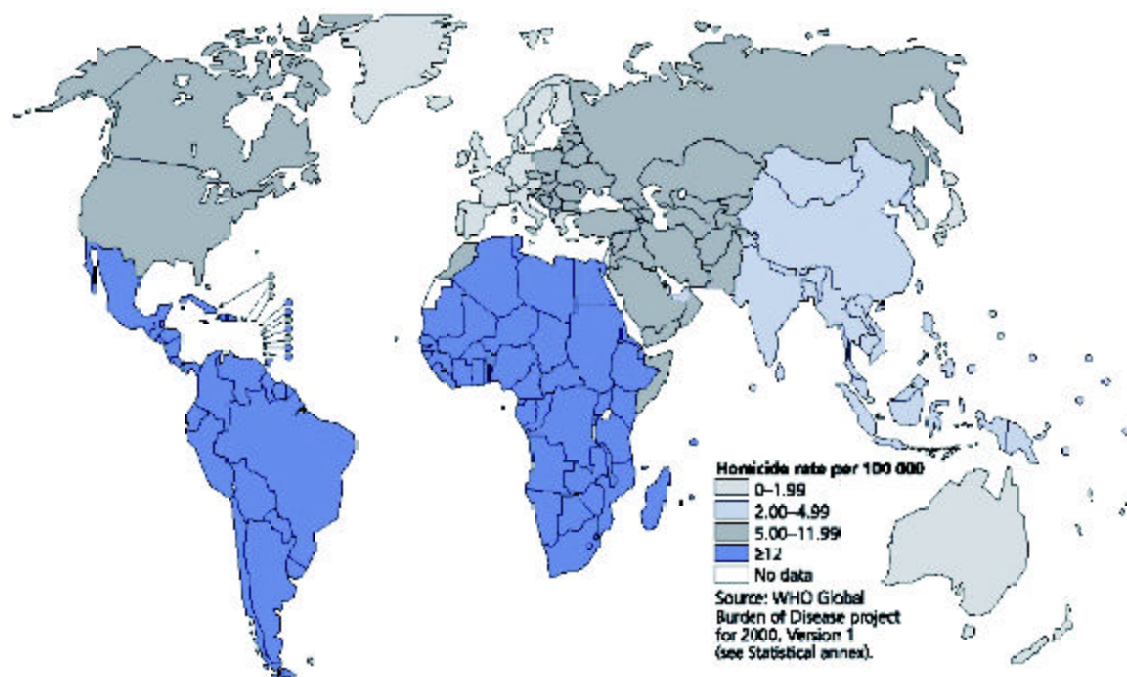
Índices de homicídio juvenil

Em 2000, ocorreram cerca de 199 mil homicídios juvenis (9,2 para cada 100 mil pessoas) em todo o mundo. Em outras palavras, uma média de 565 crianças, adolescentes e jovens adultos, entre 10 e 29 anos, morrem por dia como resultado da violência interpessoal. Os índices de homicídio variam consideravelmente de região para região, variando de 0,9 para cada 100 mil nos países de renda alta da Europa e partes da Ásia e do Pacífico, a 17,6 para 100 mil na África e 36,4 para 100 mil na América Latina (ver Figura 2.1).

Há também grandes variações nos índices de homicídio juvenil entre os países em si (ver Tabela 2.1). Entre os países cujos dados da OMS estão disponíveis, os índices são mais levados na América Latina (por exemplo, 84,4 para cada 100 mil na Colômbia e 50,2 para cada 100 mil em El Salvador), no Caribe (por exemplo, 41,8 para cada 100 mil em Porto Rico), na Federação Russa (18,0 para cada 100 mil) e em alguns países do sudeste da Europa (por exemplo, 28,2 para cada 100 mil na Albânia). Com exceção dos Estados Unidos, onde os índices ficam em 11,0 para cada 100 mil, a maior parte dos países com índices de homicídio acima de 10,0 para cada 100 mil são países emergentes ou países que passam por rápidas mudanças sociais e econômicas.

Os países com baixos índices de homicídio juvenil tendem a pertencer à Europa Ocidental - por exemplo, França (0,6 para cada 100 mil), Alemanha (0,8 para cada 100 mil) e Reino Unido (0,9 para cada 100 mil) - ou à Ásia, como o Japão (0,4 para cada 100 mil). Vários países apresentam menos de 20 homicídios juvenis por ano.

Em quase todos os lugares, os índices de homicídio juvenil são significativamente mais baixos entre as mulheres do que entre os homens, indicando que o fato de pertencer ao sexo masculino é um forte fator de risco demográfico. A razão entre o índice de homicídios juvenis entre homens e mulheres tende a ser mais alta em países com índices elevados de homicídios masculinos. Por exemplo, a razão é de 13,1:1 na Colômbia, 14,6:1 em El Salvador, 16,0:1 nas

FIGURA 2.1Índices estimados de homicídio entre jovens com idade de 10 a 29 anos, 2000^a

^a Os índices foram calculados pelo nível de renda da região da OMS e do país e, em seguida, agrupados de acordo com a grandeza.

Filipinas e 16,5:1 na Venezuela. Em lugares em que os índices de suicídios masculinos são mais baixos, a razão, em geral, é mais baixa—como ocorre na Hungria (0,9:1), Países Baixos e República da Coreia (1,6:1). Entre os países, em relação aos Índices de homicídios entre mulheres e homens, a variação é consideravelmente menor que a variação nos índices de homicídios masculinos.

As descobertas epidemiológicas sobre homicídio juvenil são muito escassas em países e regiões onde não há dados de mortalidade da OMS ou os dados estão incompletos. Onde existem dados adequados sobre o homicídio juvenil, como em vários estudos desenvolvidos em países da África (inclusive Nigéria, África do Sul e República Unida da Tanzânia), da Ásia e do Pacífico (tal como a China, inclusive a Província de Taiwan, e o Fiji) (9-16), padrões epidemiológicos semelhantes têm sido relatados, a saber:

- uma acentuada preponderância de vítimas de homicídio do sexo masculino em relação ao sexo feminino;

- uma significativa variação nos índices entre os países e as regiões

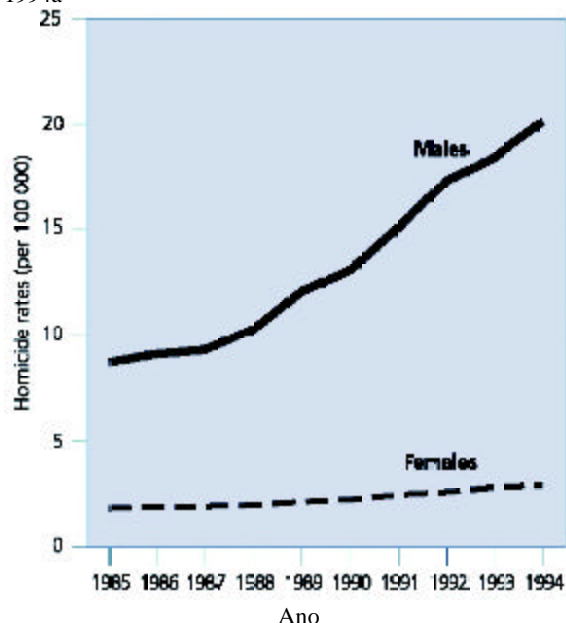
Tendências nos homicídios juvenis

Entre 1985 e 1994, os índices de homicídio juvenil aumentaram em diversas partes do mundo especialmente entre jovens na faixa de 10 a 24 anos de idade. Houve também diferenças importantes entre os sexos, os países e as regiões. Em geral, os índices de homicídios entre jovens de 15 a 19 e de 20 a 24 aumentaram mais que os índices entre jovens de 10 a 14 anos. Os índices de homicídios masculinos aumentaram mais que os femininos (ver Figura 2.2), e os aumentos nos índices de homicídios juvenis foram mais pronunciados em países emergentes e economias em transição. Além disso, os aumentos nos índices de homicídio juvenil geralmente estavam associados a aumentos no uso de armas de fogo como métodos de ataque (ver Figura 2.3).

Enquanto os índices de homicídio juvenil na Europa Oriental e na antiga União Soviética aumentaram dramaticamente após o colapso do comunismo, no final dos anos 80 e início dos anos 90, os índices na Europa Ocidental, em geral, permaneceram baixos e estáveis. Na Federação Russa, no período de 1985 a 1994, os índices da faixa etária

FIGURA 2.2

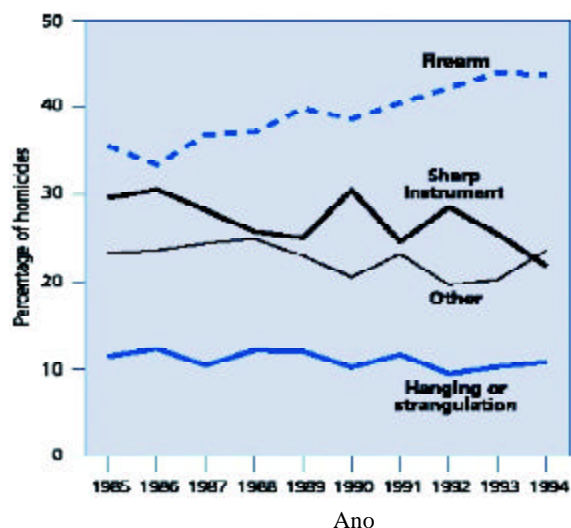
Tendências globais nos índices de homicídio juvenil entre homens e mulheres na faixa etária de 10 a 24 anos, 1985-1994a



de 10 a 24 anos de idade aumentaram mais de 150%, de 7,0 para cada 100 mil para 18,0 para cada 100 mil, enquanto na Letônia houve um aumento de 125%, de 4,4 para cada 100 mil para 9,9 para cada 100 mil. No mesmo período, em muitos destes países, houve um aumento acentuado na proporção de mortes por

FIGURA 2.3

Tendências no método de ataque nos homicídios entre jovens na faixa etária de 10 a 24 anos, 1985-1994a



ferimentos à bala – mais que o dobro de que no Azerbaijão, Letônia e Federação Russa.

No Reino Unido, em comparação, os índices de homicídio entre jovens na faixa etária de 10 a 24 anos de idade, no mesmo período de 10 anos, aumentaram 37,5% (de 0,8 para cada 100 mil para 1,1 para cada 100 mil). Na França, os índices de homicídio juvenil aumentaram 28,6% no mesmo período (de 0,7 para cada 100 mil para 0,9 para cada 100 mil). Na Alemanha, os índices de homicídio juvenil aumentaram 12,5% entre 1990 e 1994 (de 0,8 para cada 100 mil para 0,9 para cada 100 mil). Enquanto os índices de homicídio juvenil aumentaram nestes países nesse período, a proporção de homicídios juvenis envolvendo armas de fogo permaneceu em torno de 30%.

No período de 1985 a 1994, foram observadas extraordinárias diferenças nas tendências de homicídios juvenis no continente americano. No Canadá, onde cerca de um terço dos homicídios juvenis envolve armas de fogo, os índices caíram 9,5%, de 2,1 para cada 100 mil para 1,9 para cada 100 mil. Nos Estados Unidos, a tendência foi exatamente o oposto, com mais de 70%

dos homicídios juvenis envolvendo armas de fogo e um aumento nos homicídios de 77%, de 8,8 para cada 100 mil para 15,6 para cada 100 mil. No Chile, os índices nesse período permaneceram baixos e estáveis, cerca de 2,4 para cada 100 mil. No México, onde as armas de fogo são responsáveis por cerca de 50% de todos os homicídios juvenis, os índices permaneceram elevados e estáveis, aumentando de 14,7 para cada 100 mil para 15,6 para cada 100 mil. Por outro lado, na Colômbia, os homicídios juvenis aumentaram 159%, de 36,7 para cada 100 mil para 95,0 para cada 100 mil (com 80% dos casos, no final desse período, envolvendo armas de fogo), e na Venezuela 132%, de 10,4 para cada 100 mil para 24,1 para cada 100 mil.

Na Austrália, o índice de homicídio juvenil caiu de 2,0 para cada 100 mil em 1985 para 1,5 para cada 100 mil em 1994, enquanto na vizinha Nova Zelândia, no mesmo período, atingiu mais que o dobro, de 0,8 para cada 100 mil para 2,2 para cada 100 mil. No Japão, os índices nesse período permaneceram baixos, cerca de 0,4 para cada 100 mil.

Violência não fatal

Em alguns países, os dados sobre homicídio juvenil podem ser analisados em comparação com estudos sobre violência não fatal. Estas comparações fornecem um quadro mais completo do problema da

TABELA 2.1

Índice de homicídios entre jovens na faixa etária de 10 a 29 anos classificados por país ou área. Anos mais recente disponível						
País ou área	Ano	Número total de mortes	Índice de homicídios para cada 100 mil pessoas entre 10 e 29 anos de idade			
			Total	Homens	Mulheres	Relação Homens/Mulheres
Albânia	1998	325	28,2	53,2	5,9	5,8
Armênia	1999	155	0,8	1,0	0,6	1,6
República da Macedônia	1997	5	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
da antiga Jugoslávia						
Argentina	1996	623	5,2	8,7	1,6	2,5
Armênia	1999	25	1,9	3,1	— ^a	— ^a
Austrália	1998	88	1,5	2,2	1,0	2,2
Austria	1999	7	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Azerbaijão	1999	19 ^b	8,7	12,1	— ^a	— ^a
Bélgica	1999	257	6,8	13,2	4,5	2,1
Bélgica	1995	37	1,1	1,8	— ^a	— ^a
Bósnia-Herzegovina	1991	2	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Brasil	1998	20.386	32,5	59,8	3,2	11,5
Bulgária	1999	51	2,2	3,2	— ^a	— ^a
Canadá	1997	145	1,7	2,5	0,9	2,7
Caquistão	1999	631	11,5	18,0	5,0	2,6
Chile	1991	175	3,0	5,1	— ^a	— ^a
China						
Hong Kong SAR ^c	1996	15	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Áreas rurais e urbanas selecionadas	1999	778	1,8	2,1	1,2	2,1
Cingapura	1998	15	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Colômbia	1995	12.834	84,4	156,3	11,9	12,1
Costa Rica	1995	75	5,5	8,4	— ^a	— ^a
Croácia	1999	21	1,6	— ^a	— ^a	— ^a
Cuba	1997	368	9,6	11,4	4,6	2,2
Dinamarca	1996	23	1,5	— ^a	— ^a	— ^a
El Salvador	1995	1.147	53,2	91,8	6,8	14,6
Equador	1996	757	15,9	29,2	2,5	12,4
Etiópia	1999	28	1,5	2,4	— ^a	— ^a
Eslovênia	1999	4	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Espanha	1998	95	0,8	1,2	0,4	2,9
Estados Unidos	1998	8.226	11,0	17,9	3,7	4,8
Estônia	1999	35	7,7	13,3	— ^a	— ^a
Federação Russa	1996	7.886	16,0	27,2	8,0	2,3
Finlândia	1995	3.254	12,2	22,9	1,7	16,0
Finlândia	1998	19	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Frância	1998	91	0,6	0,7	0,4	1,9
Geórgia	1992	4	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Grécia	1998	25	0,9	1,4	— ^a	— ^a
Hungria	1999	71	1,1	1,3	1,5	0,9
Índia	1997	19	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Israel	1997	15	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Itália	1997	219	1,1	2,3	0,8	4,5
Jamaica	1991	2	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Japão	1997	127	0,4	0,5	0,3	1,7
Kuwait	1999	14	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Letônia	1999	55	7,3	13,1	— ^a	— ^a
Lituânia	1999	59	5,1	8,3	— ^a	— ^a
Maurício	1999	4	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
México	1997	5.991	15,3	27,3	2,8	9,8
Moldova	1999	95	7,7	12,8	— ^a	— ^a
Nicarágua	1996	159	7,3	12,5	— ^a	— ^a
Noruega	1997	11	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Novo Zelandia	1998	29	1,8	— ^a	— ^a	— ^a
Países Baixos	1999	60	1,5	1,8	1,2	1,6
Paraguai (exceto a zona do Canal)	1997	151	11,4	25,3	— ^a	— ^a
Paraguai	1994	191	10,4	18,7	— ^a	— ^a
Polónia	1995	189	1,6	2,3	0,8	2,7
Porto Rico	1998	548	11,8	27,7	6,3	14,8
Portugal	1999	37	1,3	2,1	— ^a	— ^a
Quênia	1999	85	4,6	6,7	2,4	2,8
Reino Unido	1999	139	0,9	1,4	0,4	2,9
Inglaterra e País de Gales	1999	91	0,7	1,0	0,3	2,4
Monte do Norte	1999	7	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Noruega	1999	41	3,1	5,3	— ^a	— ^a
República Tcheca	1999	35	1,2	1,4	0	— ^a
República da Coreia	1997	282	1,7	2,1	1,3	1,6
Romênia	1999	159	2,3	3,5	1,1	2,1
Rússia	1996	15	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Suécia	1996	17	— ^a	— ^a	— ^a	— ^a
Tadjiquistão	1995	124	5,5	9,7	— ^a	— ^a
Tailândia	1994	1.456	6,2	10,0	2,2	4,4
Tchad e Togo	1994	55	11,4	15,4	— ^a	— ^a
Tuvalu	1998	141	6,9	12,2	— ^a	— ^a
Uruguai	1999	1.277	8,7	14,0	4,3	2,1
Uruguai	1999	35	3,6	4,5	— ^a	— ^a
Uzbequistão	1995	347	2,6	3,8	1,3	2,9
Venezuela	1998	2.390	25,0	46,4	2,8	16,5

^a SAR: Special Administrative Region = Região Administrativa Especial

^b Ano mais recente disponível entre 1990 e 2000 para países com população ≥ 1 milhão.

^c Menos de 20 mortes registradas; índice não calculado.

^d Relação do índice não calculada, caso tenham sido registradas menos de 20 mortes para homens ou mulheres.

violência juvenil. Estudos sobre violência não fatal revelam que para cada homicídio juvenil há cerca de 20 a 40 vítimas de violência juvenil não fatal recebendo tratamento hospitalar. Em alguns países, incluindo Israel, Nova Zelândia e Nicarágua, a relação é ainda maior (17-19). Em Israel, entre os jovens na faixa etária de 18 anos, a incidência anual de lesões violentas recebendo tratamento em pronto-socorros emergência é de 196 para cada 100 mil, comparada aos índices de homicídio juvenil de 1,3 para cada 100 mil entre os homens e 0,4 para cada 100 mil entre as mulheres (19).

Assim como ocorre com a violência juvenil, a maior parte das vítimas de violência não fatal tratadas em hospitais são homens (20-26), embora a relação entre casos envolvendo homens e casos envolvendo mulheres seja um pouco menor do que para as fatalidades. Um estudo realizado em Eldoret, no Quênia, por exemplo, revelou que a relação de homens e mulheres vítimas de violência não fatal é de 2,6:1 (22). Outra pesquisa revelou uma relação de cerca de 3:1 na Jamaica, e 4-5:1 na Noruega (23, 24).

Os índices de lesões violentas não fatais tendem a aumentar dramaticamente no período que vai da metade da adolescência ao início da fase adulta. Uma pesquisa realizada em lares de Johannesburg, África do Sul, revelou que 3,5% das vítimas de violência tinham 13 anos de idade ou menos, comparados com 21,9% com 14 a 21 anos, e 52,3% com 22 a 35 anos (27). Os estudos realizados na Jamaica, Quênia, Moçambique e várias cidades do Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador e Venezuela também mostraram elevados índices de lesões não fatais resultantes de violência entre adolescentes e jovens adultos (22, 28, 29).

Comparadas à violência juvenil fatal, as lesões não fatais resultantes de violência envolvem um número bem menor de ataques com armas de fogo e um uso correspondente maior dos punhos e pés, e outras armas, tais como armas brancas [facas e similares] ou bastões. Em Honduras, 52% dos ataques não fatais a jovens envolviam outros tipos de armas, exceto armas de fogo, e em um estudo realizado na Colômbia, somente 5% das agressões não fatais estavam relacionadas a armas de fogo (comparadas a mais que 80% dos homicídios juvenis envolvendo armas de fogo) (25, 30). Na África do Sul, os ferimentos à bala são responsáveis por cerca de 16% de todas as lesões violentas que chegam aos hospitais, quando comparadas a 46% de todos os homicídios (31). Entretanto, pode ser ilusória a comparação direta

entre países e subgrupos dentro dos países que utilizam dados sobre violência não fatal registrados nos serviços de saúde. As diferenças nos índices de casos que chegam aos pronto-socorros por ferimentos à bala, por exemplo, podem simplesmente refletir o fato de que os cuidados médicos pré-hospitalares e de emergência variam entre os diferentes cenários.

Comportamentos de risco para a violência juvenil

Participação em lutas físicas, comportamentos agressivos e porte de armas são comportamentos de risco importantes para a violência juvenil. A maior parte dos estudos que examinam esses comportamentos têm envolvido alunos do ensino fundamental e médio, os quais diferem muitos das crianças e adolescentes que deixaram ou abandonaram a escola. Em consequência, provavelmente é limitada a aplicabilidade dos resultados destes estudos para jovens que não estão mais frequentando a escola.

Em muitas partes do mundo, entre crianças em idade escolar, é muito comum o envolvimento em lutas físicas (32-38). Cerca de um terço dos alunos relata ter-se envolvido em brigas físicas, sendo que o fato ocorre de 2 a 3 vezes mais com os homens do que com as mulheres. Comportamentos agressivos também ocorrem entre crianças em idade escolar (39, 40). Em estudo sobre comportamentos e saúde realizado em 27 países entre crianças em idade escolar, na maior parte dos países, a maioria das crianças com 13 anos de idade pelo menos algumas vezes já havia se envolvido em comportamento agressivo (ver Tabela 2.2) (40). Independente de serem formas de agressão, o comportamento agressivo e a luta física também podem levar a formas sérias de violência (41).

O porte de armas é um comportamento de risco importante e uma atividade predominantemente masculina entre jovens em idade escolar. Há, entretanto, muitas variações na ocorrência do porte de armas, conforme relatado por adolescentes em diferentes países. Na Cidade do Cabo, África do Sul, 9,8% dos meninos e 1,3% das meninas do ensino médio relataram terem levado armas brancas para a escola durante as quatro semanas anteriores à entrevista (42). Na Escócia, 34,1% dos meninos e 8,6% das meninas com idades entre 11 e 16 anos disseram que carregavam armas pelo menos uma vez, sendo que o fato ocorre com mais frequência com usuários de drogas do que com jovens que não usam drogas

TABELA 2.2

Comportamento prepotente agressivo* entre jovens de 13 anos, 1997-1998a

País	Envolv-se em comportamento prepotente agressivo neste período escolar?		
	Não 8	Algumas vezes %	Uma vez por semana %
Alemanha	31,2	60,8	7,9
Áustria	20,4	64,2	9,4
Bélgica (região flamenga)	52,2	43,6	4,1
Canadá	55,1	37,3	7,3
Dinamarca	31,9	58,7	9,5
Eslovênia	73,9	24,2	1,9
Eslovênia	68,9	27,3	3,9
Estados Unidos	57,5	34,9	7,6
Estônia	44,3	50,6	5,1
Finlândia	62,8	33,3	3,8
Frância	44,5	49,1	6,6
Grã-Bretanha	78,6	20,0	1,4
Grecia	76,8	18,9	4,3
Holanda	35,0	57,1	9,6
Hungria	55,8	38,2	6,0
Inglaterra	85,2	13,6	1,2
Irlanda do Norte	78,1	20,6	1,3
Israel	57,1	36,4	6,6
Letônia	41,2	49,1	9,7
Lituânia	35,3	57,3	9,3
Noruega	71,0	26,7	2,3
Polónia	65,1	31,3	3,5
Portugal	57,9	39,7	3,4
República da Irlanda	74,2	24,1	1,7
República Tcheca	69,1	27,9	3,0
Suécia	86,8	11,9	1,2
Suiça	42,5	52,6	5,0

* O que está sendo denominado comportamento prepotente agressivo é a tradução de bullying behaviour, signifi ficando o comportamento de uma pessoa que habitualmente é cruel e prepotente, especialmente com pessoas menores ou mais fracas (N. do R.).

(43). Nos Países Baixos, 21% dos alunos do ensino médio admitiram possuir uma arma e 8% realmente traziam armas para a escola (44). Nos Estados Unidos, um levantamento nacional realizado com estudantes da 9a à 12a série revelou que 17,3% tinham portado uma arma nos últimos 30 dias e 6,9% tinham portado uma arma nas dependências da escola (32).

O porte de armas é um comportamento de risco importante e uma atividade predominantemente masculina entre jovens em idade escolar. Há, entretanto, muitas variações na ocorrência do porte de armas, conforme relatado por adolescentes em diferentes países. Na Cidade do Cabo, África do Sul, 9,8% dos meninos e 1,3% das meninas do ensino médio relataram terem levado armas brancas para a escola durante as quatro semanas anteriores à entrevista (42). Na Escócia, 34,1% dos meninos e 8,6% das meninas com idades entre 11 e 16 anos disseram que carregavam armas pelo menos uma vez, sendo que o fato ocorre com mais frequência com usuários de drogas do que com jovens que não usam drogas (43). Nos Países Baixos, 21% dos alunos do ensino médio admitiram possuir uma arma e 8%

realmente traziam armas para a escola (44). Nos Estados Unidos, um levantamento nacional

realizado com estudantes da 9a à 12a série revelou que 17,3% tinham portado uma arma nos últimos 30 dias e 6,9% tinham portado uma arma nas dependências da escola (32).

A dinâmica da violência juvenil

Os padrões de comportamento, incluindo a violência, mudam no decorrer da vida de uma pessoa. O período da adolescência e do início da fase adulta é o momento em que a violência, bem como outros tipos de comportamentos, geralmente assumem uma expressão mais intensificada (45). Quando uma pessoa se desenvolve, a compreensão de quando e sob que condições o comportamento tipicamente violento ocorre pode ajudar a formular intervenções e políticas para prevenção que visam aos grupos em idade mais crítica (3).

Como a violência juvenil se inicia?

A violência juvenil pode se desenvolver de diversas maneiras. Algumas crianças apresentam comportamentos problema na primeira infância, que progressivamente aumentam para formas mais graves de agressão antes da adolescência e durante a mesma. De 20% a 45% dos meninos e 47% a 69% das meninas, que são agressores violentos graves na idade de 16 a 17 anos, encontram-se na chamada "trajetória de desenvolvimento persistente ao longo da vida" (3, 46-50). Pessoas jovens que se enquadram nesta categoria cometem os atos violentos mais graves e, em geral, mantêm este comportamento violento até se tornarem adultos (51-54).

Estudos longitudinais têm examinado de que maneiras a agressão pode continuar da infância à adolescência e da adolescência à fase adulta, criando um padrão de agressão persistente por toda a vida de uma pessoa. Vários estudos têm mostrado que a agressão na infância é um bom prognóstico de violência na adolescência e no início da fase adulta. Em um estudo realizado em Örebro, na Suécia (55), dois terços de uma amostra de cerca de mil jovens do sexo masculino que apresentaram comportamento violento até a idade de 26 anos já tinham revelado índices extremamente elevados para agressividade nas idades de 10 e 13 anos, comparados a aproximadamente um terço de todos os meninos. Da mesma forma, em um estudo de acompanhamento

realizado em Jyväskylä, na Finlândia, com aproximadamente 400 jovens (56), classificações por semelhanças de agressão nas idades de 8 e 14 anos, prognosticou-se significativamente a violência até os 20 anos de idade.

Existem ainda evidências de uma continuidade no comportamento agressivo da adolescência à fase adulta. Em um estudo desenvolvido em Columbus, OH, Estados Unidos, 59% dos jovens presos por crimes violentos antes dos 18 anos de idade foram presos novamente quando adultos, e 42% desses infratores adultos foram acusados de pelo menos um crime violento grave, como homicídio, agressão agravada ou estupro (57). Verificou-se, ainda, que uma parcela maior de jovens que foram presos por crimes envolvendo violência grave foram presos novamente quando adultos, em comparação a jovens presos por crimes envolvendo violências menores. Um estudo sobre o desenvolvimento da delinquência em Cambridge, Inglaterra, revelou que um terço dos jovens do sexo masculino, que tinham sido condenados por crimes envolvendo violência antes dos 20 anos de idade, foram condenados novamente entre os 21 e 40 anos de idade, comparados a apenas 8% daqueles que não foram condenados por crimes violentos durante a adolescência (58).

A existência de uma trajetória de desenvolvimento persistente ao longo da vida, ajuda a explicar a continuidade do comportamento agressivo e violento no decorrer do tempo, ou seja, há determinados indivíduos que persistem em ter uma tendência subjacente maior do que outros indivíduos, em direção a comportamentos agressivos e violentos. Em outras palavras, aqueles que são relativamente mais agressivos em uma determinada idade também tendem a ser relativamente mais agressivos mais tarde, muito embora os níveis absolutos de violência possam variar.

No decorrer do tempo, pode haver ainda progressões de um tipo de agressão para outro. Por exemplo, em um estudo longitudinal realizado em Pittsburgh, PA, Estados Unidos, de cerca de 1.500 meninos analisados inicialmente com idades de 7, 10 e 13 anos, Loeber e outros relataram que a agressão na infância tendia a se transformar em briga de gangues e posteriormente em violência juvenil (59).

Agressores que se mantêm agressores durante a vida toda, entretanto, representam apenas uma pequena parcela daqueles que cometem a violência. A maior parte dos jovens mais violentos se engajam em comportamentos violentos por períodos de tempo muito menores. Estas pessoas são chamadas

"agressores limitados à adolescência". Os resultados do National Youth Survey [Levantamento Nacional de Jovens] conduzido nos Estados Unidos - baseado em uma amostra nacional de jovens entre 11 e 17 anos de idade em 1976, que foram acompanhados até a idade de 27 a 33 anos - mostram que, embora uma pequena parcela de jovens tenha continuado a cometer a violência na fase adulta, cerca de três quartos dos jovens que praticam violência grave abandonaram o comportamento violento após cerca de 1 a 3 anos (3). A maioria dos jovens que se tornam violentos são agressores limitados à adolescência que, de fato, mostram pouca ou nenhuma evidência de níveis elevados de agressão ou outros comportamentos problema durante sua infância (3).

Fatores situacionais

Entre os agressores limitados à adolescência, determinados fatores situacionais podem desempenhar um importante papel na causa de comportamentos violentos. Uma análise situacional – explicando as interações entre o suposto perpetrador e a vítima em uma determinada situação – descreve como o potencial para a violência pode se tornar violência real. Os fatores situacionais incluem:

- os motivos para comportamentos violentos;
- o local onde ocorre o comportamento;
- o fato de álcool ou armas estarem presentes;
- o fato de outras pessoas, além da vítima e do agressor, estarem presentes;
- o fato de estarem envolvidas outras ações (como arrombamentos), que possam conduzir à violência.

Os motivos para a violência juvenil variam de acordo com a idade dos participantes e com o fato de outras pessoas estarem presentes ou não. Um estudo sobre delinquência realizado em Montreal, Canadá, mostrou que, quando os perpetradores eram jovens em fase de adolescência ou entrando na fase adulta, cerca da metade dos ataques pessoais violentos foram motivados pela busca de emoção, freqüentemente com co-agressores, e metade por objetivos racionais ou utilitários (60). Para todos os crimes, entretanto, a motivação principal mudou - de ser uma busca de emoção na fase de adolescência dos perpetradores – para uma razão utilitária, envolvendo planejamento prévio, intimidação psicológica e uso de armas, no início da fase adulta (61).

O National Youth Survey [Levantamento Nacional de Jovens] conduzido nos Estados Unidos, revelou que as agressões geralmente eram cometidas em

retaliação a ataques anteriores, por vingança, ou devido à provocação ou raiva (61). No estudo realizado em Cambridge, antes mencionado, os motivos para as brigas físicas dependem do fato de o jovem do sexo masculino ter brigado sozinho ou com um grupo (62). Em brigas individuais, geralmente um menino foi provocado, ficou nervoso e bateu para machucar seu oponente ou liberar tensões internas. Em brigas em grupo, os meninos normalmente se envolvem para ajudar os amigos ou porque foram atacados - raramente porque estavam nervosos. As brigas em grupo, portanto, eram de um modo geral mais sérias. Frequentemente progrediam de incidentes menores, ocorriam em bares ou nas ruas, estavam mais propensas a envolverem armas, acarretavam lesões e envolviam a polícia.

A embriaguez é um fator situacional imediato importante que pode precipitar a violência. Em um estudo realizado na Suécia, cerca de três quartos dos agressores violentos e aproximadamente metade das vítimas de violência estava embriagada no momento do incidente; e, no estudo realizado em Cambridge, muitos dos rapazes brigaram após terem bebido (62, 63).

Uma característica interessante dos agressores violentos jovens, que pode torná-los mais propensos a participar de situações que levam à violência, é a tendência a se envolverem em uma ampla variedade de crimes, assim como o fato de apresentarem uma série de comportamentos problema. Em geral, os agressores violentos jovens são versáteis, em vez de especializados, nos tipos de crimes que cometem. Na verdade, os jovens violentos normalmente cometem mais crimes não violentos do que violentos (64-66). No estudo realizado em Cambridge, delinquentes violentos condenados, com até 21 anos de idade, tinham cerca de três vezes mais condenações para crimes não violentos do que violentos (58).

Quais os fatores de risco para a violência juvenil?

Fatores individuais

Em nível individual, os fatores que afetam o potencial para o comportamento violento incluem características biológicas, psicológicas e comportamentais. Estes fatores podem aparecer ainda na infância ou adolescência e, em graus variados, podem ser influenciados por pessoas da família e colegas, e outros fatores sociais e culturais.

Características biológicas

Entre os possíveis fatores biológicos, têm sido realizados estudos sobre as lesões e complicações associadas à gravidez e ao parto, devido à sugestão de que estes poderiam produzir danos neurológicos, que, por sua vez, poderiam levar à violência. Em um estudo realizado em Copenhagen, Dinamarca, Kandel e Mednick (67) acompanharam mais que 200 crianças nascidas no período de 1959 a 1961. A pesquisa mostrou que as complicações durante o parto eram um prognóstico para prisões por violência até os 22 anos de idade. Oitenta por cento dos jovens presos por cometerem crimes violentos apresentavam índices elevados de complicações no parto, comparados a 30% daqueles presos por cometerem crimes relacionados a propriedades e 47% dos jovens sem nenhum registro criminal. As complicações na gravidez, por outro lado, não prognosticavam significativamente a violência.

O interessante é que as complicações no parto, foram bastante associadas à violência futura, quando os pais tinham um histórico de doenças psiquiátricas. Nestes casos, 32% dos meninos com complicações significativas no parto foram presos por violência, comparados a 5% daqueles com apenas complicações menores ou sem nenhuma complicação. Infelizmente, estes resultados não se repetiram no estudo Philadelphia Biosocial Project [Projeto Biossocial da Filadélfia] (69) desenvolvido por Denno - um estudo envolvendo aproximadamente mil crianças afro-americanas realizado na Filadélfia, PA, Estados Unidos, que foram acompanhadas do nascimento até os 22 anos de idade. É possível, portanto, que as complicações na gravidez ou no parto prognostiquem a violência apenas, ou principalmente, quando tais complicações ocorrem em combinação com outros problemas dentro da família.

Frequências cardíacas baixas - estudadas principalmente entre os meninos - estão associadas à busca de emoções e situações de risco, ambas características que podem predispor os meninos à agressão e violência na tentativa de aumentar os níveis de estímulo e excitação (70-73). Frequências cardíacas elevadas, entretanto, especialmente em bebês e crianças jovens, estão ligados a ansiedade, medo e inibições (71).

Características psicológicas e comportamentais

Entre os principais fatores relacionados à

personalidade e ao comportamento que podem prognosticar a violência juvenil estão: hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente e problemas de atenção. O nervosismo e a ansiedade, contudo, estão relacionados à violência de maneira negativa. Em um estudo de acompanhamento realizado com cerca de mil crianças em Dunedin, Nova Zelândia, a probabilidade de meninos que apresentaram condenações por violência até os 18 anos de idade apresentarem avaliações deficientes em relação a controle de comportamento (por exemplo, impulsividade e falta de persistência) na idade 3 a 5 anos era muito maior se comparados a meninos com nenhuma convicção violenta ou com condenações para crimes não violentos (74). No mesmo estudo, os fatores de personalidade relativos à repressão (como cautela e abstenção de excitação) e reações emocionais negativas (como nervosismo e alienação) aos 18 anos de idade estavam inversamente relacionados a condenações por violência (75).

Estudos longitudinais conduzidos em Copenhagen na Dinamarca (68), Örebro na Suécia (76), Cambridge na Inglaterra (77) e Pittsburgh, PA, nos Estados Unidos (77), revelaram também vínculos entre esses traços de personalidade e as condenações por violência e violência auto-infligida. Hiperatividade, índices elevados de arrojo ou comportamentos de alto risco, concentração deficiente e dificuldades de atenção antes dos 13 anos de idade, todos prognosticaram significativamente a violência no início da fase adulta. Nos estudos realizados em Cambridge e nos Estados Unidos, níveis elevados de ansiedade e nervosismo foram associados de forma negativa à violência.

A baixa inteligência e os baixos níveis de desempenho na escola têm sido associados à violência juvenil de maneira consistente (78). No projeto desenvolvido na Filadélfia (69), as pontuações de coeficientes de inteligência medíocres (QI) obtidas em testes de QI verbal e de desempenho realizados entre crianças de 4 a 7 anos de idade, e as baixas pontuações obtidas em testes padrão de desempenho escolar entre jovens de 13 a 14 anos de idade aumentaram a probabilidade de todos os avaliados serem presos por violência até os 22 anos de idade. Em um estudo realizado em Copenhagen, Dinamarca, em mais de 12 mil meninos nascidos em 1953, o QI baixo aos 12 anos de idade significativamente prognosticou violência registrada pela polícia entre os 15 e 22 anos de idade. A ligação entre QI baixo e violência foi mais forte entre meninos de grupos socioeconômicos mais baixos.

Impulsividade, problemas de atenção, baixa inteligência e baixo desempenho educacional são fatores que podem estar ligados às deficiências nas funções executivas do cérebro localizadas nos lobos frontais. Essas funções executivas incluem: capacidade de atenção e concentração, raciocínio abstrato e elaboração de conceitos, formulação de objetivos, antecipação e planejamento, automonitoramento e autoconsciência eficaz de comportamento, e inibições relacionadas a comportamentos inadequados e impulsivos (79). Curiosamente, em um outro estudo realizado em Montreal – com mais de 1.100 crianças inicialmente estudadas aos 6 anos de idade e acompanhadas progressivamente a partir dos 10 anos de idade – as funções executivas aos 14 anos de idade, avaliadas com testes cognitivos neuropsicológicos, forneceram um meio significativo de diferenciação entre meninos violentos e não-violentos (80). Essa ligação se deu independente dos fatores familiares, tais como status socioeconômico, idade dos pais no nascimento do primeiro filho, nível educacional dos mesmos, separação ou divórcio na família

Fatores de relacionamento

Os fatores de risco individuais para a violência juvenil, tais como os descritos acima, não existem isolados de outros fatores de risco. Fatores associados às relações interpessoais dos jovens – com a sua família, amigos e colegas – também podem afetar muito o comportamento agressivo e violento, e podem moldar os traços da personalidade que, por sua vez, podem contribuir para o comportamento violento. Neste sentido, a influência das famílias geralmente é o principal fator durante a infância, enquanto que os amigos e colegas exercem um efeito extremamente importante durante a adolescência (81).

Influências da família

O comportamento dos pais e o ambiente familiar, são os fatores centrais para o desenvolvimento do comportamento violento nos jovens. O monitoramento e a supervisão, deficientes em relação à criança por parte dos pais, e o uso de punições físicas severas para disciplinar as crianças são fortes prognósticos de violência durante a adolescência e fase adulta. Em seu estudo realizado com 250 meninos em Boston, MA, Estados Unidos, McCord (82) constatou que a supervisão deficiente dos pais, e a agressão e disciplina severas dos mesmos na idade

de 10 anos aumenta muito o risco de futuras condenações por violência até os 45 anos de idade.

Eron, Huesmann e Zelli (83) acompanharam cerca de 900 crianças em Nova Iorque, NY, Estados Unidos. Eles descobriram que a punição física severa aplicada pelos pais na idade de 8 anos prognosticava não apenas as prisões por violência até os 30 anos de idade, mas também, no caso dos meninos, a gravidade da punição de suas próprias crianças e suas histórias de abuso para com a esposa. Em um estudo realizado com mais de 900 crianças vítimas de abuso e cerca de 700 controles, Widom mostrou que o abuso físico e a negligência, registrados quando criança, prognosticavam prisões futuras devido à violência - independente de outros fatores tais como sexo, etnia e idade (84). Outros estudos registraram descobertas semelhantes (77, 85, 86).

A violência na adolescência e fase adulta, também tem sido muito associada a conflitos familiares na primeira infância (77, 82), e à ligação afetiva deficiente entre os pais e as crianças (87, 88). Outros fatores incluem: grande número de crianças na família (65, 77); o fato de a mãe ter tido seu primeiro filho quando era muito jovem, possivelmente na adolescência (77, 89, 90); e baixo nível de coesão familiar (91). Muitos destes fatores, na ausência de outro apoio social, podem afetar o funcionamento e o comportamento social e emocional das crianças. McCord (87), por exemplo, mostrou que a probabilidade de os agressores violentos terem recebido afeição dos pais e uma boa disciplina e supervisão era menor que a probabilidade dos agressores não violentos.

A estrutura familiar também é um fator importante em futuras agressões e violência. Descobertas feitas a partir de estudos conduzidos na Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos mostraram que as crianças que crescem em lares formados por apenas um dos pais, apresentam os maiores riscos para a violência (74, 77, 92). Em um estudo realizado com 5.300 crianças da Inglaterra, Escócia e Gales, por exemplo, a experiência da separação dos pais entre o nascimento e os 10 anos de idade, aumentou a probabilidade de condenações por violência até a idade de 21 anos (92). Em um estudo desenvolvido em Dunedin, Nova Zelândia, o fato de na idade de 13 anos, morar com um pai ou mãe solteiros prognosticou condenações por violência até os 18 anos de idade (74). Nestas situações, as restrições de acesso a apoio e prováveis recursos econômicos deficientes podem ser as causas pelas quais as relações com os pais frequentemente sofrem e aumenta o risco de os jovens se envolverem com a

violência.

Em geral, o baixo *status* socioeconômico da família está associado à violência futura. Por exemplo, em um levantamento nacional realizado com jovens nos Estados Unidos, a ocorrência de relatos de agressões e roubo entre os jovens de classes socioeconômicas baixas era cerca de duas vezes maior que entre os jovens de classe média (93). Em Lima, Peru, os incipientes níveis de educação da mãe e a elevada densidade nos lares estavam ambos associados à violência juvenil (94). Um estudo realizado com jovens adultos em São Paulo, Brasil, revelou que, após o ajuste em relação a gênero e idade, o risco de ser vítima da violência era significativamente maior para jovens de classes socioeconômicas baixas quando comparados àqueles de classes socioeconômicas altas (95). Resultados semelhantes foram obtidos a partir de estudos desenvolvidos na Dinamarca (96), Nova Zelândia (74) e Suécia (97).

Dada a importância da supervisão dos pais, da estrutura familiar e do *status* econômico na determinação da ocorrência da violência juvenil, um aumento na violência por parte dos jovens seria esperado em locais onde as famílias tivessem se desintegrado devido a guerras ou epidemias, ou por causa de mudanças sociais rápidas. Considerando-se o caso de epidemias, por exemplo, cerca de 13 milhões de crianças em todo o mundo perderam um ou ambos os pais devido a AIDS, mais de 90% delas na África subsaariana, onde provavelmente muitos outros milhões de crianças se tornarão órfãs nos próximos anos (98). A investida violenta da AIDS em pessoas na idade reprodutiva está produzindo órfãos em uma taxa tão elevada que muitas comunidades não podem mais confiar nas estruturas tradicionais para cuidar destas crianças. A AIDS epidêmica, portanto, provavelmente acarretará sérias implicações adversas para a violência entre jovens, particularmente na África, onde os índices de violência juvenil já são extremamente elevados.

Influências dos colegas

As influências dos colegas durante a adolescência são, em geral consideradas positivas e importantes para a formação de relacionamentos interpessoais, mas elas também podem ter efeitos negativos. O fato de se ter amigos delinquentes, por exemplo, está associado à violência nas pessoas jovens (88). Os resultados de estudos realizados em países desenvolvidos (78, 88) são consistentes com um estudo realizado em Lima, Peru (94), que revelou

uma correlação entre o comportamento violento e o fato de ter amigos que usavam drogas. A orientação causal nesta correlação - se vem antes ou depois de ser um agressor violento o fato de ter amigos delinquentes - não está, portanto, clara (99). Em seu estudo, Elliott e Menard concluíram que a delinquência acarretava a ligação com os colegas e, ao mesmo tempo, esta ligação com colegas delinquentes causava a delinquência (100).

Fatores relacionados à comunidade

As comunidades em que os jovens vivem, exercem uma importante influência sobre suas famílias, a natureza de seus grupos de colegas e a maneira como eles podem ser expostos a situações que levam à violência. Genericamente falando, os meninos de áreas urbanas estão mais propensos a se envolverem em comportamentos violentos, do que aqueles que vivem

QUADRO 2.1

Um perfil das gangues

Podemos encontrar gangues de jovens em todas as regiões do mundo. Apesar de poderem variar muito em termos de tamanho e natureza - desde basicamente um agrupamento social até redes criminosas especializadas, todas parecem responder à necessidade básica de fazer parte de um grupo e de criar uma identidade própria.

Na região a oeste da cidade do Cabo, na África do Sul, há cerca de 90 mil membros de gangues, enquanto em Guam, em 1993, foram registradas cerca de 110 gangues permanentes, das quais aproximadamente 30 eram gangues radicais. Em Porto Moresby, Papua Nova Guiné, foram observadas quatro grandes associações com diversos subgrupos. Estima-se que haja de 30 a 35 mil membros de gangues em El Salvador e uma quantidade semelhante em Honduras, enquanto nos Estados Unidos, em 1996, havia cerca de 31 mil gangues atuando em cerca de 4.800 cidades e municípios. Na Europa, existem gangues de diferentes tamanhos no continente todo e são especialmente fortes nos países em transição econômica, como a Federação Russa.

As gangues são um fenômeno basicamente masculino, apesar de, em países como os Estados Unidos, as meninas estarem formando suas próprias gangues. A faixa etária dos membros de gangue pode variar de 7 a 35 anos, mas normalmente são adolescentes ou estão no início da fase adulta. Eles tendem a vir de áreas economicamente carentes e de ambientes urbanos e suburbanos de baixa renda e da classe operária. Em geral, os membros das gangues podem ter abandonado a escola e ter trabalhos que requerem pouca qualificação ou que são mal remunerados. Muitas gangues encontradas em países de renda alta ou média são formadas por minorias étnicas ou raciais, que podem ser muito marginalizadas socialmente.

As gangues estão associadas ao comportamento violento. Os estudos têm mostrado que quando os jovens entram para as gangues, tornam-se mais violentos e começam a participar de atividades de maior risco, geralmente ilegais. Em Guam, mais de 60% de todos os crimes violentos denunciados à polícia são cometidos por jovens, muitos deles ligados às atividades das gangues radicais da ilha. Em Bremen, na Alemanha, a violência cometida por membros de gangues é responsável por quase metade dos crimes violentos denunciados. Em um estudo longitudinal com aproximadamente 100 jovens, em Rochester, Nova Iorque, Estados Unidos, cerca de 30% da amostra era de membros de gangues, mas eles eram responsáveis por cerca de 70% dos crimes violentos relatados e 70% do comércio de drogas.

Uma complexa interação de fatores leva os jovens a optarem pela vida em gangue. As gangues parecem proliferar em locais onde a ordem social estabelecida foi quebrada e onde faltam formas alternativas de comportamento cultural comum. Outros fatores socioeconômicos, comunitários e interpessoais que estimulam os jovens a entrarem para gangues incluem:

- ausência de oportunidades de mobilidade social ou econômica, em uma sociedade que agressivamente promove o consumo;
- declínio local na aplicação da lei e da ordem;

(continuação)

- escolaridade interrompida, associada a uma baixa remuneração por serviços não qualificados; ausência de orientação, supervisão e apoio dos pais e de outros membros da família;
- punições físicas severas ou vitimização em casa;
- associação a colegas que já estão envolvidos com gangues.

Tratar ativamente desses fatores subjacentes que incentivam as gangues juvenis e oferecer saídas culturais alternativas mais seguras para seus potenciais membros, isso pode ajudar a eliminar uma significativa parcela do crime violento cometido por gangues ou que, de alguma forma, envolve jovens.

em áreas rurais (77, 88, 93). Nas áreas urbanas, aqueles que moram em bairros com elevados índices de criminalidade, têm maior probabilidade de se envolverem em comportamentos violentos do que os que vivem em outros locais (77, 88).

Gangues, armas e drogas

A presença de gangues (ver Quadro 2.1), armas e drogas em um lugar é uma mistura potente, que aumenta a probabilidade de ocorrer a violência. Em bairros dos Estados Unidos, por exemplo, a presença simultânea desses três itens parece ser um fator importante para explicar o motivo de, entre 1984 e 1995, o índice de prisão juvenil por homicídio ter aumentado em mais do que o dobro (de 5,4 para cada 100 mil, para 14,5 para cada 100 mil) (97, 101, 102). Blumstein sugeriu que esse aumento, estava relacionado aos aumentos que ocorreram no mesmo período em relação ao porte de armas, ao número de gangues e às batalhas pela venda de crack (103). No estudo já mencionado, realizado em Pittsburg, a iniciação no comércio de drogas coincidia com um significativo aumento no porte de armas, em que 80% dos jovens na faixa etária de 19 anos que vendiam drogas pesadas (como cocaína) também portavam uma arma de fogo (104). No Rio de Janeiro, Brasil, onde a maioria das vítimas e dos perpetradores de homicídios estão na faixa etária de 25 anos ou menos, o comércio de drogas é responsável por grande parte dos homicídios, dos conflitos e das lesões (105). Em outras partes da América Latina e do Caribe, as gangues de jovens envolvidas com o tráfico de drogas mostram níveis mais elevados de violência do que as gangues que não têm tal envolvimento (106).

Integração Social

O grau de integração social em uma comunidade também afeta os índices de violência juvenil. O capital

social é um conceito que tenta mensurar essa integração social. Falando de forma geral, o capital social refere-se a regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança existentes nas relações sociais e instituições (107). Os jovens que moram em locais onde, o capital social, está ausente tendem a ter um baixo desempenho escolar e uma maior probabilidade de abandonar tudo (108).

Moser e Holland (109), estudaram cinco comunidades urbanas carentes na Jamaica. Eles encontraram uma relação cíclica entre, violência e destruição do capital social. Onde a violência comunitária ocorria, a mobilidade física naquele local era limitada, as oportunidades de emprego e educação eram reduzidas, os comerciantes relutavam em investir na área e a população local tinha menos probabilidade de comprar casas novas ou de consertar e fazer melhorias nas propriedades existentes. Essa redução no capital social - a descrença cada vez maior, resultante da destruição da infra-estrutura, do conforto e das oportunidades - aumentava a probabilidade de comportamentos violentos, especialmente entre os jovens. Um estudo realizado em diversos países de 1980 a 1994, sobre a relação entre o capital social e os índices de criminalidade revelou que o nível de confiança entre os membros da comunidade tinha um forte efeito sobre a incidência de crimes violentos (107). Wilkinson, Kawachi e Kennedy (110) mostraram que os índices de capital social, que revelam uma baixa coesão social e altos níveis de falta de confiança interpessoal, estavam vinculados tanto a índices mais elevados de homicídio quanto a uma maior desigualdade econômica.

Fatores sociais

Diversos fatores sociais, podem criar as condições que levam à violência entre os jovens. Muitas das evidências relativas a esses fatores,

contudo, têm como base estudos transversais ou ecológicos e são mais úteis para identificar associações importantes do que as causas diretas.

Mudanças demográficas e sociais

As rápidas mudanças demográficas na população jovem, a modernização, a emigração, a urbanização e as políticas sociais em transformação, têm sido vinculadas a um aumento na violência juvenil (111). Em locais que passaram por crises econômicas e conseqüentes políticas de ajuste estrutural – como aconteceu na África e em partes da América Latina – os salários reais, no geral, caíram bastante, as leis trabalhistas foram enfraquecidas ou descartadas e houve uma significativa diminuição na infra-estrutura básica e nos serviços sociais (112, 113). A pobreza, ficou muito mais concentrada em cidades que passaram por altos índices de crescimento populacional entre os jovens (114).

Em sua análise demográfica de populações jovens na África, Luras-Locoh e Lopez-Escartin (113) sugerem que a tensão entre um rápido inchamento populacional de jovens e uma infra-estrutura em deterioração tem resultado em revoltas nas escolas e de estudantes. Diallo Co-Trung (115) observou uma situação semelhante de greves e rebeliões estudantis no Senegal, onde a população com idade abaixo de 20 anos duplicou entre 1970 e 1988, durante um período de recessão econômica e implementação de políticas de ajuste estrutural. Em uma pesquisa sobre jovens realizada na Argélia, Rarbo (116) verificou que o rápido crescimento demográfico, somado à acelerada urbanização, criava condições que incluíam desemprego e habitações impróprias que, por sua vez, levavam à frustração extrema, à raiva e a tensões entre os jovens. Conseqüentemente, os jovens tinham maior probabilidade de se voltar para pequenos crimes e violência, especialmente sob influência de colegas.

Em Papua Nova Guiné, Dinnen (117) descreve a evolução do "raskolism" (gangues criminosas) no contexto mais amplo da descolonização e da conseqüente mudança social e política, incluindo um rápido crescimento populacional incoerente com o crescimento econômico. Esse fenômeno também foi citado como um motivo de preocupação em algumas das antigas economias comunistas (118), onde – à medida que o desemprego cresceu muito e o sistema de assistência social sofreu cortes severos – os jovens ficaram sem rendas e ocupações legítimas, bem como sem o apoio social necessário no período compreendido entre sair da escola e encontrar um emprego. Na ausência de tal apoio, alguns se voltaram

para o crime e a violência.

Má distribuição de renda

A pesquisa tem mostrado a existência de vínculos entre o crescimento econômico e a violência, bem como entre a má distribuição de renda e a violência (119). Gartner, em um estudo realizado em 18 países industrializados, no período de 1950 a 1980 (6), revelou que a má distribuição de renda, medida segundo o coeficiente Gini, tinha um efeito significativo e positivo sobre o índice de homicídio. Fajnzylber, Lederman e Loayza (120) obtiveram os mesmos resultados em uma investigação em 45 países industrializados e emergentes, no período de 1965 a 1995. O índice de crescimento do PIB também teve uma associação negativa significativa com o índice de homicídios, mas em muitos casos esse efeito foi desencadeado por aumento nos níveis de má distribuição de renda. Unnithan e Whitt chegaram a conclusões semelhantes em seu estudo transnacional (121), ou seja, que a má distribuição de renda estava fortemente vinculada aos índices de homicídio e que esses índices também diminuam à medida que o PIB *per capita* aumentava.

Estruturas políticas

A qualidade da governança em um país, tanto em termos de estrutura legal quanto das políticas de proteção social, é um importante determinante de violência. Em particular, a capacidade de uma sociedade em aplicar as leis existentes sobre violência, prendendo e condenando os criminosos, pode funcionar como um agente de coibição da violência. Fajnzylber, Lederman e Loayza (120) perceberam que o índice de prisão por homicídio tinha um efeito negativo significativo sobre o índice de homicídio. Em seu estudo, as medidas objetivas de governança (tais como os índices de prisão) tinham uma correlação negativa com os índices de criminalidade, enquanto as medidas subjetivas (tais como a credibilidade do judiciário e a qualidade da governança) tinham pouca relação com os índices de criminalidade.

Portanto, a governança pode ter um impacto sobre a violência, especialmente se afetar as pessoas jovens. Noronha e outros (122), em seu estudo sobre a violência que afeta diversos grupos étnicos em Salvador, Bahia, Brasil, concluíram que a insatisfação com a polícia, o sistema judiciário e as prisões aumentavam o uso de formas não oficiais de justiça. No Rio de Janeiro, Brasil, de Souza Minayo (105)

observou que a polícia estava dentre os principais perpetradores de violência contra os jovens. As ações policiais – especialmente contra jovens de classes socioeconômicas mais baixas – envolviam violência física, abuso sexual, estupro e suborno. Sanjuán (123) sugeriu que, entre os jovens marginalizados em Caracas, na Venezuela, era um fator importante no surgimento de uma cultura de violência o sentimento de que, a justiça dependia da classe socioeconômica. De forma semelhante, Aitchinson (124) concluiu que, na África do Sul, no período após o apartheid, a impunidade em relação aos antigos perpetradores de abuso contra os direitos humanos, bem como a incapacidade da polícia em mudar significativamente seus métodos, contribuíram para um sentimento generalizado de insegurança e um aumento no número de ações extrajudiciais envolvendo violência.

A proteção social pelo Estado, um outro aspecto da governança, também é importante. Em seu estudo, Pampel e Gartner (125) utilizaram um indicador que media o nível de desenvolvimento das instituições nacionais responsáveis pela proteção social coletiva. A questão que os interessava era por que os diferentes países – cujos grupos etários de 15 a 29 anos tiveram o mesmo índice de crescimento em um dado período – mostravam entretanto, diferentes aumentos em seus índices de homicídio. Pampel e Gartner concluíram que fortes instituições nacionais de proteção social tinham um efeito negativo sobre o índice de homicídio. Além disso, a existência de tais instituições poderia agir contra os efeitos sobre os índices de homicídio associados a aumentos na faixa etária de 15 a 29 anos, o grupo que tradicionalmente apresenta os índices mais altos de vítimas ou perpetradores de homicídio.

Mesner e Rosenfeld (126) analisaram o impacto dos esforços para proteção de populações vulneráveis contra as forças do mercado, inclusive a recessão econômica. Observou-se que gastos mais elevados com o bem-estar, estavam associados a diminuições nos índices de homicídio, sugerindo que as sociedades que possuem redes de segurança econômica têm menos homicídios. Briggs e Cutright (7), em um estudo realizado em 21 países no período de 1965 a 1988, observaram que o gasto com seguro social, como uma proporção do PIB, tinha uma relação negativa com os homicídios de crianças com até 14 anos de idade.

Influências culturais

A cultura, que se reflete nas normas e nos valores herdados da sociedade, ajuda a determinar como as pessoas respondem a um ambiente em mudança. Os fatores culturais podem afetar a quantidade de violência em uma sociedade – por exemplo, ao endossar a violência como um método normal de resolver conflitos e ao ensinar os jovens a adotarem normas e valores que apóiam o comportamento violento.

Um importante meio através do qual as imagens, as normas e os valores da violência são propagados é a mídia. A exposição das crianças e dos jovens a várias formas de mídia tem aumentado drasticamente nos últimos anos. Novas formas de mídia, tais como jogos eletrônicos, fitas de vídeo e a Internet, multiplicaram para os jovens as oportunidades de serem expostos à violência. Diversos estudos mostraram que a introdução da televisão nos países, estava associada a aumentos nos níveis de violência (127 - 131), apesar de normalmente, tais estudos não levarem em consideração outros fatores que podem ter simultaneamente influenciado os níveis de violência (3). A grande maioria das evidências atuais indica que a exposição à violência exibida na televisão aumenta a probabilidade de um comportamento agressivo e, em longo prazo, tem um efeito desconhecido sobre a violência grave (3) (ver Quadro 2.2). Não há evidências suficientes em relação ao impacto de algumas das formas mais recentes de mídia.

As culturas que não oferecem alternativas não violentas para resolver conflitos, parecem ter índices mais elevados de violência juvenil. No estudo sobre gangues realizado em Medellín, na Colômbia, Bedoya Marín e Jaramillo Martínez (136) descrevem como os jovens de baixa renda são influenciados pela cultura da violência, na sociedade em geral e em sua comunidade em particular. Eles sugerem que, no nível comunitário, uma cultura de violência é alimentada pela crescente aceitação de "dinheiro fácil" (em grande parte proveniente do tráfico de drogas), e de quaisquer métodos que sejam necessários para obter esse dinheiro, assim como através da corrupção da polícia, do judiciário, dos militares e da administração local.

As influências culturais além das fronteiras nacionais, também têm sido vinculadas a aumentos na violência juvenil. Em um levantamento sobre gangues de jovens na América Latina e no Caribe, Rodgers (106) mostrou que as gangues violentas,

espelhando-se nas gangues de Los Angeles, Califórnia, Estados Unidos, têm surgido em cidades no norte e sudeste do México, onde a imigração dos Estados Unidos é mais alta. Um processo semelhante foi observado em El Salvador, que desde 1992 vem passando por um alto índice de deportações de cidadãos salvadorenos que moravam nos Estados Unidos, sendo que muitos desses deportados eram membros de gangues nos Estados Unidos.

O que pode ser feito para evitar a violência juvenil?

Ao preparar os programas nacionais de prevenção contra a violência juvenil, é importante ter em vista não apenas os fatores individuais cognitivos, sociais e comportamentais, mas também os sistemas sociais que modelam tais fatores.

As Tabelas 2.3 e 2.4 mostram exemplos de estratégias de prevenção contra a violência juvenil, como matrizes que relacionam os sistemas ecológicos através dos quais a violência pode ser evitada aos

estágios de desenvolvimento, da infância ao início da fase adulta, onde o comportamento violento ou os riscos de comportamento violento têm maior possibilidade de vir a surgir. As estratégias de prevenção apresentadas nas tabelas não são exaustivas, tampouco representam necessariamente estratégias que se mostraram efetivas. Algumas, na verdade, têm-se mostrado ineficientes. Em vez disso, as matrizes pretendem ilustrar o amplo espectro de possíveis soluções para o problema de violência juvenil e enfatizar a necessidade de uma série de estratégias diferentes para diversos estágios de desenvolvimento.

As Tabelas 2.3 e 2.4 mostram exemplos de estratégias de prevenção contra a violência juvenil, como matrizes que relacionam os sistemas ecológicos através dos quais a violência pode ser evitada aos estágios de desenvolvimento, da infância ao início da fase adulta, onde o comportamento violento ou os riscos de comportamento violento têm maior possibilidade de vir a surgir. As estratégias de prevenção

QUADRO 2.2

O impacto da mídia sobre a violência juvenil

As crianças e os jovens são importantes consumidores da mídia de massa, inclusive de entretenimento e propaganda. Estudos realizados nos Estados Unidos, concluíram que as crianças geralmente começam a ver televisão aos 2 anos de idade e que, em média, uma pessoa na faixa etária entre 8 e 18 anos assiste cerca de 10 mil atos violentos por ano na televisão. Esses padrões de exposição à mídia, não são necessariamente evidentes em outras partes do mundo, especialmente onde há menos acesso à televisão e a filmes. De qualquer forma, há pouca dúvida de que em qualquer lugar a exposição das crianças e dos jovens à mídia de massa é substancial e aumenta cada vez mais. Portanto, é importante explorar a exposição à mídia como um possível fator de risco para a violência interpessoal que envolve os jovens.

Há mais de 40 anos, os pesquisadores vêm analisando o impacto da mídia sobre o comportamento agressivo e violento. Diversas metanálises de estudos sobre o impacto da mídia na violência e na agressão, têm levado a concluir que a violência exibida pela mídia está verdadeiramente relacionada à agressão a outras pessoas. Contudo, ainda faltam evidências para confirmar seu efeito sobre formas graves de violência (como agressão e homicídio).

Uma metanálise realizada em 1991, envolvendo 28 estudos sobre crianças e adolescentes expostos à violência exibida pela mídia e observados em interação social livre, concluiu que a exposição à violência exibida pela mídia aumentava o comportamento agressivo em relação a amigos, colegas de sala e estranhos (132). Uma outra metanálise, realizada em 1994, analisou 217 estudos publicados entre 1957 e 1990, que diziam respeito ao impacto da violência exibida pela mídia sobre o comportamento agressivo, com 85% da amostra na faixa etária de 6 a 21 anos. Os autores concluíram que, houve uma significativa relação positiva entre a exposição à violência exibida pela mídia e o comportamento agressivo, independentemente da idade (133).

Muitos dos estudos incluídos nessas análises críticas eram experimentos randomizados (em

continuação

laboratório e em campo) ou pesquisas transversais. Os resultados dos estudos experimentais, mostram que, uma breve exposição à violência na televisão ou em um filme, especialmente apresentações dramáticas da violência, produz aumentos de comportamento agressivo em curto prazo. Além disso, os efeitos parecem ser maiores em crianças e adultos com tendências agressivas e dentre os que foram estimulados ou provocados. Os resultados, contudo, podem não se estender a situações da vida real. Na verdade, os cenários da vida real geralmente incluem influências que não podem ser “controladas” como acontece nos experimentos – influências que poderiam mitigar o comportamento agressivo e violento.

Os resultados dos estudos transversais, mostram ainda uma relação positiva entre, a violência exibida pela mídia e as diversas medidas de agressão – por exemplo, atitudes e crenças, comportamentos e sentimentos como a raiva. Os efeitos da violência exibida pela mídia sobre formas mais graves de **comportamento violento (como agressão e homicídio), contudo, são bastante pequenos** (106) (133). Além disso, diferentemente dos estudos experimentais e longitudinais onde a causalidade pode ser mais facilmente estabelecida, não é possível concluir a partir de estudos transversais que a exposição à violência exibida pela mídia cause comportamento agressivo e violento.

Existem também estudos longitudinais que analisam o vínculo entre, o fato de assistir à televisão e a agressão interpessoal cometida alguns anos depois. Um estudo longitudinal de 3 anos sobre crianças na faixa etária de 7 a 9 anos, realizado na Austrália, na Finlândia, em Israel, na Polônia e nos Estados Unidos produziu resultados inconsistentes (134), e um estudo de 1992 sobre crianças da mesma faixa etária desenvolvido nos Países Baixos não conseguiu comprovar qualquer efeito sobre o comportamento agressivo (135). Outros estudos que acompanharam crianças nos Estados Unidos por longos períodos (10 a 15 anos), contudo, mostraram uma correlação positiva entre, o fato de assistir à televisão na infância e a agressão nos primeiros anos da fase adulta (3).

Os estudos que analisam as relações entre os índices de homicídio e a introdução da televisão (principalmente observando os índices de homicídio no país antes e depois da introdução da televisão) também encontraram uma correlação positiva entre os dois (127 – 131). Contudo, esses estudos não controlaram as variáveis de interferência tais como: diferenças econômicas, mudanças sociais e políticas e diversas outras potenciais influências sobre os índices de homicídio.

As descobertas científicas sobre a relação entre a violência exibida pela mídia e a violência juvenil são, portanto, conclusivas no tocante aos aumentos na agressão em curto prazo. Contudo, os resultados não são conclusivos no que diz respeito aos efeitos em longo prazo e sobre as formas mais graves de comportamento violento, indicando que ainda é necessário que se façam mais pesquisas. Independentemente de analisar até que ponto a violência exibida pela mídia é uma causa direta de violência física grave, também são necessárias pesquisas sobre a influência da mídia nas relações interpessoais e nas características individuais, tais como hostilidade, frieza, indiferença, falta de respeito e incapacidade de se identificar com os sentimentos das outras pessoas.

apresentadas nas tabelas não são exaustivas, tampouco representam necessariamente estratégias que se mostraram efetivas. Algumas, na verdade, têm-se mostrado ineficientes. Em vez disso, as matrizes pretendem ilustrar o amplo espectro de possíveis soluções para o problema de violência juvenil e enfatizar a necessidade de uma série de estratégias diferentes para diversos estágios de desenvolvimento.

Abordagens individuais

As intervenções mais comuns contra a violência

juvenil, buscam aumentar o nível de fatores de proteção associados às capacidades, atitudes e crenças individuais.

Uma estratégia de prevenção contra a violência adequada para os primeiros anos da infância – apesar de normalmente não ser considerada como tal – é a adoção de programas de aprimoramento pré-escolar. Esses programas, introduzem as crianças ainda bem novas nas capacidades necessárias para serem bem sucedidas na escola e, assim, aumentam a possibilidade de futuro êxito acadêmico. Os programas podem ainda fortalecer os vínculos de uma

criança com a escola e aumentar o desempenho e a auto-estima (137). Estudos de acompanhamento em longo prazo dos protótipos desses programas revelaram benefícios positivos para as crianças, inclusive menor envolvimento em comportamentos violentos e outros comportamentos delinquentes (138 - 140).

Os programas de desenvolvimento social para reduzir o comportamento anti-social e agressivo em crianças e a violência entre os adolescentes, adotam diversas estratégias. Essas estratégias normalmente incluem melhorar a competência e as capacidades sociais em relação aos colegas e promover, de forma geral, um comportamento que seja positivo, amigável e cooperativo (141). Esses programas podem ser oferecidos globalmente ou apenas para grupos de alto risco, sendo realizados com maior frequência nos cenários escolares (142, 143). Normalmente, eles têm como foco um ou mais dos seguintes itens (143):

- administração da raiva;
- modificação do comportamento;
- adoção de uma perspectiva social;
- desenvolvimento moral;
- capacitação social;
- solução de problemas sociais;
- resolução de conflitos.

Há evidências de que esses programas de desenvolvimento social podem ser efetivos na redução da violência juvenil e na melhoria das capacidades sociais (144 - 146). Os programas que enfatizam as capacidades sociais e de competência, parecem estar entre as estratégias mais eficazes de prevenção contra a violência juvenil (3). Eles também parecem ser mais efetivos quando são apresentados às crianças em ambientes de pré-escola e escola

primária, do que quando são apresentados para alunos do ensino médio.

Um exemplo de programa de desenvolvimento social, que utiliza técnicas comportamentais em sala de aula, é um programa para evitar o comportamento prepotente agressivo [*bullying*]. Esse programa foi introduzido nas escolas elementares e secundárias em Bergen, na Noruega. Os incidentes de comportamento agressivo foram reduzidos pela metade dois anos após essa intervenção ter iniciado (147). O programa tem sido reproduzido na Inglaterra, na Alemanha e nos Estados Unidos com efeitos semelhantes (3).

Outras intervenções que poderiam ser eficientes, direcionadas a indivíduos, incluem os pontos listados abaixo, embora ainda sejam necessárias mais evidências para confirmar seus efeitos sobre o comportamento violento e agressivo (137, 148):

- programas para evitar gravidez indesejada, de forma a reduzir o mau trato em relação a crianças e o risco que eles representam para o envolvimento posterior com comportamento violento;
- por motivos semelhantes, programas para aumentar o acesso à assistência pré-natal e pós natal;
- programas de aprimoramento acadêmico;
- incentivos para que os jovens sob risco de violência completem o grau médio e busquem a educação superior;
- treinamento vocacional para jovens e jovens adultos carentes.

Programas que não parecem eficientes na redução da violência juvenil incluem (3):

- aconselhamento individual;

TABELA 2.3

Estratégias de intervenção contra a violência juvenil e o estímulo do desenvolvimento da infância e da juventude, de forma geral, e conteúdos específicos

Contexto avaliação	Unidade de desenvolvimento		
	Infância da infância (0 - 3 anos)	Amidam infância (3 - 5 anos)	Mais na infância (6 - 11 anos)
Individual	Exibir uma disciplina positiva Aumentar o acesso à assistência pré-natal e pós-natal	Programas de desenvolvimento social Programas de aprimoramento pré-escolar	Programas de desenvolvimento social* Programas que dão informações sobre abuso de drogas
Relacionando (por exemplo, família, colegas, escola)	Visão familiar* Enfrentando a paternidade e a maternidade*	Enfrentando a paternidade e a maternidade*	Programas de interação Programas de paternidade e maternidade Programas de paternidade e maternidade
Comunidade	Monitoramento dos níveis de abuso e remoção de jovens das ruas Aumentar a disponibilidade e a qualidade de estabelecimentos de assistência às crianças	Monitoramento dos níveis de abuso e remoção de jovens das ruas Aumentar a disponibilidade e a qualidade dos programas de aprimoramento pré-escolar	Criação de grupos para as crianças com envolvimento de adultos em outras atividades comunitárias Melhoria de condições das escolas, incluindo as práticas de ensino, as políticas escolares e a segurança Oferecer programas após a escola para expandir a supervisão das crianças Atividades extracurriculares
Social	Desenvolvimento da polícia Redução da má distribuição de renda	Desenvolvimento da polícia Redução da má distribuição de renda Redução da violência exibida pela mídia Campanhas de informação pública	Desenvolvimento da polícia Redução da má distribuição de renda Redução da violência exibida pela mídia Campanhas de informação pública Reforma dos sistemas de justiça

* Demonstram ser eficientes na redução da violência juvenil ou de fatores de risco para a violência juvenil.

b Demonstram ser ineficientes na redução da violência juvenil ou de fatores de risco para a violência juvenil.

- treinamento para o uso seguro de armas;
- programas de provação e de condicional que incluam reuniões com colegas de prisão que descrevam a brutalidade da vida na prisão;
- julgamento de criminosos jovens em tribunais de adultos;
- programas de internação em instituições psiquiátricas ou correccionais;
- programas que dêem informações sobre abuso de drogas.

Os programas para jovens delinquentes formulados em cima de treinamento militar básico ("campos militares para treinamento") têm mostrado, em alguns casos, levar a um aumento na repetição do crime (3).

Abordagens de relacionamento

Outro conjunto comum de estratégias de prevenção, lida com a violência juvenil tentando influenciar os tipos de relações que os jovens têm com as pessoas com quem interagem regularmente. Esses programas tratam de problemas tais como a falta de relações emocionais entre pais e filhos, as fortes pressões exercidas pelos colegas para o envolvimento na violência e a falta de um relacionamento forte com um adulto que cuide deles.

Visita domiciliar

Um tipo de abordagem familiar para evitar a violência juvenil, é a visita domiciliar. Trata-se de uma intervenção realizada na infância (de 0 a 3 anos), que envolve visitas regulares por um(a) enfermeiro(a) ou outro profissional de assistência à saúde, à casa da criança. Esse tipo de programa pode ser observado em muitas partes do mundo, inclusive na Austrália, no Canadá, na China (Região Administrativa Especial de Hong Kong), na Dinamarca, na Estônia, em Israel, na África do Sul, na Tailândia e nos Estados Unidos. O objetivo é oferecer treinamento, apoio, aconselhamento e monitoramento para mães de baixa renda, famílias que estão esperando ou tiveram recentemente seu primeiro filho e famílias sob alto risco de cometerem abuso contra os filhos ou com outros problemas de saúde, e encaminhá-las para agências externas (137, 146). Os programas de visitas domiciliares mostraram ter significativos efeitos a longo prazo na redução da violência e delinquência (138, 149 - 152). Quanto mais cedo os programas forem introduzidos na vida da criança e quanto mais eles durarem, maiores parecem ser os benefícios (3).

Treinamento para a maternidade e paternidade

Os programas de treinamento de habilidades específicas para a maternidade e paternidade visam melhorar as relações familiares e as técnicas de criação de filhos, reduzindo assim a violência juvenil. Dentre seus objetivos, podemos citar a melhoria dos vínculos emocionais entre pais e filhos, estimulando os pais a utilizarem métodos consistentes para a criação dos filhos e ajudando-os a desenvolverem o autocontrole ao criarem seus filhos (146).

Um exemplo de um programa abrangente de treinamento para os pais é o Triple-P-Positive Parenting Programme [Programa 3 P - Programa de Pais Positivos] na Austrália (153). Esse programa, inclui uma campanha de mídia voltada para a população, que pretende atingir todos os pais, bem como um componente de assistência à saúde que utiliza consultas com médicos de assistência básica para melhorar as práticas da criação de filhos. Também são oferecidas intervenções intensivas, para os pais e as famílias com crianças sob risco de graves problemas comportamentais. O programa - ou elementos dele - foi ou está sendo implementado na China (Região Administrativa Especial de Hong Kong), na Alemanha, na Nova Zelândia, em Cingapura e no Reino Unido (154).

Diversos estudos de avaliação revelaram que, o treinamento para a maternidade e paternidade é bem sucedido e há evidências de um efeito a longo prazo na redução do comportamento anti-social (155 - 158). Em um estudo realizado na Califórnia, Estados Unidos, sobre a relação custo/benefício de intervenções antecipadas para evitar formas graves de crime, estima-se que o treinamento para os pais, cujos filhos mostravam comportamentos agressivos tenha evitado 157 crimes graves (tais como homicídio, estupro, incêndios criminosos e roubos), para cada milhão de dólares americanos gastos (159). Na verdade, estima-se, que o treinamento para os pais tenha uma relação custo/benefício três vezes melhor do que a lei conhecida como "three-strikes" [três ataques] da Califórnia - uma lei que estabelece sentenças severas para criminosos reincidentes.

Programas de mentores

Imagina-se que um relacionamento caloroso e de apoio, com um modelo de adulto positivo, seja um fator de proteção contra a violência juvenil (3, 146). Os programas de mentores, que têm como base essa

teoria, associam uma pessoa jovem - especialmente uma que esteja sob risco de comportamento anti-social ou que esteja crescendo em uma família só com um dos pais - a um adulto que cuidará dela, um mentor, de fora da família (160). Os mentores podem ser colegas de classe mais velhos, professores, conselheiros, policiais ou outros membros da comunidade. Os objetivos desse tipo de programa são: ajudar os jovens a desenvolverem suas capacidades e oferecer um relacionamento sustentado com alguém que seja seu modelo e guia (143). Mesmo que ainda não tenha sido tão amplamente avaliada quanto algumas das outras estratégias para reduzir a violência juvenil, há evidências de que uma relação positiva de aconselhamento por parte de um mentor, possa melhorar significativamente a frequência e o desempenho na escola, diminuir a probabilidade do uso de drogas, melhorar o relacionamento com os pais e reduzir as formas de comportamento anti-social

relatadas (161).

Abordagens terapêuticas e outras

As abordagens terapêuticas, também têm sido utilizadas junto às famílias para evitar a violência juvenil. Há muitas formas desse tipo de terapia, mas seus objetivos comuns são melhorar a comunicação e as interações entre pais e filhos, e resolver os problemas que venham a surgir (143). Alguns programas, também tentam auxiliar as famílias a lidarem com fatores ambientais que contribuem para o comportamento anti-social, e a usarem melhor os recursos da comunidade. Os programas de terapia familiar normalmente são caros, mas há evidências suficientes de que eles podem ser eficazes na melhoria do funcionamento da família e na redução dos problemas comportamentais em crianças (162 - 164). A Functional Family Therapy [Terapia Familiar

TABELA 2.1

Exemplos de intervenções comunitárias e familiares para redução da violência juvenil e redução dos fatores de risco das comunidades e famílias

Contexto social	Exemplos de intervenções comunitárias e familiares	Exemplos de intervenções comunitárias e familiares
Individual	<ul style="list-style-type: none"> Programas de desenvolvimento social* <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver programas para os jovens sob alto risco de violência para concluir o ensino médio* Acessar serviços de saúde mental* Programas de treinamento comunitário que incluam reuniões com os pais e filhos para discutir o comportamento da criança na prisão* Programas de intervenção em instituições para delinquentes juvenis* Programas que ofereçam informações sobre abuso de drogas* Programas de aprimoramento comunitário Treinamento para o uso seguro de armas* Programas formulados em cima de treinamento militar básico* Julgamento de criminosos jovens em tribunais de adultos* Programas de monitoramento* Mediação de colegas ou aconselhamento de colegas* Programas temporários de assistência para delinquentes através de críticos Terapia familiar* 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer incentivos para continuar cursos de nível superior Treinamento social*
Relacionamento (pais, família, colegas, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Programas de monitoramento* Mediação de colegas ou aconselhamento de colegas* Programas temporários de assistência para delinquentes através de críticos Terapia familiar* 	<ul style="list-style-type: none"> Programas para lidar com os pais em famílias com trabalho e para reduzir o envolvimento com comportamentos violentos
Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> Criar regras seguras para os jovens em voltares da escola ou de outras atividades comunitárias Melhorar os ambientes, clubes, inclusive a polícia e as imagens públicas escolares e a segurança Atividades comunitárias Programas de intervenção contra gangues* Treinamento de trabalho voluntário e de assistência à saúde para que identifiquem e acompanhem os jovens sob risco de violência Policinagem comunitária Redução da disponibilidade de álcool Melhoria na resposta de emergência, na assistência ao trauma e no acesso a serviços de saúde Compras de armas de volta* Desarmamentação da população Redução da má distribuição de renda Campanhas de informação pública Redução da violência pública pela mídia Exatidão de equipamento das leis que proíbem a fabricação ilegal de armas para os jovens Prevenção de armazenamento seguro de armas de fogo Fortalecimento e melhoria dos sistemas policiais e judiciais Melhoria dos sistemas comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> Criar programas de monitoração para adultos Policinagem comunitária Redução da disponibilidade de álcool Melhoria na resposta de emergência, na assistência ao trauma e no acesso a serviços de saúde Compras de armas de volta*
Social	<ul style="list-style-type: none"> Desarmamentação da população Redução da má distribuição de renda Campanhas de informação pública Redução da violência pública pela mídia Exatidão de equipamento das leis que proíbem a fabricação ilegal de armas para os jovens Prevenção de armazenamento seguro de armas de fogo Fortalecimento e melhoria dos sistemas policiais e judiciais Melhoria dos sistemas comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> Desarmamentação da população Redução da má distribuição de renda Criação de programas de acesso de emprego para as pessoas com desemprego crônico Campanhas de informação pública Proteção e armazenamento seguro de armas de fogo Fortalecimento e melhoria dos sistemas policiais e judiciais

* Programas de liberdade violada em que a pena é suspensa enquanto o formando o bom comportamento (prevenção) (N. da R.).

* Demonstram ser eficazes na redução da violência juvenil em diferentes situações (base para violência juvenil).

* Demonstram ser ineficazes na redução da violência juvenil em determinadas situações (base para violência juvenil).

Funcional] (165) e a Multisystemic Therapy [Terapia Multissistêmica] (166) são duas abordagens particulares utilizadas nos Estados Unidos, que têm mostrado resultados positivos e duradouros na redução do comportamento violento e delinquente de agressores juvenis, apresentando custos mais baixos do que outros programas de tratamento (3).

Outras intervenções voltadas para os relacionamentos dos jovens que podem ser eficientes incluem (3):

- programas de parceria entre o lar e a escola para promover o envolvimento dos pais;
- educação compensatória, como tutoria por adultos.

Os programas que lidam com relacionamentos de jovens e que parecem não ser eficientes na redução da violência praticada por adolescentes incluem:

- Mediação dos colegas — o envolvimento de alunos para ajudarem outros alunos a resolverem as disputas.
- Aconselhamento de colegas.
- Redirecionamento do comportamento jovem e mudanças nas normas do grupo de colegas — tanto um como outro tentam redirecionar os jovens sob risco de violência para atividades convencionais, mas têm mostrado terem efeitos negativos sobre as atitudes, as realizações e o comportamento (3).

Esforços comunitários

As intervenções que lidam com fatores comunitários, são aquelas que tentam modificar os ambientes, onde os jovens interagem uns com os outros. Um exemplo simples é melhorar a iluminação das ruas, onde áreas mal iluminadas podem aumentar o risco de ocorrerem agressões violentas. Infelizmente, sabe-se menos ainda sobre a efetividade das estratégias comunitárias, no tocante à violência juvenil do que sobre as estratégias que têm como foco os fatores individuais ou os relacionamentos que os jovens têm com os outros.

Policiamento comunitário

O policiamento comunitário, voltado para a solução de problemas, tem se tornado uma importante estratégia de aplicação da lei e para lidar com a violência juvenil e outros problemas criminais (167). Ele pode assumir diversas formas, mas seus ingredientes principais são a construção de parcerias comunitárias e a solução dos problemas comunitários (168). Em alguns programas, por exemplo, a polícia colabora com profissionais de saúde mental para

identificar e encaminhar os jovens que tenham testemunhado, vivenciado ou cometido violência (169). Esse tipo de programa faz com que a polícia tenha contato diário com os jovens que são vítimas ou perpetradores de violência. Em seguida, o programa dá treinamento especial a esses jovens e em um estágio inicial do desenvolvimento dos jovens coloca-os em contato com os devidos profissionais de saúde mental (168). A efetividade desse tipo de programa ainda não foi determinada, apesar de parecer ser uma abordagem útil.

Os programas de policiamento comunitário têm sido implementados com algum sucesso no Rio de Janeiro, Brasil, e em San José, na Costa Rica (170, 171). Na Costa Rica, uma avaliação do programa revelou uma associação com um declínio tanto na criminalidade quanto no sentimento de falta de segurança pessoal (171). Esses programas precisam ser avaliados com mais rigor, mas eles realmente oferecem aos moradores locais maior proteção e compensação para uma falta de serviços regulares da polícia (170).

Disponibilidade de álcool

Outra estratégia comunitária para lidar com a criminalidade e a violência é reduzir a disponibilidade de álcool. Como já mencionado, o álcool é um importante fator situacional que pode precipitar a violência. O efeito da redução da disponibilidade de álcool sobre os índices de criminalidade, foi observado em um estudo longitudinal de quatro anos realizado na região de uma província da Nova Zelândia (172). Os índices de crimes graves (homicídio e estupro) e outros crimes (relacionados a propriedade e tráfico), foram comparados em duas cidades experimentais e em quatro cidades de controle durante o período do estudo. Enquanto os dois tipos de crime diminuíram nas cidades experimentais e aumentaram em relação às tendências nacionais nas cidades de controle, os índices de criminalidade caíram consideravelmente por dois anos em áreas com reduzida disponibilidade de álcool. Contudo, não está claro até que ponto a intervenção afetou o comportamento violento entre os jovens ou quão bem esse tipo de abordagem funcionaria em outros cenários.

Atividades extracurriculares

As atividades extracurriculares – como esporte e recreação, arte, música, drama e produção de boletins informativos – podem oferecer aos adolescentes

oportunidades de participar e obter reconhecimento por atividades de grupo construtivas (3). Contudo, muitas comunidades não dispõem de tais atividades ou de lugares onde as crianças possam ir com segurança, fora do horário de aula, para praticá-las (173). Os programas realizados fora do horário de aula, oferecem essas instalações para as crianças e para os jovens. O ideal seria que esses programas fossem (174):

- abrangentes, lidando com toda a gama de fatores de risco para violência e delinquência juvenis;
- adequados, em termos de desenvolvimento;
- de longa duração.

Essor, em Maputo, Moçambique (175) é um exemplo de um programa comunitário elaborado para lidar com a delinquência de adolescentes em dois bairros de baixa renda. O programa, que tem como alvo adolescentes na faixa etária de 13 a 18 anos, oferece atividades esportivas e de lazer para promover a auto-expressão e a formação de equipes. O pessoal do programa, também mantém contato com os jovens por meio de visitas domiciliares regulares. Uma avaliação do programa, mostrou melhoras significativas no comportamento construtivo e na comunicação com os pais por um período de 18 meses, acompanhadas de uma queda significativa no comportamento anti-social.

Acabando com a violência das gangues

Os programas comunitários de prevenção contra a violência das gangues, têm assumido várias formas. As estratégias de prevenção incluem tentativas de acabar com as gangues ou de organizar as comunidades afetadas pela violência de gangues, de maneira que as gangues de jovens funcionem de forma diferente e com menos atividades criminosas (106). Estratégias de reabilitação ou de correção incluem programas de longo alcance e de aconselhamento para membros de gangue, bem como programas que buscam canalizar as atividades das gangues para direções socialmente produtivas (106). Há pouca evidência de que sejam efetivos os programas para abolir as gangues, organizar as comunidades ou oferecer serviços de longo alcance e de aconselhamento. Na Nicarágua, em 1997, os amplos esforços da polícia voltados para a eliminação das atividades de gangues, obtiveram êxito apenas temporário e, no final das contas, podem ter

exacerbado o problema (176). As tentativas de organização da comunidade nos Estados Unidos, em Boston, MA e Chicago, IL, também não obtiveram sucesso na redução da violência de gangues, possivelmente porque as comunidades afetadas não estavam integradas ou coesas o bastante para sustentar os esforços organizados (177). Os esforços de longo alcance, e de aconselhamento têm tido a consequência indesejada e inesperada de aumentar a coesão das gangues (178). Em Medellín, na Colômbia, os programas têm sido bem utilizados para estimular os membros de gangues a se envolverem em projetos de política local e de desenvolvimento social (179), enquanto na Nicarágua e nos Estados Unidos esses programas de "oportunidades" tiveram um sucesso bem limitado (106).

Outras estratégias

Outras intervenções direcionadas às comunidades que podem ser eficientes incluem (148, 180):

- Monitoramento dos níveis de chumbo e remoção das toxinas do ambiente da casa, de forma a reduzir o risco de dano cerebral nas crianças, que é um fator que pode levar indiretamente à violência juvenil.
- Aumento da disponibilidade, da qualidade dos estabelecimentos de assistência infantil e dos programas de aprimoramento pré-escolar, a fim de promover um desenvolvimento saudável e facilitar o êxito escolar.
- Tentativas para melhorar os cenários escolares; inclusive mudar as práticas de ensino e as políticas e regras das escolas, bem como aumentar a segurança (por exemplo, instalando detectores de metal ou câmeras de supervisão).
- Criação de rotas seguras para as crianças irem e voltarem da escola ou de outras atividades comunitárias.

Os sistemas de assistência à saúde, podem dar uma considerável contribuição tanto para a resposta, quanto para a prevenção contra a violência por meio das seguintes medidas:

- melhorando a resposta e o desempenho dos serviços de emergência;
- melhorando o acesso aos serviços de saúde;
- treinando os trabalhadores da área de assistência à saúde, para que identifiquem e encaminhem os jovens sob alto risco.

Um tipo de programa que parece ser ineficaz na redução da violência juvenil, é oferecer dinheiro como recompensa pela entrega de armas de fogo à polícia ou a outras agências da comunidade -conhecido como "programa para comprar as armas de volta". Há algumas evidências de que os tipos de armas entregues não são os tipos normalmente utilizados em homicídios de jovens (3).

Abordagens sociais

A estratégia que é menos empregada para evitar a violência juvenil, é mudar o ambiente cultural e social para reduzir a violência. Esse tipo de abordagem busca reduzir as barreiras econômicas ou sociais para o desenvolvimento - por exemplo, criando programas de trabalho ou fortalecendo o sistema de justiça criminal - ou modificar as normas e os valores culturais embutidos que incentivam a violência.

Lidando com a pobreza

As políticas para reduzir a concentração da pobreza nas áreas urbanas podem ser eficazes no combate à violência juvenil. Essa afirmativa foi comprovada em um experimento de habitação e mobilidade, chamado "*Moving to Opportunity*" [Mudando para a Oportunidade], realizado em Maryland, nos Estados Unidos (181). Em um estudo sobre o impacto desse programa, as famílias de bairros extremamente pobres da cidade de Baltimore foram divididas em três grupos:

- famílias que haviam recebido subsídios, aconselhamento e outras assistências especificamente para se mudarem para comunidades com níveis menores de pobreza;
- famílias que haviam recebido apenas subsídios, mas sem restrições sobre o local para onde poderiam se mudar;
- famílias que não haviam recebido nenhuma assistência especial.

O estudo concluiu que, oferecer às famílias a oportunidade de se mudarem para bairros com níveis menores de pobreza reduzia substancialmente o comportamento violento dos adolescentes (181). Para poder compreender completamente as implicações desses resultados, é necessário um melhor entendimento sobre, o mecanismo pelo qual a vizinhança e os grupos de colegas influenciam a violência juvenil.

Atacando o problema da violência armada entre os jovens

Uma estratégia viável para reduzir o número de mortes resultantes da violência juvenil seria mudar o ambiente social, de modo a manter as armas de fogo e outras armas mortais longe das mãos das crianças e dos jovens que não têm supervisão. Jovens e outras pessoas, que não deveriam ter armas inevitavelmente conseguirão obtê-las. Algumas destas pessoas, tentarão obtê-las para cometer crimes, enquanto outras - cujos julgamentos estarão prejudicados pelo álcool ou pelas drogas — não terão o cuidado e a responsabilidade necessários, que deveriam acompanhar a posse de armas de fogo.

Em muitos países, já são ilegais os meios pelos quais os jovens conseguem as armas. Nesse caso, um maior poder de aplicação das leis existentes que regulam o repasse ilegal de armas, pode ter um alto retorno na redução da violência relacionada a armas de fogo entre os adolescentes (182). Contudo, pouco se sabe sobre a eficácia desse tipo de abordagem.

Outra abordagem para o problema dos jovens possuírem armas letais é legislar e aplicar a lei com relação à armazenagem segura e protegida das armas de fogo. Isso pode ter o efeito direto de limitar o acesso inadequado, dificultando para os jovens a retirada das armas de suas casas e, indiretamente, reduzindo a capacidade das pessoas de roubar armas. O roubo, é a principal fonte de armas para os mercados ilegais, e o roubo e arrombamento são o último recurso (embora não seja o mais recente) para os jovens conseguirem as armas (182, 183). Uma estratégia a longo prazo para a redução do acesso não autorizado das crianças e dos adolescentes às armas seria desenvolver armas "inteligentes" que não funcionassem se outra pessoa, que não seu dono, tentassem usá-las (184). Essas armas, poderiam funcionar reconhecendo a impressão da palma da mão do proprietário ou sendo necessário uma grande proximidade a um coldre ou a um anel especial para que funcionem.

Algumas outras intervenções elaboradas para controlar o mau uso de armas foram avaliadas. Em 1977, foi introduzida em Washington, DC, Estados Unidos, uma lei de licenciamento restritiva, que proibia que qualquer pessoa possuísse um revólver, exceto os agentes de polícia, os guardas de segurança e quem já era dono de um. Conseqüentemente, a incidência de homicídios e suicídios praticados com armas de fogo diminuiu em 25% (185). Contudo, o

impacto dessa lei, sobre a redução da violência relacionada a armas especificamente entre os jovens é desconhecido. Durante a década de 1990, em Cali e em Bogotá, na Colômbia, o porte de armas foi abolido durante os períodos em que se sabia, com base em experiências passadas, que os índices de homicídio eram mais elevados (186). Esses períodos incluíam os finais de semana após o dia de pagamento, finais de semana emendados a feriados e dias de eleições. Uma avaliação descobriu que a incidência de homicídio era mais baixa durante os períodos nos quais a proibição de porte de armas de fogo estava em vigor (186). Os autores do estudo sugeriram que os banimentos intermitentes de porte de armas em toda a cidade poderiam ser úteis para evitar homicídios, especialmente em regiões do mundo onde há altos índices de homicídio.

Outras abordagens

Outras abordagens voltadas para fatores socioeconômicos e culturais que podem ser eficientes na prevenção contra a violência juvenil, mas que ainda não foram devidamente avaliadas, incluem (148, 170):

- campanhas de informação pública para mudar as normas sociais e promover um comportamento pró-social;
- esforços para reduzir a violência, exibida pela mídia
- programas, para reduzir a má distribuição de renda;
- atividades e políticas, para mitigar os efeitos da rápida mudança social;
- esforços para fortalecer e melhorar a polícia e os sistemas judiciais;
- reformas institucionais dos sistemas educacionais.

A revisão dos fatores de risco e as estratégias de prevenção, deixam evidente que a violência juvenil é causada por uma complexa interação entre múltiplos fatores e que os esforços para reduzir substancialmente esse problema deverão ser plurais. Conforme mostrado em discussões anteriores, há diversos fatores — alguns pertinentes ao ambiente individual, outros ao familiar e ao social — que aumentam a probabilidade de agressão e violência durante a infância, a adolescência e no início da fase adulta. O ideal seria que os programas abordassem os jovens, usando sistemas múltiplos de influência (individual, familiar, comunitária e social), e oferecessem um *continuum* de intervenções e

atividades, que passassem pelos vários estágios de desenvolvimento. Tais programas, podem se voltar para fatores de risco que ocorrem simultaneamente, tais como, baixo desempenho educacional, gravidez na adolescência, sexo inseguro e uso de drogas, tratando assim das necessidades dos jovens em muitas esferas de suas vidas.

Recomendações

As mortes e as lesões, resultantes da violência juvenil, constituem um grande problema de saúde pública em muitas partes do mundo. Há variações significativas na magnitude do problema dentro dos países e das regiões do mundo e entre eles. Existe ainda, uma grande variedade de estratégias viáveis, para evitar a violência juvenil, algumas das quais se mostraram especialmente eficazes. Contudo, não há uma única estratégia que seja capaz, por si só, de reduzir a carga da violência juvenil sobre a saúde. Em vez disso, serão necessárias múltiplas abordagens simultâneas, que precisam ser relevantes para o lugar específico onde serão implementadas. O que for bem sucedido na prevenção contra a violência, na Dinamarca, por exemplo, não será necessariamente eficaz na Colômbia ou na África do Sul.

Nas últimas duas décadas, muito se aprendeu sobre a natureza e as causas da violência juvenil e como evitá-la. Esse conhecimento, apesar de ter como base principalmente a pesquisa realizada em países desenvolvidos, oferece um embasamento a partir do qual é possível desenvolver programas bem sucedidos de prevenção contra a violência juvenil. Contudo, ainda há muito a ser aprendido sobre a prevenção. Com base no estado atual do conhecimento, as recomendações a seguir, se implementadas, podem levar a uma maior compreensão da violência juvenil e a uma prevenção mais efetiva contra ela.

Criando sistemas de coleta de dados

O desenvolvimento de sistemas de dados, para o monitoramento regular das tendências no comportamento violento, nas lesões e nas mortes, deveria ser a base dos esforços de prevenção. Esses dados, fornecerão informações valiosas para a formulação de políticas e programas públicos, para evitar a violência juvenil e para avaliá-los. São necessárias abordagens simples para a observação da violência juvenil, que possam ser aplicadas em uma vasta gama de cenários culturais. Nesse sentido, os seguintes pontos devem ser priorizados:

- Devem ser desenvolvidos padrões uniformes, para definir e mensurar a violência juvenil e incorporá-los aos sistemas de vigilância de lesões e violência. Esses padrões, devem incluir categorias por idade, que realmente reflitam os diferentes riscos existentes entre os jovens de virem a ser vítimas ou perpetradores da violência juvenil.
- Deve-se dar prioridade ao desenvolvimento de sistemas para monitoramento de mortes, resultantes de violência em regiões onde atualmente os dados de homicídio são inadequados ou inexistentes. Essas regiões incluem a África, o sudeste da Ásia e o Mediterrâneo Oriental, bem como partes das Américas e do Pacífico Ocidental, especialmente as áreas mais pobres dessas duas regiões.
- Paralelamente à vigilância, deve haver estudos especiais para estabelecer a relação entre casos fatais e não fatais de lesões relacionadas à violência, classificados pelo método de ataque, idade e sexo da vítima. Esses dados poderão ser utilizados, então, para estimar a magnitude do problema da violência juvenil onde apenas um tipo de dados - como mortalidade ou morbidade - está disponível.
- Todos os países e todas as regiões, devem ser incentivados a criar centros onde as informações de rotina disponibilizadas pelos serviços de saúde (incluindo os departamentos de emergência), pela polícia e por outras autoridades, relevantes para a violência, possam ser categorizadas e comparadas. Esse procedimento, ajudará muito a formulação e a implementação de programas de prevenção.

Mais pesquisas científicas

As evidências científicas a respeito dos padrões e das causas da violência juvenil, tanto qualitativas quanto quantitativas, são essenciais para o desenvolvimento de repostas racionais e efetivas ao problema. Ainda que o entendimento sobre o fenômeno da violência tenha avançado bastante, existem significativas lacunas que poderiam ser preenchidas através da pesquisa nas seguintes áreas:

- fazer estudos interculturais, sobre as causas, o desenvolvimento e a prevenção da violência juvenil para explicar as grandes variações dos níveis de violência juvenil no mundo todo;
- verificar a validade e as vantagens relativas da utilização de registros oficiais, registros

hospitalares e relatórios preparados pelas próprias pessoas para mensurar a violência juvenil;

- comparar os jovens que cometeram crimes violentos tanto com os jovens que cometeram crimes não violentos quanto com aqueles que não estão envolvidos em comportamentos violentos ou delinquentes;
- determinar fatores de risco que têm efeitos diferenciais sobre a persistência, a escalada, a queda e o término da perpetração de crimes violentos em várias idades;
- identificar fatores de proteção contra a violência juvenil;
- verificar o envolvimento das mulheres com a violência juvenil;
- fazer estudos interculturais, sobre as influências sociais e culturais relacionadas à violência juvenil;
- fazer estudos longitudinais que medem uma grande variedade de fatores de risco e de proteção, para aumentar o conhecimento sobre as trajetórias de desenvolvimento da violência juvenil;
- melhorar a compreensão a respeito de como os fatores sociais e macroeconômicos podem efetivamente ser modificados para reduzir a violência juvenil.

Além das necessidades de pesquisa listadas acima, é necessário:

- Estimativas sobre o custo total da violência juvenil para a sociedade, de modo a fazer uma melhor avaliação da relação custo/benefício dos programas de prevenção e de tratamento.
- Criar-se instituições para organizar, coordenar e financiar a pesquisa global sobre a violência juvenil.

Desenvolvendo estratégias de prevenção

Até agora, a maioria dos recursos destinados à prevenção, foram utilizados em programas que ainda não foram testados. Muitos desses programas baseiam-se em hipóteses questionáveis, e são apresentados com pouca consistência ou controle de qualidade. A capacidade de efetivamente evitar e controlar a violência juvenil requer, acima de tudo, uma avaliação sistemática das intervenções. Particularmente, os seguintes aspectos relativos aos programas de prevenção contra a violência juvenil ainda precisam de muito mais pesquisa:

- estudos longitudinais que avaliem o impacto

em longo prazo das intervenções realizadas nos primeiros anos de vida e na infância;

— avaliações dos impactos das intervenções sobre os fatores sociais associados à violência juvenil, tais como má distribuição de renda e concentração de pobreza;

— estudos sobre a relação custo/benefício dos programas e das políticas de prevenção.

São necessários padrões consistentes para estudos de avaliação que estimem a eficácia dos programas e das políticas sobre violência juvenil. Esses padrões devem incluir:

- aplicação de um projeto experimental;
- evidências de uma redução estatística significativa na incidência de comportamento violento, ou lesões relacionadas à violência;
- reprodução em diferentes locais e diferentes contextos culturais;
- evidências de que o impacto, seja sustentado no decorrer do tempo.

Disseminando o conhecimento

É necessário que sejam empreendidos grandes esforços para aplicar o que foi aprendido sobre as causas e a prevenção da violência juvenil. Atualmente, o conhecimento sobre esse assunto é disseminado com grande dificuldade para os profissionais e as pessoas responsáveis por elaborar as políticas no mundo todo, especialmente devido a uma precária infra-estrutura de comunicação. As seguintes áreas em especial devem receber mais atenção:

- É necessária uma coordenação global, para desenvolver redes de organizações voltadas para o compartilhamento de informações, o treinamento e a assistência técnica.
- Devem ser alocados recursos, para a utilização de tecnologia de Internet. Em algumas partes do mundo onde essa tecnologia apresenta problemas, deveriam ser promovidas outras formas não eletrônicas de compartilhar informações.
- Devem ser criadas agências centrais internacionais de compensação, para identificar e traduzir as informações relevantes oriundas de todas as partes do mundo, especialmente de fontes menos conhecidas.
- É necessária, pesquisa sobre a melhor forma de implementar estratégias e políticas de prevenção contra a violência juvenil. Saber simplesmente que estratégias se mostraram efetivas não é o bastante

para assegurar que elas tenham êxito quando implementadas.

- Sempre que possível, os programas de prevenção contra a violência juvenil, devem ser integrados a programas para evitar o abuso infantil e outras formas de violência dentro da família.

Conclusão

O volume de informações sobre as causas e a prevenção contra a violência juvenil, está crescendo rapidamente, assim como a demanda mundial por essas informações. Para atender essa grande demanda será necessário um investimento substancial, a fim de melhorar os mecanismos para conduzir a vigilância de saúde pública, realizar toda a pesquisa científica necessária e criar a infra-estrutura global para a disseminação e aplicação do que foi aprendido. Se o mundo puder encarar o desafio e fornecer os recursos necessários, a violência juvenil pode, em um futuro próximo, começar a ser considerada como um problema de saúde pública que pode ser evitado

Referências

1. Reza A, Krug EG, Mercy JA. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 2001, 7:104-111.
2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document TDR/GEN/96.1).
3. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2001.
4. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:114-292.
5. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 244:160-166.
6. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92-106.
7. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3-16.
8. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil [El Salvador: *socialization and*

- juvenile violence]. In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud [Central America in the 90s: youth problems]*. San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151-187.
9. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4:433-441.
 10. Campbell NC et al. Review of 1198 cases of penetrating trauma. *British Journal of Surgery*, 1997, 84:1737-1740.
 11. Phillips R. *The economic cost of homicide to a South African city* [Dissertation]. Cape Town, University of Cape Town, 1999.
 12. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992-1996. *South African Medical Journal*, 1999, 89:407-410.
 13. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Medicine, Science and Law*, 1997, 37:69-75.
 14. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. *West African Medical Journal*, 1998, 17:236-268.
 15. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29:666-670.
 16. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965-94. *Injury Prevention*, 1998, 4:111-115.
 17. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149-154.
 18. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency roombased surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33-42.
 19. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434-442.
 20. Lerer LB, Matzopoulos RG, Phillips R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. *South African Medical Journal*, 1997, 87:298-301.
 21. Zwi KJ et al. Patterns of injury in children and adolescents presenting to a South African township health centre. *Injury Prevention*, 1995, 1:26-30.
 22. Odero WO, Kibosia JC. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 1995, 72:706-760.
 23. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53-56.
 24. Engeland A, Kopjar B. Injuries connected to violence: an analysis of data from the injury registry. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 2000, 120:714-717.
 25. Tercero DM. *Características de los pacientes con lesiones de origen violento, atendidos en Hospital Mario Catarino Rivas [Characteristics of patients with intentional injuries, attended to in the Mario Catarino Rivas Hospital]*. San Pedro Sula, Honduras, Secretary of Health, 1999.
 26. Kuhn F et al. Epidemiology of severe eye injuries. United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmology*, 1998, 95:332-343.
 27. Butchart A, Kruger J, Nell V. Neighbourhood safety: a township violence and injury profile. *Crime and Conflict*, 1997, 9:11-15.
 28. Neveis O, Bagus R, Bartolomeos K. *Injury surveillance at Maputo Central Hospital*. Abstract for XIth Day of Health, June 2001. Maputo, 2001.
 29. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España [Victimization through violence: levels and associated factors in Latin American and Spanish towns]. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1999, 5:4-5.
 30. National Referral Centre for Violence. Forensis 1999: *datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia [Forensis 1999: data for life. A tool for interpreting, acting against and preventing violence in Colombia]*. Santa Fe de Bogotá, National Institute of Legal Medicine and Forensic Science, 2000.
 31. Peden M. Non-fatal violence: some results from the pilot national injury surveillance system. *Trauma Review*, 2000, 8:10-12.
 32. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:3-9 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
 33. Rossow I et al. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 1999, 94:1017-1031.
 34. Clémense A. Violence and incivility at school: the situation in Switzerland. In: Debarbieux E, Blaya C,

- eds. *Violence in schools: ten approaches in Europe*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier, 2001:163-179.
35. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77-81.
 36. Gofin R et al. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218-223.
 37. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Violence among schoolchildren in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5:282-298.
 38. Parrilla IC et al. Internal and external environment of the Puerto Rican adolescent in the use of alcohol, drugs and violence. *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 1997, 89:146-149.
 39. O'Moore AM et al. Bullying behaviour in Irish schools: a nationwide study. *Irish Journal of Psychology*, 1997, 18:141-169.
 40. Currie C, ed. *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Bergen, University of Bergen, 1998.
 41. Loeber R et al. *Developmental pathways in disruptive child behavior*. Development and Psychopathology, 1993, 5:103-133.
 42. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part VII: violent behaviour. *South African Medical Journal*, 1993, 83:490-494.
 43. McKeganey N, Norrie J. Association between illegal drugs and weapon carrying in young people in Scotland: schools' survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:982-984.
 44. Mooij T. *Veilige scholen en (pro)sociaal gedrag: evaluatie van de campagne 'De veilige school' in het voortgezet onderwijs [Safe schools and positive social behaviour: an evaluation of the "Safe schools" campaign in continuing education]*. Nijmegen, Institute for Applied Social Sciences, University of Nijmegen, 2001.
 45. Dahlberg LL, Potter LB. Youth violence: developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(1S):3-14.
 46. D'Unger AV et al. How many latent classes of delinquent/criminal careers? Results from a mixed Poisson regression analysis. *American Sociological Review*, 1998, 103:1593-1620.
 47. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.
 48. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181-1196.
 49. Patterson GR, Yoerger K. A developmental model for late-onset delinquency. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1997, 44:119-177.
 50. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617-645.
 51. Loeber R, Farrington DP, Waschbusch DA. *Serious and violent juvenile offenders*. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:13-29.
 52. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100:674-701.
 53. Tolan PH. Implications of onset for delinquency risk identification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15:47-65.
 54. Tolan PH, Gorman-Smith D. Development of serious and violent offending careers. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:68-85.
 55. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710-718.
 56. Pulkkinen L. Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, 1987, 13:197-212.
 57. Hamparian DM et al. *The young criminal years of the violent few*. Washington, DC, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1985.
 58. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66-88.
 59. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103-133.
 60. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
 61. Agnew R. The origins of delinquent events: an examination of offender accounts. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1990, 27:267-294.
 62. Farrington DP. Motivations for conduct disorder

- and delinquency. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:225-241.
63. Wikström POH. *Everyday violence in contemporary Sweden*. Stockholm, National Council for Crime Prevention, 1985.
 64. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:377-570.
 65. Brennan P, Mednick S, John R. Specialization in violence: evidence of a criminal subgroup. *Criminology*, 1989, 27:437-453.
 66. Hamparian DM et al. *The violent few: a study of dangerous juvenile offenders*. Lexington, MA, DC Heath, 1978.
 67. Kandel E, Mednick SA. Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 1991, 29:519-529.
 68. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. In: Hodgins S, ed. *Mental disorder and crime*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:244-261.
 69. Denno DW. *Biology and violence: from birth to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
 70. Raine A. *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego, CA, Academic Press, 1993.
 71. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 1989, 44:668-674.
 72. Wadsworth MEJ. Delinquency, pulse rates, and early emotional deprivation. *British Journal of Criminology*, 1976, 16:245-256.
 73. Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A et al., eds. *Biosocial bases of violence*. New York, NY, Plenum, 1997:89-105.
 74. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614-623.
 75. Caspi A et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 1994, 32:163-195.
 76. Klinteberg BA et al. Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15:381-388.
 77. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421-475.
 78. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86-105.
 79. Moffitt TE, Henry B. Neuropsychological studies of juvenile delinquency and juvenile violence. In: Milner JS, ed. *Neuropsychology of aggression*. Boston, MA, Kluwer, 1991:131-146.
 80. Seguin J et al. Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, 104:614-624.
 81. Dahlberg L. Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:259-272.
 82. McCord J. Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37:1477-1486.
 83. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. In: Pepler DJ, Rubin KJ, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:169-188.
 84. Widom CS. The cycle of violence. *Science*, 1989, 244:160-166.
 85. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 1993, 114:68-79.
 86. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451-481.
 87. McCord J. Family as crucible for violence: comment on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:147-152.
 88. 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 et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213-237.
 89. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 1989, 35:45-93.

90. Nagin DS, Pogarsky G, Farrington DP. Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review*, 1997, 31:137-162.
91. Gorman-Smith D et al. The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:115-129.
92. Wadsworth MEJ. Delinquency prediction and its uses: the experience of a 21-year follow-up study. *International Journal of Mental Health*, 1978, 7:43-62.
93. Elliott DS, Huizinga D, Menard S. *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
94. Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo [Violent behaviour among adolescents: identifying risk factors to design prevention programmes]. In: Pimentel Sevilla C, ed. *Violencia, familia y niñez en los sectores urbanos pobres [Violence, the family and childhood in poor urban sectors]*. Lima, Cecosam, 1995:135-154.
95. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública*, 1999, 33:180-186.
96. Høgh E, Wolf P. Violent crime in a birth cohort: Copenhagen 1953-1977. In: van Dusen KT, Mednick SA, eds. *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston, Kluwer-Nijhoff, 1983:249-267.
97. Hawkins JD et al. A review of predictors of youth violence. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:106-146.
98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNICEF, National Black Leadership Commission on AIDS. *Call to action for "children left behind" by AIDS*. Geneva, UNAIDS, 1999 (available on the Internet at <http://www.unaids.org/publications/documents/children/index.html#young>).
99. Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1991, 82:360-395.
100. Elliott DS, Menard S. Delinquent friends and delinquent behavior: temporal and developmental patterns. In: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:28-67.
101. Howell JC. *Juvenile justice and youth violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997.
102. Farrington DP, Loeber R. Major aims of this book. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:1-9.
103. Blumstein A. Youth violence, guns and the illicit-drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:10-36.
104. van Kammen WB, Loeber R. Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues*, 1994, 24:9-24.
105. de Souza Minayo MC. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro, Garamond, 1999.
106. Rodgers D. *Youth gangs and violence in Latin America and the Caribbean: a literature survey*. Washington, DC, World Bank, 1999 (LCR Sustainable Development Working Paper, No. 4).
107. Lederman D, Loayza N, Menéndez AM. *Violent crime: does social capital matter?* Washington, DC, World Bank, 1999.
108. Ayres RL. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, World Bank, 1998.
109. Moser C, Holland J. Urban poverty and violence in Jamaica. In: *World Bank Latin American and Caribbean studies: viewpoints*. Washington, DC, World Bank, 1997:1-53.
110. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20:578-597.
111. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257-277.
112. Schneidman M. *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, DC, World Bank, 1996 (LAC Human and Social Development Group Paper Series, No. 2).
113. Lauras-Loch T, Lopez-Escartin N. Jeunesse et démographie en Afrique [Youth and demography in Africa]. In: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIXe-XXe siècles) [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries)]*. Paris, L'Harmattan, 1992:66-82.
114. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization (in collaboration with the United Nations Children's Fund), 1995 (document WHO/FHE/ADH/95.14).

115. Diallo Co-Trung M. La crise scolaire au Sénégal: crise de l'école, crise de l'autorité? [The school crisis in Senegal: a school crisis or a crisis of authority?] In: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIXe-XXe siècles) [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries)]*. Paris, L'Harmattan, 1992:407-439.
116. Rarrbo K. *L'Algérie et sa jeunesse: marginalisations sociales et désarroi culturel [Algeria and its youth: social marginalization and cultural confusion]*. Paris, L'Harmattan, 1995.
117. Dinnen S. Urban raskolism and criminal groups in Papua New Guinea. In: Hazlehurst K, Hazlehurst C, eds. *Gangs and youth subcultures: international explorations*. New Brunswick, NJ, Transaction, 1998.
118. United Nations Children's Fund. Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
119. Messner SF. Research on cultural and socioeconomic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511-525.
120. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, DC, World Bank, 1999.
121. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182-196.
122. Noronha CV et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5:268-277.
123. Sanjuán AM. Juventude e violência em Caracas: paradoxos de um processo de perda da cidadania. In: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana*. Rio de Janeiro, Garamond, 1998:155-171.
124. Aitchinson J. Violência e juventude na África do Sul: causas, lições e soluções para uma sociedade violenta. In: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana*. Rio de Janeiro, Garamond, 1998:121-132.
125. Pampel FC, Gartner R. Age structure, socio-political institutions, and national homicide rates. *European Sociological Review*, 1995, 11:243-260.
126. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide: a crossnational application of institutional-anomie theory. *Social Forces*, 1997, 75:1393-1416.
127. Centerwall BS. Television and violence: the scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3059-3063.
128. Centerwall BS. Exposure to television as a cause of violence. *Public Communication and Behaviour*, 1989, 2:1-58.
129. Centerwall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129:643-652.
130. Joy LA, Kimball MM, Zabrack ML. Television and children's aggressive behavior. In: Williams TM, ed. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. New York, NY, Academic Press, 1986:303-360.
131. Williams TM. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. New York, NY, Academic Press, 1986.
132. Wood W, Wong FY, Chachere G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 1991, 109:307-326.
133. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Communication Research*, 1994, 21:516-546.
134. Huesmann LR, Eron LD, eds. *Television and the aggressive child: a cross-national comparison*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1986.
135. Wiegman O, Kuttschreuter M, Baarda B. A longitudinal study of the effects of television viewing on aggressive and antisocial behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 1992, 31:147-164.
136. Bedoya Marín DA, Jaramillo Martínez J. *De la barra a la banda. [From football supporter to gang member.]* Medellín, El Propio Bolsillo, 1991.
137. Kellermann AL et al. Preventing youth violence: what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271-292.
138. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15:375-385.
139. Berrueta-Clement JR et al. *Changed lives: the effects of the Perry preschool program on youth through age 19*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1984.
140. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool project study through age 27*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1993.
141. 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.

142. Richards BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem-solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50:226-233.

143. Guerra NG, Williams KR. *A program planning guide for youth violence prevention: a risk-focused approach*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1996.

144. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226-234.

145. Howell JC, Bilchick S, eds. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious violent and chronic juvenile offenders*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.

146. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.

147. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).

148. Williams KR, Guerra NG, Elliott DS. *Human development and violence prevention: a focus on youth*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997.

149. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79-104.

150. Seitz V, Rosenbaum LK, Apfel NH. Effects of a family support intervention: a 10-year follow-up. *Child Development*, 1985, 56:376-391.

151. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238-1244.

152. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287-303.

153. Sanders MR. Triple-P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the

prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71-90.

154. Triple-P-Positive Parenting Program. *Triple P News*, 2001, 4:1.

155. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139-168.

156. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, OR, Castalia, 1992.

157. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, 30:208-217.

158. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York, NY, Guilford, 1992:117-138.

159. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, CA, Rand, 1996.

160. Mihalic SF, Grotzinger JK. *Big Brothers/Big Sisters of America*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 2).

161. Grossman JB, Garry EM. *Mentoring: a proven delinquency prevention strategy*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997 (Juvenile Justice Bulletin, No. NCJ 164386).

162. Shadish WR. Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta-analysis of behavior outcomes. In: Cook TD et al., eds. *Meta-analysis for explanation: a casebook*. New York, NY, Russell Sage Foundation, 1992:129-208.

163. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 1987, 101:428-442.

164. Klein NC, Alexander JF, Parsons BV. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: a model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45:469-474.

165. Aos S et al. *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: a review of national*

- research findings with implications for Washington state. Olympia, WA, Washington State Institute for Public Policy, 1999 (Report No. 99-05-1202).
166. Henggler SW et al. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY, Guilford, 1998.
167. Goldstein H. *Policing of a free society*. Cambridge, MA, Ballinger, 1977.
168. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Bridging the child welfare and juvenile justice systems*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1995.
169. Marens S, Schaefer M. Community policing, schools, and mental health. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:312-347.
170. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999.
171. Jarquin E, Carrillo F. *La económica política de la reforma judicial [The political economy of judicial reform]*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
172. Kraushaar K, Alsop B. *A naturalistic alcohol availability experiment: effects on crime*. Washington, DC, Educational Resources Information Center, 1995 (document CG 026 940).
173. Chaiken MR. Tailoring established after-school programs to meet urban realities. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:348-375.
174. Chaiken MR, Huizinga D. Early prevention of and intervention for delinquency and related problem behavior. *The Criminologist*, 1995, 20:4-5.
175. Babotim F et al. *Avaliação 1998 do trabalho realizado pela Essor com os adolescentes de dois bairros de Maputo/Moçambique*. Maputo, Essor, 1999.
176. Rodgers D. *Living in the shadow of death: violence, pandillas and social disorganization in contemporary urban Nicaragua* [Dissertation]. Cambridge, University of Cambridge, 1999.
177. Finestone H. *Victims of change: juvenile delinquency in American society*. Westport, CT, Greenwood, 1976.
178. Klein MW. *A structural approach to gang intervention: the Lincoln Heights project*. San Diego, CA, Youth Studies Center, 1967.
179. Salazar A. Young assassins in the drug trade. *North American Conference on Latin America*, 1994, 27:24-28.
180. Painter KA, Farrington DP. Evaluating situational crime prevention using a young people's survey. *British Journal of Criminology*, 2001, 41:266-284.
181. Ludwig J, Duncan GJ, Hirschfield P. Urban poverty and juvenile crime: evidence from a randomized housing-mobility experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 2001, 116:655-680.
182. Sheley JF, Wright JD. *Gun acquisition and possession in selected juvenile samples*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1993.
183. Cook PJ, Moore MH. Guns, gun control, and homicide. In: Smith MD, Zahn MA eds. *Studying and preventing homicide: issues and challenges*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999:246-273.
184. Teret SP et al. Making guns safer. *Issues in Science and Technology*, 1998, Summer:37-40.
185. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615-1620.
186. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205-1209.

CAPÍTULO 3

Abuso infantil e negligência por parte dos pais e outros responsáveis

Antecedentes

Há muito e em muitas partes do mundo, existem registros de abuso infantil na literatura, arte e ciência. Relatos de infanticídio, mutilação, abandono e outras formas de violência contra as crianças datam de antigas civilizações (1). Os registros históricos também estão repletos de relatórios de crianças mal cuidadas, fracas e desnutridas, expulsas pelas famílias para se defenderem sozinhas e de crianças que sofreram abuso sexual.

Também há muito, existem grupos beneficentes e outros relacionados ao bem-estar da criança, que têm defendido a proteção à criança. Contudo, a questão não recebeu muita atenção por parte dos profissionais da área médica ou do público em geral até 1962, com a publicação de um trabalho embrionário, *The battered child syndrome* [A síndrome da criança espancada], de Kempe e outros (2).

A expressão "síndrome da criança espancada" foi cunhada para caracterizar as manifestações clínicas de abuso físico sério em crianças (2). Agora, quatro décadas mais tarde, há uma clara evidência de que o abuso infantil é um problema global. Ele ocorre de diversas maneiras e está profundamente enraizado nas práticas culturais, econômicas e sociais. A solução para este problema global, entretanto, requer uma melhor compreensão de sua ocorrência nos diversos cenários, bem como de suas causas e consequências nesses cenários.

Como se define o abuso e a negligência em relação à criança?

Questão culturais

Qualquer abordagem global ao abuso infantil, deve levar em consideração os diferentes padrões e expectativas em relação ao comportamento parental em uma variedade de culturas em todo o mundo. A cultura é o fundo comum de crenças e comportamentos de uma sociedade e seus conceitos de como as pessoas devem se conduzir. Incluídas nestes conceitos estão as idéias sobre que atos de omissão ou cometimento podem constituir abuso e negligência (3, 4). Em outras palavras, a cultura ajuda a definir os princípios normalmente aceitos de criação das crianças e cuidados com as mesmas.

Diferentes culturas têm diferentes normas que são práticas aceitáveis de comportamento parental em relação à criação dos filhos. Alguns pesquisadores sugerem que, nas culturas, os pontos de vista relacionados à criação dos filhos podem divergir tanto, que se torna extremamente difícil chegar a um

acordo em relação a que práticas são abusivas ou negligentes (5, 6). Entretanto, as diferenças na maneira como as culturas definem o que é abusivo têm mais a ver com a ênfase em determinados aspectos do comportamento parental. Parece que, entre as diversas culturas, há um consenso geral de que o abuso infantil não deve ser permitido e, a esse respeito, uma unanimidade virtual de que as práticas disciplinares muito rígidas e o abuso sexual são motivos de preocupação (7).

Tipos de abuso

A International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect [Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e à Negligência em Relação à Criança] recentemente comparou definições de abuso de 58 países e encontrou alguns pontos em comum em relação ao que era considerado abusivo (7). Em 1999, o Consultation on Child Abuse Prevention [Conselho de Prevenção contra o Abuso Infantil] da Organização Mundial de Saúde esboçou a seguinte definição (8):

"O abuso ou maus-tratos em relação à criança constitui todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder".

Algumas definições enfatizam comportamentos ou ações dos adultos enquanto outras consideram que ocorre o abuso quando há danos ou ameaça de danos para a criança (8-13). Se a intenção dos pais faz parte da definição, fica potencialmente confusa a distinção entre comportamento - independente do resultado - e impacto ou dano. Alguns especialistas consideram como crianças que sofreram abuso aquelas que tenham sido inadvertidamente machucadas por meio de ações praticadas pelos pais, enquanto outros, para que o ato seja definido como abusivo, exigem que o dano causado à criança tenha sido intencional. A literatura sobre abuso infantil inclui explicitamente a violência contra crianças em instituições ou escolas (14-17).

A definição acima (8) cobre um amplo espectro de abuso. Este capítulo enfoca principalmente os atos de cometimento e omissão por parte dos pais ou responsáveis, que resultam em danos para a criança. Em particular, ele explora a prevalência, as causas e

as conseqüências de quatro tipos de maus-tratos por parte dos responsáveis pelos cuidados com as crianças, a saber:

- abuso físico,
- abuso sexual,
- abuso emocional e
- negligência.

O abuso físico de uma criança é definido como atos de acometimento, por parte da pessoa responsável pelos cuidados com a criança, que causam real dano físico ou apresentam a possibilidade de um dano. O abuso sexual é definido como atos em que esse responsável usa a criança para obter gratificação sexual.

O abuso emocional inclui a falha, de um responsável pelos cuidados com a criança, em proporcionar um ambiente apropriado e de amparo, e inclui atos que têm um efeito adverso sobre a saúde e o desenvolvimento emocional de uma criança. Dentre esses, destacam-se: restrição dos movimentos de uma criança, atos denigradores, exposição ao ridículo, ameaças e intimidações, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil.

A negligência diz respeito às falhas dos pais em proporcionar - onde os pais estão na posição de fazer isto - o desenvolvimento da criança em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. A negligência distingue-se, portanto, das circunstâncias de pobreza, visto que a primeira pode ocorrer apenas em casos onde recursos razoáveis estejam disponíveis para a família ou o responsável.

O Quadro 3.1. apresenta uma descrição mais detalhada sobre as manifestações destes tipos de abuso.

A extensão do problema

Abuso fatal

As informações sobre o número de crianças que morrem a cada ano devido a abusos, provêm inicialmente dos atestados de óbito ou dados relacionados à mortalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, houve uma estimativa de 57 mil mortes atribuídas a homicídios entre crianças com idade inferior a 15 anos em 2000. As estimativas globais de homicídios infantis sugerem que bebês e crianças muito jovens estão na faixa de grande risco, com índices para o grupo de crianças de 0 a 4 anos duas vezes maior que para o grupo de crianças de 5 a

14 anos (ver anexo Estatísticas).

Para crianças, o risco de abuso fatal varia de acordo com o nível de renda de um país e a região do mundo. Para crianças abaixo de cinco anos de idade que vivem em países de renda elevada, o índice de homicídio é 2,2 para cada 100 mil meninos e 1,8 para cada 100 mil meninas. Em países com renda baixa a média, os índices são duas a três vezes maiores - 6,1 para cada 100 mil meninos e 5,1 para cada 100 mil meninas. Os índices de homicídio mais altos para crianças abaixo de cinco anos de idade são encontrados na região africana da OMS - 17,9 para cada 100 mil meninos e 12,7 para cada 100 mil meninas. Os índices mais baixos são encontrados nos países de renda alta localizados na região européia, Mediterrâneo oriental e Pacífico Ocidental da OMS (ver anexo Estatísticas).

Muitas mortes infantis, entretanto, não são investigadas rotineiramente e também não são realizadas autópsias, o que dificulta o estabelecimento de um número preciso de fatalidades de abuso infantil em um determinado país. Até mesmo em países ricos, há problemas em relação ao reconhecimento adequado de casos de infanticídio e à medição de sua incidência. Níveis significantes de classificação incorreta da causa da morte conforme relatada nas certidões de óbito têm sido encontrados, por exemplo, em vários estados dos Estados Unidos. Em investigações reabertas, tem sido comprovado que mortes atribuídas a outras causas - por exemplo, síndrome da morte infantil súbita ou acidentes - são, na verdade, homicídios (18, 19).

Apesar da classificação incorreta aparente, e comum, há um consenso geral de que as fatalidades provenientes de abuso infantil são mais frequentes do que os números oficiais sugerem em todos os países em que têm sido realizados estudos sobre mortes infantis (20-22). Entre as fatalidades atribuídas a abuso infantil, a causa mais comum de morte é ferimento na cabeça, seguida de ferimento no abdome (18, 23, 24). A sufocação intencional também tem sido muito relatada como causa mortis (19, 22).

Abuso não fatal

Os dados sobre abuso infantil e negligência, provêm de uma variedade de fontes, inclusive estatísticas oficiais, relatórios de casos e pesquisas baseadas na população. Estas fontes, entretanto, diferem no tocante à sua utilidade na descrição da extensão completa do problema.

Estatísticas oficiais, em geral, revelam pouco sobre

QUADRO 3.1**Manifestações de abuso infantil e negligência**

As lesões infligidas por uma pessoa que cuida de uma criança podem assumir várias formas. As conseqüências mais freqüentes de uma lesão na cabeça ou nos órgãos internos são danos sérios ou morte de crianças vítimas de abuso. A causa mais comum de morte entre crianças pequenas é o traumatismo craniano como resultado de abuso, sendo que as crianças de até dois anos de idade são as mais vulneráveis. Devido ao fato de a força aplicada ao corpo passar pela pele, os tipos de lesão encontrados na pele podem fornecer sinais claros de abuso. As manifestações de abuso relativas ao esqueleto incluem fraturas múltiplas em diferentes estágios de cicatrização, fraturas de ossos que muito raramente se quebram sob circunstâncias normais e fraturas características de costelas e ossos longos.

A criança sacudida

O ato de sacudir a criança é uma forma corrente de abuso observada em crianças muito pequenas. A maioria das crianças sacudidas têm menos de nove meses de idade. A maior parte dos perpetradores deste tipo de abuso são homens, embora isto possa ser mais um reflexo do fato de que os homens, sendo normalmente mais fortes que as mulheres, tendem a aplicar uma força maior, em vez de serem mais propensos que as mulheres a sacudirem as crianças. Hemorragias intracranianas, hemorragias retinianas e pequenas fraturas (trincas ou fissuras) na maior parte das articulações das extremidades do corpo da criança podem ser resultado de sacudidas muito rápidas em uma criança. Elas também podem ser resultado de uma combinação de sacudir e bater a cabeça em uma superfície. Há evidências de que aproximadamente um terço das crianças sacudidas fortemente morrem e que a maioria dos sobreviventes apresentam conseqüências em longo prazo, tais como retardamento mental, paralisia cerebral ou cegueira.

A criança espancada (*battered child*)

Um das síndromes do abuso infantil é a da criança espancada. Este termo geralmente é empregado para crianças que apresentam lesões repetidas e muito graves na pele, sistema esquelético e sistema nervoso. O termo inclui crianças com fraturas múltiplas de idades diferentes, traumatismo craniano e traumatismo visceral grave, com evidências de inflicções repetidas. Felizmente, embora os casos sejam trágicos, este padrão é raro.

Abuso sexual

As crianças podem ser encaminhadas à atenção profissional devido a preocupações físicas ou comportamentais que em investigações posteriores se revelam como resultado de abuso sexual. É comum crianças que foram vítimas de abuso sexual apresentarem sintomas de infecção, lesões genitais, dores abdominais, constipação, infecções crônicas ou recorrentes do trato urinário ou problemas comportamentais. Ser capaz de detectar o abuso sexual infantil requer muita habilidade e familiaridade com indicadores verbais, comportamentais e físicos de abuso. Muitas crianças revelarão o abuso para as pessoas que cuidam delas ou outros espontaneamente, embora também possa haver sinais físicos ou comportamentais indiretos.

Negligência

Existem muitas manifestações de negligência em relação a crianças, incluindo-se o não cumprimento de recomendações relacionadas aos cuidados com a saúde, falha na procura dos cuidados de saúde apropriados, privação de alimentação resultando em fome e falha em proporcionar um desenvolvimento físico à criança. Outros motivos para preocupação incluem exposição da criança às drogas e proteção inadequada em relação aos perigos do meio ambiente. Além disso, o abandono, a supervisão inadequada, a higiene precária e a privação da educação, todos têm sido considerados como evidências de negligência.

os padrões de abuso infantil. Em parte isso ocorre porque em muitos países não há nenhum sistema legal ou social com a responsabilidade específica de fazer registros de abuso infantil e negligência, muito menos de prestar contas a respeito (7). Além disso, entre os países, em relação a abuso e negligência, há definições legais e culturais diferentes. Há ainda evidências de que somente uma pequena parcela de casos de maus-tratos infantis são denunciados às autoridades, mesmo onde a denúncia é obrigatória (25).

Séries de casos têm sido publicadas em muitos países. Tais publicações, são importantes para orientar a ação local sobre o abuso infantil e despertar a consciência e a preocupação entre o público e os profissionais (26 - 32). Muitos casos, podem revelar semelhanças entre as experiências em diferentes países e sugerir novas hipóteses. Entretanto, não são particularmente úteis no tocante à avaliação da importância relativa de riscos possíveis ou fatores de proteção nos diferentes contextos culturais (33).

As pesquisas baseadas na população constituem elemento essencial para a determinação da verdadeira extensão do abuso infantil não fatal. Pesquisas recentes deste tipo, têm sido concluídas em um grande número de países, incluindo África do Sul, Austrália, Brasil, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Egito, Estados Unidos, Etiópia, Filipinas, Índia, Itália, México, Nicarágua, Noruega, Nova Zelândia, República da Coreia, Romênia e Zimbábue (12, 14-17, 26, 34-43).

Abuso físico

As estimativas de abuso físico infantil provenientes de pesquisas baseadas na população variam consideravelmente. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 1995 perguntava aos pais como eles disciplinavam seus filhos (12). Um índice estimado de abuso físico de 49 em cada mil crianças foi obtido a partir dessa pesquisa, quando os seguintes comportamentos foram incluídos: bater na criança com um objeto em qualquer parte do corpo que não as nádegas, chutar a criança, surrar a criança e ameaçar a criança com uma faca ou arma. A pesquisa disponível sugere que, para muitos outros países, os índices não são mais baixos e podem, na verdade, ser superiores às estimativas de abuso físico nos Estados Unidos. Por todo o mundo, entre outras, as seguintes descobertas são recentes:

- Em uma pesquisa realizada com crianças no Egito, 37% das crianças relataram que foram surradas

ou amarradas pelos pais e 26% relataram ferimentos físicos, tais como fraturas, perda de consciência ou incapacidade permanente como resultado de pancadas ou de terem sido amarradas (17).

- Em um estudo recente na República da Coreia, os pais foram questionados sobre seu comportamento em relação aos filhos. Dois terços dos pais relataram ter castigado seus filhos e 45% confirmaram que tinham batido, surrado ou dado chutes nas crianças (26).

- Uma pesquisa nos lares na Romênia revelou que 4,6% das crianças pesquisadas eram vítimas de abuso físico grave e frequente, inclusive por meio de surra com algum objeto, queimaduras ou privação de alimentação. Cerca da metade dos pais romenos admitiram que batiam em seus filhos "regularmente" e 16% que batiam em seus filhos com objetos (34).

- Na Etiópia, 21% das crianças de escolas urbanas e 64% de escolas rurais relataram contusões ou tumefações em seus corpos, resultantes de punições por parte dos pais (14).

Dados mais comparáveis provêm do projeto World Studies of Abuse in the Family Environment - WorldSAFE [Estudos Mundiais do Abuso no Ambiente Familiar], um estudo feito em cooperação entre diferentes países. Pesquisadores do Chile, Egito, Índia e Filipinas têm administrado um protocolo central, comum para amostras baseadas na população de mães em cada país, para estabelecer taxas de incidência comparáveis para formas de disciplina infantil severas e mais moderadas. Os pesquisadores mediram especificamente a frequência dos comportamentos parentais disciplinares, utilizando uma Escala de Táticas de Conflito entre Pais e Filhos (*Parent-Child Conflict Tactics Scale*) (9-12, 40). Nesses estudos também foram coletados de maneira rotineira outros dados para determinar os fatores de risco e de proteção.

A Tabela 3.1 apresenta as conclusões de quatro países envolvidos no estudo sobre a incidência relativa de comportamentos disciplinares parentais relatados pelos próprios pais. Perguntas formuladas de modo idêntico foram utilizadas em cada país. Os resultados são comparados àqueles obtidos em uma pesquisa nacional conduzida nos Estados Unidos utilizando-se o mesmo instrumento (12). Está claro que, a punição severa por parte dos pais não se restringe a apenas alguns lugares ou a uma única região do mundo. No Egito, em áreas rurais da Índia e nas Filipinas, como punição, os pais com frequência relataram bater em suas crianças com um objeto em uma parte do corpo que não sejam as nádegas, pelo

TABELA 3.1

Índices de formas severas ou moderadas de punição física conforme relatado pelas mães. Estudo WorldSAFE.

Tipo de punição	Existência (%)				
	Chile	Egito	EUa	Filipinas	Índiaa
Punição física grave					
Bateu na criança com um objeto (não nas nádegas)	4	26	4	21	36
Chutou a criança	0	2	0	6	10
Queimou a criança	0	2	0	0	1
Espancou a criança	0	25	0	3	h
Ameaçou a criança com uma faca ou revólver	0	0	0	1	1
Asfixiou a criança	0	1	0	1	2
Punição física moderada					
Espancou as nádegas (com as mãos)	51	29	47	75	58
Bateu na criança nas nádegas (com um objeto)	18	28	21	51	23
Dou tapas no rosto ou na cabeça da criança	13	41	4	21	58
Pisou na cabeça da criança	24	24	b	23	29
Sacudia a criança	39	58	9	30	12
Socou a criança	12	25	b	8	28
Beliscou a criança	3	15	5	60	17
Tirou a creche da criança	27	31	b	31	16
Forçou a criança a se agachar ou ficar em pé em uma posição desconfortável	0	6	b	4	2
Colocou pimenta na boca da criança	0	2	h	1	3

a Áreas rurais.

b A pergunta não fez parte da pesquisa.

c Crianças de 2 anos de idade ou mais.

menos durante os seis meses anteriores. Este comportamento também foi relatado no Chile e nos Estados Unidos, embora em uma taxa muito inferior. Formas mais severas de violência, tais como, asfixiar as crianças, queimá-las ou ameaçá-las com uma faca ou revólver, foram relatadas com menos frequência.

País de outros países confirmaram, em depoimentos semelhantes, que a punição física severa de crianças por parte de seus pais existe em quantidade significativa onde quer que seja investigado. Na Itália, com base nas Escalas de Táticas de Conflito, a incidência de violência grave foi de 8% (39). Tang apresentou uma taxa anual de violência grave contra crianças, conforme relatado pelos pais, de 461 para cada 1 mil na China (Hong Kong SAR*) (43).

Um outro estudo, comparando os índices de violência contra crianças com idade escolar primária, realizado na China e na República da Coréia, também utilizou as Escalas de Táticas de Conflito embora direcionando as perguntas para as crianças – em vez de seus pais (41). Na China, o índice de violência grave relatada pelas crianças foi de 22,6%, enquanto que na República da Coréia foi de 51,3%.

Dados extraídos a partir do estudo WorldSAFE também são esclarecedores em relação aos padrões de formas “moderadas” de disciplina física nos diferentes países (ver Tabela 3.1). Não há um consenso universal em relação à disciplina moderada como abusiva, embora alguns profissionais e pais considerem inaceitáveis essas formas de disciplina.

Nesta área, o estudo WorldSAFE indicou uma divergência mais ampla entre as sociedades e culturas. Surrar as crianças nas nádegas, foi a medida disciplinar mais comum relatada em todos os países, com exceção do Egito, onde outras medidas, tais como sacudir as crianças, beliscá-las, ou estapeá-las no rosto ou na cabeça eram mais utilizadas como punição. Os pais das áreas rurais da Índia, entretanto, relataram que bater no rosto ou na cabeça das crianças é quase tão normal quanto bater nas nádegas, enquanto que em outros países esta prática ocorre com menos frequência.

Formas graves e mais moderadas de disciplina, não estão limitadas ao ambiente familiar ou doméstico. Uma quantidade significativa de punições

severas, ocorre em escolas e outras instituições dirigidas por professores e outras pessoas responsáveis pelo cuidado com as crianças (ver Quadro 3.2).

Abuso sexual

As estimativas de prevalência de abuso sexual variam muito, dependendo das definições utilizadas e da maneira como as informações são coletadas. Algumas pesquisas são conduzidas com crianças, outras com adolescentes e adultos relatando sua infância, enquanto outros questionam os pais sobre as experiências pelas quais seus filhos têm passado. Estes três métodos diferentes podem produzir resultados muito diversos. Por exemplo, a pesquisa anteriormente mencionada das famílias romenas revelou que 0,1% dos pais admitiu ter abusado sexualmente de seus filhos, enquanto 9,1% das ~~crianças relataram ter sofrido abuso sexual~~. Esta discrepância pode ser explicada, em parte, pelo fato de que foi solicitado às crianças que considerassem também o abuso sexual cometido por outras pessoas além de seus pais.

Entre os estudos publicados sobre adultos relatando retrospectivamente sua própria infância, prevalecem índices de abuso sexual na infância variando, entre homens, de 1% (44) – utilizando-se uma definição restrita de contato sexual envolvendo pressão ou força – a 19% (38), onde uma definição mais abrangente foi empregada. Os índices de prevalência da vida toda para vitimização sexual na

Quadro 3.2

Punição corporal

A punição corporal de crianças – seja batendo, socando, chutando ou surrando – é social e legalmente aceita em vários países. Em muitos, o fato é um fenômeno relevante nas escolas e sistemas penais para jovens infratores.

A United Nations Convention on the Rights of the Child [Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças] exige que os Estados protejam as crianças de “todas as formas de violência física e mental” enquanto estiverem sob os cuidados parentais e outros responsáveis, e o United Nations Committee on the Rights of the Child [Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças] tem enfatizado que a punição corporal é incompatível com a Convenção.

Em 1979, a Suécia foi o primeiro país a proibir todas as formas de punição corporal de crianças. Desde então, pelo menos mais 10 Estados adotaram a medida. Os julgamentos de cortes constitucionais ou supremas condenando a punição nas escolas e nos sistemas penais também têm auxiliado, inclusive na África do Sul, Namíbia e Zimbábue, e, em 2000, a corte suprema de Israel declarou ilegal todo tipo de punição corporal. A Constituição de 1994 da Etiópia assegura o direito da criança de estar livre de punições corporais nas escolas e instituições. A punição corporal nas escolas também foi banida na Nova Zelândia, República da Coreia, Tailândia e Uganda.

Contudo, pesquisas indicam que a punição corporal para infratores jovens permanece legal em pelo menos 60 países e, em pelo menos 65 países, nas escolas e outras instituições. A punição corporal de crianças é aceita legalmente nos lares em todos os países, exceto 11. Onde tal prática não tem sido confrontada de maneira persistente por reformas legais e educação pública, os poucos estudos existentes indicam que ela continua sendo uma prática extremamente comum.

A punição corporal é perigosa para as crianças. Em curto prazo, ela mata milhares de crianças a cada ano, lesa e provoca incapacidade física ou mental em muitas outras. Em longo prazo, um grande número de pesquisas têm mostrado que a punição corporal é um fator importante no desenvolvimento de comportamentos violentos e está associada a outros problemas na infância e fases posteriores da vida.

infância entre mulheres adultas variam de 0,9% (45), sendo utilizado o estupro como definição de abuso, a 45% (38) com uma definição mais abrangente. As descobertas relatadas nos estudos internacionais conduzidos desde 1980 revelam um índice médio de prevalência da vida toda para vitimização sexual na infância de 20% entre as mulheres e 5 a 10% entre os homens (46, 47).

Estas grandes variações, encontradas nas estimativas de prevalência publicadas podem resultar de diferenças verdadeiras no risco que predomina nas diferentes culturas ou de diferenças na maneira como os estudos foram conduzidos (46). Incluindo-se o abuso perpetrado por colegas na definição de abuso sexual infantil, a prevalência resultante pode aumentar 9% (48) e incluindo-se casos em que o contato físico não ocorre, os índices podem aumentar cerca de 16% (49).

Abuso emocional e psicológico

Em termos gerais, tem-se dado menos atenção ao abuso psicológico contra crianças do que ao abuso físico e sexual. Fatores culturais parecem influenciar muito as técnicas não físicas que os pais escolhem para disciplinar seus filhos - algumas das quais podem ser consideradas por pessoas com outras formações culturais como psicologicamente prejudiciais. Definir abuso psicológico é, portanto, muito difícil. Além disso, as conseqüências do abuso psicológico, embora definidas, estão sujeitas a grandes variações dependendo do contexto e da idade da criança.

Há evidências indicando que gritar com as crianças é uma resposta comum dos pais em muitos países. Existem também muitas variações no que diz respeito a xingar e insultar as crianças. Em cinco países do estudo WorldSAFE, a taxa de incidência mais baixa em relação a xingar as crianças nos seis meses anteriores foi de 15% (ver Tabela 3.2). As práticas de

ameaçar as crianças de serem abandonadas ou trancadas fora de casa, entretanto, variavam muito entre os países. Nas Filipinas, por exemplo, as ameaças de abandono eram em geral relatadas pelas mães como uma medida disciplinar. No Chile, o índice de utilização de tais ameaças era muito mais baixo, cerca de 8%.

São extremamente raros, os dados sobre até que ponto os responsáveis pelos cuidados com as crianças empregam métodos disciplinares não violentos e não abusivos em diferentes culturas e partes do mundo. Os dados limitados do projeto World SAFE, indicam que a maioria dos pais utiliza práticas disciplinares não violentas. Essas práticas, incluem explicar para as crianças porque seus comportamentos são considerados errados e pedir que parem, retirar privilégios e utilizar outros métodos não violentos para mudar o comportamento problema (ver Tabela 3.3). Em outros lugares, como na Costa Rica, por exemplo, os pais admitiram utilizar punições físicas para disciplinar as crianças, mas relataram que este era o método disciplinar menos preferido (50).

Negligência

Muitos pesquisadores incluem a negligência ou os danos causados pela falta de cuidados parentais ou de outros responsáveis como parte da definição de abuso (29, 51-53). Condições como fome e pobreza são algumas vezes incluídas na definição de negligência. Devido ao fato de as definições variarem e as leis relativas a depoimentos de abuso nem sempre exigirem necessariamente o relato obrigatório da negligência, é difícil estimar as dimensões globais do problema ou comparar significativamente os índices entre os países. Poucas pesquisas, por exemplo, têm sido realizadas acerca da maneira como as crianças e os pais, ou outros responsáveis pelo cuidado com as crianças, podem diferir ao definir negligência.

No Quênia, quando os adultos da comunidade foram questionados sobre o assunto, o abandono e a negligência foram os aspectos mais comumente citados de abuso (51). Nesse estudo, 21,9% das crianças relataram que tinham sido negligenciadas pelos pais. No Canadá, um estudo nacional de casos relatados aos serviços de bem-estar das crianças descobriu que, entre os casos comprovados de negligência, 19% envolviam negligência física, 12% abandono, 11% negligência educacional e 48% danos

TABELA 3.2

Índices de punição verbal ou psicológica conforme relatado pelas mães. Baseado WorldSAFE

Punição verbal ou psicológica	Incidência (%)				
	Chile	Egito	ETIA	Filipinas	Índia
Derrou ou gritou com a criança	86	72	85	82	70
Xingou a criança	15	44	17	24	29
Insultou a criança	3	51	24	0	h
Recusou-se a falar com a criança	17	48	h	15	31
Ameaçou colocar a criança fora de casa	5	0	6	26	h
Ameaçou abandonar a criança	8	0	h	48	20
Ameaçou com espíritos malignos	12	6	h	24	30
Tirou a criança fora de casa	2	1	h	12	h

a. Áreas rurais.

h. A pergunta não fez parte da pesquisa.

físicos resultantes de falha dos pais em prover uma supervisão apropriada (54).

Quais os fatores de risco para o abuso infantil e a negligência?

Inúmeras teorias têm sido desenvolvidas para explicar a ocorrência de abuso dentro das famílias. O modelo explanatório mais adotado é o modelo ecológico, descrito no Capítulo 1. Quando aplicado ao abuso infantil e à negligência, o modelo ecológico considera uma série de fatores, inclusive as características individuais da criança e de sua família, as características da pessoa responsável pelos cuidados com a criança ou do perpetrador do abuso, a natureza da comunidade local, o ambiente social, econômico e cultural (55, 56).

A pesquisa limitada a esta área indica que, em vários países, alguns fatores são bastante consistentes ao se compararem os riscos. É importante notar, entretanto, que os fatores listados a seguir podem estar apenas estatisticamente associados e não estarem necessariamente ligados devido a uma causa específica (6).

Fatores que aumentam a vulnerabilidade das crianças

Diversos estudos, provenientes principalmente de países desenvolvidos, indicaram que determinadas características das crianças aumentam o risco de abuso.

Idade

A vulnerabilidade ao abuso - seja físico, sexual ou por meio de negligência - depende em parte da idade da criança (14, 17, 57, 58). Casos fatais de abuso físico são muito encontrados entre crianças muito novas (18, 20, 21, 28). Em revisões de mortes infantis ocorridas na Alemanha, em Fiji, na Finlândia e no Senegal, por exemplo, a maioria das vítimas tinha

TABELA 3.3

Índices de práticas disciplinares não violentas conforme relatado pelas mães, Estudo WorldSAFE					
Disciplina não violenta	Incidência (%)				
	Chile	Egito	Est. U.A.	Filipinas	Índia
Explicou porque o comportamento estava errado	91	80	94	90	94
Privou a criança de alguns privilégios	60	27	77	3	43
Pediu para a criança parar	88	69	0	91	0
Dou alguma coisa para a criança fazer	71	43	75	66	27
Fez a criança permanecer em um lugar a áreas ruins	37	30	75	58	5

h A pergunta não fez parte da pesquisa.

menos de dois anos de idade (20, 24, 28, 59).

As crianças jovens também correm o risco de serem vítimas de abuso físico não fatal, embora as idades máximas para esse tipo de abuso variem de país para país. Por exemplo, os índices de abuso físico não fatal atingem níveis máximos para crianças entre 3 e 6 de idade na China, 6 e 12 anos nos Estados Unidos (11, 40, 43), e 6 e 11 anos na Índia. Os índices de abuso sexual, por outro lado, tendem a se elevar após o início da puberdade, com as taxas mais altas ocorrendo durante a adolescência (15, 47, 60). Entretanto, o abuso sexual, também pode ser direcionado a jovens crianças.

Sexo

Na maioria dos países, as meninas correm mais riscos que os meninos em relação a infanticídio, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e prostituição forçada (ver também o Capítulo 6). As descobertas de vários estudos internacionais revelam que, entre as meninas, os índices de abuso sexual são de 1,5 a 3 vezes superiores aos de meninos (46). Em termos mundiais, mais de 130 milhões de crianças entre as idades de 6 e 11 anos não estão na escola, 60% das quais são meninas (61). Em alguns países, as meninas são proibidas até mesmo de receber educação escolar ou são mantidas em casa para ajudar a cuidar de seus irmãos ou auxiliar economicamente a família por meio do trabalho.

Em muitos países, as crianças do sexo masculino parecem correr mais risco de receberem punições físicas severas (6, 12, 16, 40, 62). Embora as meninas estejam sob elevado risco de infanticídio em muitos lugares, não está claro porque os meninos estão sujeitos a punições físicas mais severas. É provável que isso ocorra devido ao fato de tal tipo de punição ser visto como uma preparação para os papéis e as responsabilidades do adulto, ou ainda pelo fato de se considerar que os meninos precisam de mais disciplina física. Sem dúvida alguma, as grandes defasagens culturais entre as diferentes sociedades

no que diz respeito ao papel das mulheres e aos valores atribuídos às crianças do sexo masculino e feminino podem ser responsáveis por muitas dessas diferenças.

Características especiais

As pesquisas têm revelado que crianças prematuras, gêmeas e portadoras de deficiências físicas correm mais risco de serem vítimas de abuso físico e negligência (6, 53, 57, 63). Há descobertas conflitantes provenientes de estudos sobre a importância do retardamento mental como um fator de risco. Acredita-se que o baixo peso ao nascer, a prematuridade, as doenças ou as deficiências físicas ou mentais no bebê ou na criança interferem na ligação e no vínculo, e podem tornar a criança mais vulnerável ao abuso (6). Entretanto, essas características não parecem ser os fatores de maior risco para o abuso quando outros fatores são considerados, tais como variáveis relacionadas aos pais e à sociedade (6).

Características da família e do responsável pelos cuidados com a criança

Pesquisas têm associado ao abuso infantil e à negligência determinadas características da pessoa responsável pela criança, bem como características do ambiente familiar. Enquanto alguns fatores, inclusive características demográficas, estão relacionados a variações no risco, outros estão relacionados às características psicológicas e comportamentais da pessoa que cuida da criança ou a aspectos do ambiente familiar que podem comprometer a paternidade/maternidade e levar aos maus-tratos em relação à criança.

Sexo

O fato de as vítimas de abuso pertencerem mais ao sexo feminino ou masculino, depende, em parte do tipo de abuso. Pesquisas conduzidas na Chile, China, Estados Unidos, Finlândia e Índia revelam que as mulheres declaram utilizar mais disciplina do que os homens (12, 40, 43, 64, 65). No Quênia, os depoimentos de crianças também mostram que há mais violência por parte das mães do que dos pais (51). Entretanto, os homens são os perpetradores mais comuns de lesões na cabeça que ameaçam a

vida, fraturas abusivas e outros ferimentos fatais (66-68).

Em muitos países, os perpetradores de abuso sexual contra crianças, nos casos em que as vítimas são tanto do sexo feminino quanto do masculino, são predominantemente homens (46, 69, 70). Os estudos têm mostrado de forma consistente que, no caso de vítimas de abuso sexual do sexo feminino, acima de 90% dos perpetradores são homens, e no caso de vítimas do sexo masculino, entre 63% e 86% dos perpetradores são homens (46, 71, 72).

Estrutura e recursos da família

Há maior probabilidade de pais/mães que cometem abusos físicos serem jovens, solteiros, pobres, desempregados e terem um nível de educação inferior ao de seus parceiros que não cometem abuso. Tanto nos países desenvolvidos quanto nos industrializados, as mães solteiras pobres e jovens estão entre aquelas com mais risco de utilizar a violência contra seus filhos (6, 12, 65, 73).

Nos Estados Unidos, por exemplo, a probabilidade de mães solteiras relatarem que utilizam disciplina física severa é três vezes maior do que de mães pertencentes a famílias que têm ambos os pais (12). Descobertas semelhantes foram relatadas na Argentina (73).

Estudos realizados em Bangladesh, Colômbia, Itália, Quênia, Reino Unido, Suécia e Tailândia revelaram ainda que o baixo nível educacional e a falta de renda para atender às necessidades família aumentam o potencial de violência física em relação às crianças (39, 52, 62, 67, 74-76), embora em alguns lugares tenham sido observadas exceções a este padrão (14). Em um estudo com famílias Palestinas, a falta de dinheiro para atender às necessidades das crianças foi uma das principais razões apresentadas pelos pais para abusarem psicologicamente de seus filhos (77).

Tamanho da família e composição do lar

O tamanho da família, também pode aumentar as chances de abuso. Um estudo realizado com pais do Chile, por exemplo, revelou que famílias com quatro ou mais crianças estavam três vezes mais sujeitas à violência dos pais em relação aos filhos do que famílias com menos filhos (78). Entretanto, nem sempre é apenas o tamanho da família que importa. Dados extraídos de diversos países indicam que em lares superlotados os riscos de abuso infantil

aumentam (17, 41, 52, 57, 74, 79). Ambientes familiares instáveis, em que a composição do lar muda com frequência, quando membros da família e outras pessoas entram e saem, são uma característica particularmente observada em casos de negligência crônica (6, 57).

Característica da personalidade e do comportamento

Em muitos estudos, diversas características de personalidade e comportamento têm sido associadas a abuso infantil e negligência. Os pais mais sujeitos a praticarem abuso físico contra seus filhos tendem a ter baixa auto-estima, controle deficiente de seus impulsos, problemas de saúde mental e apresentar comportamentos anti-sociais. (6, 67, 75, 76, 79). Pais negligentes apresentam muitos destes problemas e também podem ter dificuldades de planejar acontecimentos importantes da vida, tais como casamento, ter filhos ou procurar emprego.

Muitas dessas características comprometem a paternidade/maternidade e estão associadas a rompimento de relações sociais, falta de habilidade para lidar com o estresse e dificuldade para alcançar sistemas de apoio social (6).

Os pais que praticam o abuso também podem ser despreparados e possuir expectativas não realistas em relação ao desenvolvimento de seus filhos (6, 57, 67, 80). As pesquisas revelaram que pais que praticam o abuso mostram irritação e perturbação maiores em resposta aos estados de humor e comportamentos de seus filhos, são menos dedicados, afetuosos, brincalhões e compreensivos em relação a seus filhos, e são mais controladores e hostis (6, 39).

Histórico anterior de abuso

Os estudos mostraram que pais que foram maltratados quando crianças apresentam mais risco de abusarem de seus próprios filhos (6, 58, 67, 81, 82). Todavia, a relação aqui é complexa (81-83) e algumas investigações indicaram que a maioria dos pais que praticam abusos não foi, na verdade, vítima de abuso. Enquanto os dados empíricos indicam que de fato há uma relação, a importância atribuída a este fator de risco tem sido exagerada. Mais prognósticos podem ser outros fatores associados ao abuso infantil, tais como pouca idade dos pais, estresse, isolamento, superpopulação dos lares, abuso de substâncias [tóxicas] e pobreza.

Violência no lar

Uma atenção cada vez maior está sendo dada para a violência perpetrada por parceiros íntimos e sua relação com o abuso infantil. Dados obtidos a partir de estudos realizados em países tanto geográfica quanto culturalmente distintos, como África do Sul, China, Colômbia, Egito, Estados Unidos, Filipinas, Índia e México, têm todos revelado uma forte relação entre estas duas formas de violência (6, 15, 17, 7, 40, 43, 67). Em um estudo recente realizado na Índia, a ocorrência de violência doméstica nos lares era duas vezes maior que o risco de abuso infantil (40). Entre as vítimas conhecidas de abuso infantil, 40% ou mais também relataram violência doméstica no lar (84). Na verdade, a relação pode ser ainda maior, visto que muitas agências encarregadas de proteger as crianças não coletam rotineiramente os dados em relação a outras formas de violência nas famílias.

Outras características

O estresse e o isolamento social dos pais também foram associados ao abuso infantil e à negligência (6, 39, 57, 73, 85). Acredita-se que o estresse resultante das mudanças de emprego, perda de renda, problemas de saúde ou outros aspectos do ambiente familiar podem aumentar o nível de conflito em casa e a habilidade dos membros em lidar com estes conflitos ou encontrar apoio. Aqueles com mais condições de encontrar apoio social estão menos sujeitos a praticarem o abuso infantil, mesmo quando outros fatores de risco conhecidos estão presentes. Em um estudo de controle de casos desenvolvido em Buenos Aires, Argentina, por exemplo, as crianças que viviam com famílias constituídas por pais solteiros corriam um risco significativamente superior de abuso do que aquelas cujas famílias eram constituídas por ambos os pais. O risco de abuso era menor, entretanto, entre aqueles que estavam mais capacitados para obter acesso a algum tipo de apoio social (73).

Em muitos estudos, o abuso infantil também foi associado ao abuso de substâncias (6, 37, 40, 67, 76), contudo mais pesquisas são necessárias para destrinçar os efeitos independentes do abuso de substâncias das questões relacionadas à pobreza, superpopulação, distúrbios mentais e problemas de saúde associados a esse comportamento.

Fatores comunitários

Pobreza

Estudos provenientes de diversos países têm demonstrado uma forte associação entre a pobreza e os maus-tratos em relação à criança (6, 37, 40, 62, 86-88). Os índices de abuso são superiores nas comunidades com elevados níveis de desemprego e concentração de pobreza (89-91). Essas comunidades também se caracterizam pelos elevados níveis de rotatividade da população e superpopulação dos lares. A pesquisa mostra que a pobreza crônica afeta as crianças de maneira distinta através de seu impacto no comportamento parental e na disponibilidade de recursos da comunidade (92). As comunidades com elevados índices de pobreza tendem a apresentar infra-estruturas físicas e sociais deterioradas e menos recursos e atrativos do que os encontrados em comunidades mais ricas.

Capital social

capital social representa o grau de coesão e solidariedade que existe nas comunidades (85). As crianças que vivem em áreas com menos "capital social" ou investimento social na comunidade na comunidade parecem correr mais riscos de abuso e ter mais problemas psicológicos e comportamentais (85). Por outro lado, as redes sociais e conexões com a vizinhança têm se mostrado protetoras em relação às crianças (4, 58, 93). Isto é verdade, até mesmo para crianças sujeitas a muitos fatores de risco, tais como pobreza, violência, abuso de substâncias e pais com baixo nível de educação, que parecem estar protegidas pelos elevados índices de capital social (85).

Fatores sociais

Um grande número de fatores de nível social são considerados importantes no que diz respeito a influências para o bem-estar das crianças e famílias. Estes fatores - até esta data não examinados na maioria dos países como fatores de risco para o abuso infantil - incluem:

- O papel dos valores culturais e das forças econômicas com que as famílias se deparam na formação de opções, e a elaboração de respostas dessas famílias para tais forças.
- Desigualdades relacionadas a sexo e renda - fatores presentes em outros tipos de violência e provavelmente relacionados a maus-tratos em

relação às crianças.

- Normas culturais que circundam os papéis do casal, as relações entre pais e filhos e a privacidade da família.
- Políticas infantis e familiares, como as relacionadas à licença maternidade/paternidade, emprego materno e acordos para o cuidado dos filhos.
- A natureza e extensão dos cuidados preventivos da saúde para bebês e crianças, como uma ajuda na identificação de casos de abuso contra crianças.
- O fortalecimento do sistema de bem-estar social, ou seja, as fontes de apoio que proporcionam uma rede de segurança para as crianças e famílias.
- A natureza e extensão da proteção social e receptividade do sistema de justiça criminal.
- Conflitos sociais mais graves e guerras.

Muitos destes fatores culturais e sociais mais abrangentes podem afetar a capacidade parental em relação aos cuidados com os filhos – aumentando ou reduzindo o estresse associado à vida familiar e influenciando os recursos disponíveis para as famílias.

As conseqüências do abuso infantil

Carga para a saúde

A debilitação da saúde causada por abuso infantil constitui uma parcela significativa da carga global de doenças. Embora algumas das conseqüências para a saúde tenham sido pesquisadas (21, 35, 72, 94-96), apenas recentemente outras têm recebido atenção, incluindo-se distúrbios psiquiátricos e comportamento suicida (53, 97, 98). É importante ressaltar que atualmente existem evidências de que a maior parte das doenças encontradas nos adultos - inclusive cardiopatia isquêmica, câncer, doença pulmonar crônica, síndrome do intestino irritável e fibromialgia - estão relacionadas a experiências de abuso durante a infância (99-101). O mecanismo aparente para explicar estes resultados é a adoção de fatores de risco comportamentais como o ato de fumar, o abuso de álcool, dieta alimentar deficiente e falta de exercícios. As pesquisas também destacaram importantes conseqüências agudas diretas e em longo prazo (21, 23, 99-103) (ver Tabela 3.4).

Da mesma forma, há muitos estudos que demonstram os danos psicológicos em curto e longo prazo (35, 45, 53, 94, 97). Algumas crianças apresentam alguns sintomas que não atingem os níveis clínicos de preocupação ou, ainda, estão em

TABELA 3.4

Conseqüências do abuso infantil para a saúde

Físicas
Doenças crônicas e degenerativas
Doenças autoimunes
Cenários de violência
Quedas e lesões de crianças e adultos
Doenças no sistema nervoso central
Insônia
Transtornos
Desregulação fisiológica
Transtornos
Doenças e condições
Problemas de saúde reprodutiva
Distúrbios de saúde
Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS
Crise de saúde
Atrocidades e comprometimentos
Abuso de álcool e drogas
Deficiências cognitivas
Comportamentos de risco, incluindo suicídio e crimes, comportamentos de risco
Depressão e ansiedade
Atrasos no desenvolvimento
Distúrbios de alimentação e peso
Sintomas de vergonha e culpa
Transtornos
Distúrbios mentais deficientes
Distúrbios mentais
Doença autoimune
Doenças de estresse pós-traumático
Doenças psiquiátricas
Comportamento suicida e autolesão
Doenças autoimunes em longo prazo para a saúde
Câncer
Doenças pulmonares crônicas
Alcoolismo
Síndrome de intestino irritável
Cardiopatias isquêmicas
Doenças hepáticas
Doenças de saúde reprodutiva, como infertilidade

níveis clínicos, mas não tão elevados quanto os observados em crianças que geralmente são encontradas em consultórios clínicos. Outros sobreviventes apresentam graves sintomas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias, agressão, sentimento de vergonha ou enfraquecimento cognitivo. Por fim, algumas crianças preenchem todos os critérios para doença psiquiátricas que incluem distúrbios de estresse pós-traumático, forte depressão, distúrbios de ansiedade e distúrbios de sono (53, 97, 98). Um estudo de coorte longitudinal recente realizado em Christchurch, Nova Zelândia, por exemplo, revelou significativas associações entre o abuso sexual durante a infância e subseqüentes problemas de saúde mental, tais como depressão, distúrbios de ansiedade e pensamentos e comportamentos suicidas (97).

As manifestações físicas, comportamentais e emocionais do abuso variam entre as crianças, dependendo do seu estágio de desenvolvimento quando o abuso ocorre, da gravidade do abuso, da relação entre o perpetrador e a criança, da duração desse abuso, e de outros fatores presentes no ambiente da criança (6, 23, 72, 95-101).

Carga financeira

Em curto e em longo prazos, os custos financeiros associados aos cuidados com as vítimas constituem

uma parcela significativa do custo geral resultante do abuso infantil e da negligência. Incluídos nesses cálculos estão os custos diretos associados ao tratamento, visitas ao hospital e ao médico e outros serviços de saúde. Uma série de custos indiretos está relacionada à perda de produtividade, invalidez, redução da qualidade de vida e morte prematura. Há ainda os custos de manutenção em relação ao sistema de justiça criminal e outras instituições, incluindo-se:

- gastos relacionados à prisão dos ofensores e consequentes processos;
- custos, para as organizações de saúde, com relatórios de investigação dos maus-tratos e com a proteção às crianças contra os abusos;
- custos associados ao fomento assistencial [adoções, entre outros];
- custos do sistema educacional;
- custos para o setor de empregos provenientes de absenteísmo e baixa produtividade.

Os dados disponíveis de alguns países desenvolvidos ilustram o ônus financeiro potencial. Em 1996, o custo financeiro associado ao abuso infantil e à negligência nos Estados Unidos foi estimado em cerca de 12,4 bilhões de dólares (8). Estes números incluem as estimativas para perdas de rendimentos futuros, custos educacionais e serviços de saúde mental para adultos. No Reino Unido, um custo estimado anual de aproximadamente 1,2 bilhão de dólares vem sendo citado somente para serviços para o bem-estar imediato e serviços legais (104). Em curto e longo prazo, os custos com intervenções preventivas provavelmente excedem em muito os custos totais com abuso infantil e negligência no tocante aos indivíduos, às famílias e à sociedade.

O que pode ser feito para se evitar o abuso infantil e a negligência?

Embora quase que universalmente se proclame que a prevenção do abuso infantil é uma importante política social, surpreendentemente pouco se tem feito para investigar a eficácia de intervenções preventivas. Um trabalho cuidadoso, tem sido desenvolvido em algumas intervenções, como a visita aos lares (105-107), mas muitas outras intervenções neste campo carecem de uma avaliação apropriada (108).

A maioria dos programas se voltam para as vítimas ou para os perpetradores de abuso infantil e negligência. Muito poucos enfatizam em primeiro

plano as abordagens básicas de intervenção objetivando a prevenção do abuso infantil e da negligência. A seguir apresentamos as respostas mais comuns.

Abordagens de apoio às famílias

Treinamento parental

Têm sido desenvolvidas várias intervenções para melhorar as práticas atribuídas à paternidade e maternidade e proporcionar apoio às famílias. Programas desse, tipo geralmente educam os pais sobre o desenvolvimento da criança, ajudando-os a aperfeiçoar suas habilidades para lidar com o comportamento das crianças. Enquanto a maioria dos programas são voltados para famílias de alto risco ou aquelas famílias em que já ocorreu abuso, compreende-se cada vez mais que pode ser benéfico proporcionar educação e treinamento nesta área para todos os pais ou futuros pais. Em Cingapura, por exemplo, a educação e o treinamento parental começa no ensino médio, com aulas de "preparação para a paternidade/maternidade". Os alunos aprendem sobre os cuidados com as crianças e como elas se desenvolvem; e ganham experiência direta trabalhando com crianças em pré-escolas e centros de atendimento a crianças (8).

Para as famílias em que o abuso infantil já ocorreu, o objetivo principal é evitar abusos futuros, bem como outras consequências negativas para a criança, tais como problemas emocionais ou atraso no desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que as avaliações de programas de educação e treinamento parental têm mostrado resultados promissores em relação à redução da violência juvenil, alguns estudos examinam especificamente o impacto de tais programas em relação aos índices de abuso infantil e negligência. Por outro lado, em muitas intervenções, para medir sua eficácia, têm sido utilizados os resultados imediatos, como competência e habilidade dos pais, conflitos entre pais e filhos e saúde mental dos pais.

Como exemplo, Wolfe e outros avaliaram uma intervenção comportamental, especificamente projetada para famílias consideradas de risco, para fornecer treinamento parental (109). Os pares mãe-filho foram atribuídos aleatoriamente para a intervenção ou para um grupo de comparação. As mães que receberam o treinamento parental relataram menos problemas comportamentais com seus filhos e poucos problemas de adaptação associados aos maus-tratos em potencial comparadas às mães do grupo de comparação. Além disso, a avaliação de

acompanhamento, realizada pelos assistentes sociais, mostrou que houve risco mais baixo de maus-tratos por parte das mães que receberam o treinamento parental.

Visita aos lares e outros programas de apoio à família

Os programas de visitação às famílias trazem os recursos da comunidade para as famílias em seus próprios lares. Este tipo de intervenção, tem sido identificado como um dos mais promissores para a prevenção de uma série de resultados negativos, inclusive a violência juvenil (ver o Capítulo 2) e o abuso infantil (105-107). Durante a visita aos lares, são oferecidas informações, apoio e outros serviços para melhorar o funcionamento da família. Diversos modelos diferentes de visita aos lares têm sido desenvolvidos e estudados. Em alguns, as visitas são voltadas para todas as famílias, independente do status de risco em que se enquadrem, enquanto outras se direcionam para famílias com risco de violência, como famílias com pais pela primeira vez ou pais solteiros e adolescentes que vivem em comunidades com elevados índices de pobreza.

Em uma pesquisa realizada em mais de 1.900 programas de visita a lares, Wasik & Roberts (110) identificaram 224 que basicamente forneceram serviços para crianças vítimas de abuso e negligência. Entre esses, o aprimoramento das habilidades e o aumento do nível de tolerância parental foram considerados os serviços mais importantes, seguidos pelo apoio emocional. As famílias, em geral, eram visitadas semanalmente ou a cada duas semanas, sendo que os serviços foram fornecidos por um período de 6 meses a 2 anos.

Um exemplo de programa desse tipo é o programa desenvolvido pelo Parent Centre [Centro Parental], em Cape Town, África do Sul. Visitadores de lares são recrutados da comunidade, treinados pelo centro e supervisionados por assistentes sociais profissionais. As famílias são visitadas mensalmente durante o período pré-natal, semanalmente nos dois primeiros meses após o nascimento, depois a cada duas semanas até a criança completar dois meses de idade e, então, mensalmente até que o bebê complete seis meses. Neste ponto, as visitas podem continuar ou terminar dependendo da avaliação do supervisor. As famílias podem recorrer a outros órgãos para obter serviços onde estes sejam apropriados.

Um dos poucos estudos sobre os efeitos em longo prazo, das visitas aos lares, em relação ao abuso

infantil e à negligência foi realizado por Olds e outros autores. (106). Eles concluíram que, por todo um período de 15 anos após o nascimento do primeiro filho, as mulheres que foram visitadas pelas enfermeiras durante a gravidez e durante a infância de seus filhos estavam menos sujeitas a serem identificadas como perpetradoras de abuso infantil do que as mulheres que não foram visitadas.

Serviços intensivos de preservação da família

Este tipo de serviço é elaborado para manter a família junta e evitar que as crianças sejam encaminhadas a cuidados substitutos. Voltada para famílias em que tenham sido confirmados os maus-tratos às crianças, a intervenção dura pouco (algumas semanas ou meses) e é intensa, em geral 10 a 30 horas por semana dedicadas a uma família em particular, seja na casa ou em qualquer outro lugar familiar à criança. Em geral, são oferecidos diversos serviços, de acordo com as necessidades da família, inclusive várias formas de terapia e serviços mais práticos, como subsídios temporários para aluguel.

Um exemplo deste tipo de programa nos Estados Unidos é o Homebuilders [Construtores de Lares], um programa domiciliar intensivo de intervenção em crises familiares e educação para superá-las (111). As famílias que têm uma ou mais crianças em perigo eminente de serem colocadas sob custódia são encaminhadas para este programa pelos assistentes estaduais. Por um período de quatro meses, as famílias recebem serviços intensivos de terapeutas que ficam de plantão 24 horas por dia. A ampla extensão dos serviços oferecidos inclui auxílio em relação às necessidades básicas, tais como alimentação e abrigo e em relação à aquisição de novas habilidades.

As avaliações deste tipo de intervenção têm sido limitadas e suas descobertas de certa forma não são conclusivas, principalmente devido ao fato de os programas oferecerem uma grande variedade de serviços e relativamente poucos estudos terem incluído um grupo de controle. Há algumas evidências sugerindo que programas para preservar a unidade familiar podem ajudar a evitar que as crianças sejam colocadas sob custódia, pelo menos em curto prazo. Entretanto, há pouco para se afirmar que a principal disfunção familiar subjacente à raiz do problema possa ser resolvida com serviços desse tipo, intensivos e de pouca duração. Uma metanálise dos vários e diferentes programas intensivos de

preservação da família revelou que aqueles que apresentaram elevados índices de envolvimento dos participantes, utilizando uma abordagem que fundamentou as bases da família e envolveu um elemento de apoio social, produziram resultados melhores do que os programas sem tais componentes (112).

Abordagens de serviços de saúde

Avaliação minuciosa por parte da área da saúde

Os profissionais da área da saúde desempenham um papel importantíssimo na identificação, tratamento e encaminhamento de casos de abuso e negligência e na denúncia de casos suspeitos de maus-tratos para as autoridades apropriadas. É fundamental que, os casos de maus-tratos às crianças sejam detectados logo no início, para que assim seja possível minimizar as consequências para a criança e iniciar o mais rápido possível os serviços necessários.

Tradicionalmente, a avaliação minuciosa é a identificação de um problema de saúde antes que apareçam os sinais e sintomas. No caso de abuso infantil e de negligência, tal avaliação poderia expor os problemas, uma vez que seria necessário confiar nas informações obtidas diretamente do perpetrador ou dos observadores. Por essa razão, relativamente poucas abordagens de avaliação minuciosa têm sido descritas, e, para a maior parte delas, a ênfase tem se voltado para a melhora do reconhecimento antecipado por meio de provedores de assistência à saúde, ligados a abuso infantil e negligência, principalmente através de níveis mais elevados de treinamento e educação.

Treinamento de profissionais da área de assistência à saúde

Estudos realizados em vários países têm destacado a necessidade de educação continuada, para profissionais da área de assistência à saúde, relacionada ao reconhecimento e relato de sinais e sintomas antecipados de abuso infantil e negligência (113-115). Conseqüentemente, um grande número de organizações ligadas à área de assistência à saúde tem desenvolvido programas de treinamento, de maneira a melhorar tanto o reconhecimento quanto o relato de abuso e negligência, e também o conhecimento, entre os trabalhadores da saúde, acerca dos serviços comunitários disponíveis. Nos Estados Unidos, por exemplo, a American Medical

Association [Associação Médica Americana] e a American Academy of Pediatrics [Academia Americana de Pediatria] produziram diretrizes de diagnóstico e tratamento para maus-tratos às crianças (116) e para abuso sexual (117). No estado de Nova York, os profissionais da área da saúde são obrigados a fazer um curso de duas horas sobre identificação e relato de abuso infantil e negligência como pré-requisito para obterem suas licenças (118). Em vários países europeus e outros lugares também têm ocorrido movimentos para aumentar este tipo de treinamento para os profissionais da saúde (7, 119-121).

A detecção do abuso infantil e da negligência, entretanto, nem sempre é direta (122-124). Em geral, são necessárias técnicas apropriadas de entrevista e tipos específicos de exames físicos. Os profissionais da área médica devem estar alerta para a presença de riscos familiares ou de outros fatores de risco que podem sugerir o abuso infantil.

Para manter um processo de educação contínuo e dinâmico, alguns pesquisadores sugerem um currículo multidisciplinar estruturado para os profissionais da saúde, de acordo com seu nível particular de envolvimento com casos de abuso infantil (125). Com base em tal proposta, cursos separados mas integrados de treinamento seriam desenvolvidos para os estudantes de medicina e médicos em treinamento, e para aqueles com um interesse específico em abuso infantil.

As avaliações dos programas de treinamento têm se voltado, principalmente, para o conhecimento dos profissionais da área de assistência à saúde relativo a abuso e comportamento infantil. O impacto dos programas de treinamento sob outros resultados, como a melhora em relação aos cuidados e encaminhamento das crianças, é desconhecido.

Abordagens terapêuticas

As respostas ao abuso infantil e à negligência dependem de muitos fatores, inclusive a idade, o nível de desenvolvimento da criança e a presença de fatores de estresse do ambiente. Por esta razão, uma ampla variedade de serviços terapêuticos foram elaborados para serem utilizados com os indivíduos. Os programas terapêuticos têm sido estabelecidos em todo o mundo, inclusive Argentina, China (Hong Kong SAR), Eslováquia, Federação Russa, Grécia, Panamá e Senegal (7).

Serviços para as vítimas

Uma revisão dos programas de tratamento para crianças vítimas de abuso físico revelou que a abordagem mais popular foi o cuidado terapêutico diário, com ênfase no aperfeiçoamento das habilidades cognitivas e de desenvolvimento (126). O cuidado terapêutico diário tem sido defendido para uma série de condições relacionadas a abuso, tais como problemas emocionais, comportamentais ou problemas relacionados à afetividade e a atrasos cognitivos ou no desenvolvimento. A abordagem incorpora métodos específicos de terapia e de tratamento no decorrer das atividades diárias da criança, desenvolvidos em uma instituição para cuidados com as crianças. A maioria dos programas deste tipo incluem ainda terapia e educação parental.

Um exemplo de método de tratamento específico para crianças socialmente retraídas e vítimas de abuso foi descrito por Fantuzzo e outros autores (127). Crianças maltratadas na fase pré-escolar que eram bastante retraídas socialmente foram colocadas em grupos de diversão junto com crianças com níveis superiores de entrosamento social. As crianças com melhor entrosamento social foram orientadas para agirem como modelos para as crianças retraídas e encorajá-las a participarem das sessões de brincadeiras. Suas tarefas incluíam fazer propostas verbais e físicas apropriadas para as crianças retraídas, por exemplo, oferecer um brinquedo. Observaram-se melhoras no comportamento social das crianças retraídas, embora não tenham sido avaliados os efeitos em longo prazo desta estratégia. A maior parte dos demais programas de tratamento descritos na revisão mencionada acima também tiveram pouca ou nenhuma avaliação (126).

Assim como ocorre com o abuso físico, as manifestações de abuso sexual podem variar muito, dependendo de uma série de fatores, tais como características individuais da vítima, relação do perpetrador com a vítima e circunstâncias em que ocorreu o abuso. Por conseguinte, diversas abordagens de intervenção e métodos de tratamento têm sido adotados para tratar crianças vítimas de abuso sexual, inclusive a terapia individual, em grupo e em família (128-131). Embora a pesquisa limitada sugira que a saúde mental das vítimas melhora como um resultado de tais intervenções, a informação em relação a outros benefícios é consideravelmente menor.

Serviços para crianças que testemunham a violência

Uma das aquisições mais recentes para a coleção de estratégias de intervenção são os serviços para ~~crianças que testemunham violência doméstica~~ (132-134). Pesquisas têm mostrado que esse tipo de exposição pode acarretar inúmeras consequências negativas. Por exemplo, as crianças que testemunham a violência estão mais sujeitas a reproduzir, quando adultas, relações disfuncionais dentro de suas próprias famílias.

Assim como ocorre com os casos de agressão física direta ou sexual, as crianças que testemunham a violência podem apresentar uma série de sintomas, inclusive problemas comportamentais, emocionais ou sociais, e atrasos no desenvolvimento cognitivo ou físico, embora algumas possam não desenvolver nenhum tipo de problema. Dada esta variabilidade, diferentes estratégias de intervenção e métodos de tratamento têm sido desenvolvidos, considerando-se a idade de desenvolvimento da criança. Até o momento, evidências em relação à eficácia destes programas são limitadas e, em geral, contraditórias. Por exemplo, resultados diferentes foram produzidas por duas avaliações do mesmo programa - com duração de 10 semanas - de aconselhamento em grupo. Em uma, as crianças do grupo de intervenção foram capazes de descrever mais habilidades e estratégias para evitar se envolverem em conflitos violentos entre seus pais e procurar apoio do que as crianças pertencentes ao grupo de comparação, enquanto que, na outra, não foram observadas diferenças entre os grupos de tratamento e de comparação (135, 136).

Serviços para adultos que foram vítimas de abuso quando crianças

Vários estudos revelaram uma ligação entre um histórico de abuso infantil e uma série de condições, inclusive abuso de substâncias, problemas de saúde mental e dependência alcoólica (96-99, 137). Além disso, as vítimas de abuso infantil podem não ser identificadas como tal até muitos anos mais tarde e podem não apresentar os sintomas até muito tempo depois de ter ocorrido o abuso. Por tais razões, houve um aumento crescente nos serviços voltados para adultos que foram vítimas de abuso quando crianças, e particularmente em relação a serviços de saúde

mental. Infelizmente, poucas avaliações foram publicadas sobre o impacto das intervenções para adultos que foram vítimas de abuso na infância. A maioria dos estudos realizados tem se voltado principalmente para as meninas que foram vítimas de abuso por parte de seus pais (138).

Recursos legais e relacionados

Denúncias obrigatórias e voluntárias

A denúncia por parte dos profissionais da saúde de suspeitas de abuso infantil e negligência é obrigatória por lei em vários países, inclusive Argentina, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, Israel, Quirguistão, República da Coreia, Ruanda e Sri Lanka. Mesmo assim, relativamente poucos países possuem leis obrigatórias de denúncia de abuso infantil e negligência. Uma pesquisa mundial recente revelou que, dos 58 países que responderam à pesquisa, 33 possuíam leis apropriadas obrigatórias de denúncia e 20 possuíam leis de denúncia voluntária (7). A argumentação por detrás da adoção de leis de denúncia obrigatória foi que a detecção precoce do abuso ajudaria a impedir a ocorrência de lesões graves, aumentar a segurança das vítimas eximindo-as da necessidade de fazerem as denúncias e fomentar a coordenação entre respostas legais e respostas provenientes dos serviços de saúde.

No Brasil, a denúncia é obrigatória e deve ser feita para um "Conselho de Guardiões" composto de cinco membros (8). Os membros do conselho, eleitos por um período de dois anos, têm a obrigação de proteger as vítimas de abuso infantil e negligência utilizando-se de todos os meios sociais, inclusive cuidados de adoção provisória e hospitalização. Não são da competência do Conselho os aspectos legais do abuso infantil e da negligência, tais como processos contra os perpetradores e revogação dos direitos parentais.

As leis obrigatórias são úteis principalmente para a coleta de dados, mas não se sabe o quão eficazes são para a prevenção de casos de abuso e negligência. As críticas a essa abordagem têm suscitado várias dúvidas e preocupações, entre elas se as instituições sociais com poucos recursos financeiros estão em posição para beneficiar a criança e sua família ou se, ao contrário, podem causar mais danos do que benefícios levantando falsas esperanças (139).

Existem vários tipos de sistemas de denúncia voluntária em todo o mundo, como por exemplo, Barbados, Camarões, Croácia, Japão, República Unida

da Tanzânia e Romênia (7). Nos Países Baixos, casos suspeitos de abuso infantil podem ser denunciados voluntariamente para um dos dois órgãos públicos - o Child Care and Protection Board e o Confidential Doctor's Office. Ambos existem para proteger as crianças de abuso e negligência, e os dois agem no sentido de investigar denúncias de suspeitas de maus-tratos. Nenhum dos órgãos fornece serviços diretos para a criança ou a família; em vez disso, encaminham as crianças e os membros da família para outras instituições, para que recebam os serviços apropriados (140).

Serviços de proteção à criança

Os órgãos de proteção à criança, investigam e tentam comprovar as denúncias de suspeita de abuso infantil. As denúncias iniciais podem vir de diversas fontes, inclusive de pessoal da área da saúde, policiais, professores e vizinhos.

Caso as denúncias sejam comprovadas, o pessoal encarregado dos serviços de proteção à criança terá de decidir tratamentos e encaminhamentos apropriados. Em geral tais decisões são difíceis, visto que é necessário encontrar um equilíbrio entre várias exigências potencialmente conflitantes - como a necessidade de proteger a criança e o desejo de manter a família intacta. Variam muito, portanto, os serviços oferecidos às crianças e famílias. Embora tenham sido publicadas algumas pesquisas a respeito do processo de tomada de decisão em relação ao tratamento apropriado, bem como das atuais deficiências - como a necessidade de critérios específicos e padronizados para identificar as famílias e as crianças que correm risco de abuso infantil -, houve pouca investigação em relação à eficácia dos serviços de proteção à criança no tocante à redução dos índices de abuso.

Equipes de revisão das fatalidades ocorridas com crianças

Nos Estados Unidos, o aumento da conscientização de violências graves contra as crianças levou a estabelecerem-se equipes em muitos estados para revisar as fatalidades ocorridas com crianças (141). Essas equipes multidisciplinares analisam as mortes ocorridas entre crianças, extraíndo dados e recursos antes de fontes como a polícia, promotores públicos, profissionais da área da saúde, serviços de proteção à criança e médicos legistas ou peritos. As pesquisas constataram que tais equipes especializadas de revisão estão mais aptas a

detectarem sinais de abuso infantil e negligência do que as pessoas sem treinamento relevante. Um dos objetivos deste tipo de intervenção, portanto, é aprimorar a exatidão das classificações de mortes de crianças.

Este aperfeiçoamento, por sua vez, poderá contribuir para maior sucesso dos trabalhos de promotoria, com a coleta de melhores evidências. Em uma análise de dados coletados a partir de revisões de fatalidades ocorridas entre crianças no estado da **Geórgia, Estados Unidos**,⁽¹⁴²⁾ os pesquisadores constataram que as revisões das fatalidades ocorridas entre crianças eram mais produtivas ao se investigar morte por maus-tratos e síndrome da morte infantil súbita. Após as investigações realizadas pela equipe, 2% das mortes investigadas durante o ano do estudo, não classificadas inicialmente como relacionadas a abuso ou negligência, foram posteriormente reclassificadas como mortes devidas a maus-tratos.

Outros objetivos da equipe de inspeção incluem: prevenção de futuras mortes infantis por maus-tratos, análise e implantação de ações corretivas e promoção de uma melhor coordenação entre os diversos órgãos e disciplinas envolvidas.

Políticas de detenção e processuais

As políticas da justiça criminal variam muito, refletindo diferentes visões sobre o papel do sistema judiciário em relação aos maus-tratos à criança. A decisão de processar ou não pretensos perpetradores de abuso depende de vários fatores, inclusive a gravidade do abuso, a força das evidências, o fato de a criança ser ou não uma testemunha competente e se há qualquer alternativa viável para a execução do processo⁽¹⁴³⁾. Uma revisão dos processos criminais envolvendo casos de abuso sexual infantil⁽¹⁴⁴⁾ revelou que 72% das 451 alegações registradas durante um período de dois anos foram consideradas prováveis casos de abuso sexual. Entretanto em pouco mais da metade destes casos foram registradas acusações formais. Em outro estudo de alegações de abuso sexual infantil, os promotores aceitaram 60% dos casos que lhes foram encaminhados.

Tratamento obrigatório para os ofensores

O tratamento obrigatório, determinado pelos tribunais, para os agressores que praticaram abuso infantil é uma abordagem recomendada em muitos países. Entretanto, há uma polêmica entre os pesquisadores, a respeito de o tratamento

determinado pelo sistema judiciário ser preferível ou não ao comparecimento voluntário em programas de tratamento. O tratamento obrigatório parte da crença de que, na ausência de repercussões legais, alguns agressores recusar-se-ão a submeter-se ao tratamento. Contra esta afirmação existe a visão de que o tratamento imposto pela justiça pode realmente criar resistência ao tratamento por parte dos agressores e que a participação voluntária do agressor é essencial para o sucesso do tratamento.

Esforços baseados na comunidade

Em geral, as intervenções baseadas na comunidade concentram-se em um grupo selecionado da população ou são implementadas em um local específico, tal como escolas. Elas também podem ser conduzidas em uma escala mais ampla - para uma série de segmentos da população, por exemplo, ou até mesmo para toda a comunidade -, com o envolvimento de muitos setores.

Programas escolares

Os programas escolares para evitar o abuso sexual infantil, são uma das estratégias preventivas mais utilizadas e têm sido incorporados ao currículo escolar regular em vários países. Na Irlanda, por exemplo, o programa de prevenção básica Stay Safe [Fique Seguro] atualmente está implantado em quase todas as escolas primárias, contando com o apoio total do Departamento de Educação e de líderes religiosos⁽¹⁴⁶⁾.

Esses programas, em geral, são projetados para ensinar as crianças a reconhecerem situações de ameaça e provê-las de habilidades para se protegerem contra abusos. Os conceitos subjacentes aos programas são que a criança possui o controle e acesso ao seu corpo, e que há tipos diferentes de contato físico. As crianças aprendem o que dizer a um adulto, se este lhe solicitar que faça alguma coisa que lhe dê sensação de desconforto. Os programas escolares variam muito em relação ao seu conteúdo e apresentação, e muitos também podem envolver os pais ou outros responsáveis pelos cuidados com as crianças.

Embora entre os pesquisadores haja um consenso de que as crianças podem desenvolver conhecimento e adquirir habilidades para se protegerem contra abusos, tem-se questionado se estas habilidades são mantidas com o decorrer do tempo e se protegeriam uma criança em uma situação de abuso, particularmente se o perpetrador for alguém conhecido e em quem a

criança confia. Em uma avaliação do programa irlandês Stay Safe antes mencionado, por exemplo, as crianças que participavam do programa mostraram significativas melhoras em relação ao conhecimento e às habilidades (146). As habilidades foram mantidas em um acompanhamento após três meses.

Uma metanálise recente (147) conclui que os programas preventivos de vitimização eram bem eficientes, no que diz respeito ao ensino de conceitos e habilidades relacionados à proteção contra abuso sexual. Os autores constataram, ainda, que a retenção de tais informações era satisfatória. Entretanto, concluíram que a prova da eficácia definitiva destes programas exigiria mostrar que as habilidades aprendidas tinham sido transferidas de maneira bem sucedida para situações da vida real.

Campanha de prevenção e educação

Uma outra abordagem muito difundida para reduzir os casos de abuso infantil e negligência, são as campanhas de prevenção e educação. Essas intervenções, provêm da crença de que um aumento da conscientização e da compreensão do fenômeno na população em geral resultará em índices inferiores de abuso. Isto pode ocorrer diretamente, com os perpetradores reconhecendo seus próprios comportamentos como abusivos e errados e procurando tratamento, ou indiretamente, por meio do reconhecimento e da denúncia de abusos por parte das vítimas ou de terceiros.

No período de 1991 a 1992, foi conduzida nos Países Baixos uma campanha multimídia (148, 149). O objetivo era aumentar a divulgação do abuso infantil, tanto pelas vítimas quanto por aqueles que estivessem em um contato próximo com as crianças, como os professores. A campanha incluiu um documentário televisivo, pequenos filmes e comerciais, um programa de rádio e materiais impressos, tais como pôsteres, adesivos, livretos e artigos em jornais. Foram oferecidas sessões regionais de treinamento aos professores. Em uma das avaliações desta intervenção, Hoefnagels e Baartman (149) concluíram que a campanha nos meios de comunicação em massa aumentou o nível de divulgação, conforme comprovado pelos índices de telefonemas para o serviço National Child Line [Linha Nacional para a Criança] antes e depois da campanha. O efeito do aumento da divulgação nos índices de abuso infantil e na saúde mental das vítimas, entretanto, precisa ser estudado posteriormente.

Intervenções para mudar as atitudes e o comportamento da comunidade

Uma outra abordagem para se evitar o abuso infantil e a negligência é desenvolver intervenções coordenadas, eficazes nos diversos setores, com o intuito de mudar as atitudes e o comportamento das comunidades. Um exemplo deste tipo de programa é a resposta abrangente ao abuso infantil e à negligência obtida no Quênia (ver Quadro 3.3).

No Zimbábue, o Training and Research Support Centre [Centro de Treinamento e Apoio a Pesquisas] elaborou um programa participativo multissetorial direcionado a questões relativas ao abuso sexual infantil (8). O Centro reuniu um grupo diversificado de indivíduos, incluindo alguns profissionais das áreas rurais e urbanas de todo o país. Sessões para dramatização de papéis, pintura e discussão foram utilizadas para trazer à luz experiências e percepções de abuso sexual infantil e analisar o que poderia ser feito para prevenir e detectar o problema.

Em seguida a esse primeiro estágio, o grupo de participantes elaborou e implementou dois programas de ação. O primeiro, um programa escolar desenvolvido em colaboração com os Ministérios da Educação e Cultura, cobriu o treinamento, a construção de aptidões e o desenvolvimento de materiais para psicólogos, professores, pessoal da área administrativa e crianças da escola. O segundo, constituiu-se em um programa de âmbito legal, desenvolvido em conjunto com o Ministério de Assuntos Judiciários, Legais e Parlamentares. Tal programa - elaborado para enfermeiros, funcionários de organizações não governamentais, policiais e outros oficiais vinculados ao cumprimento de leis - estabeleceu cursos de treinamento, sobre a maneira de proceder com os agressores sexuais jovens. O treinamento também, abordou a questão da criação de tribunais amigáveis em relação a vítimas e testemunhas vulneráveis. Desenvolveram-se ainda as diretrizes referentes às denúncias.

Abordagens sociais Programas e políticas nacionais

A maior parte dos esforços de prevenção de maus-tratos às crianças centram-se nas vítimas e nos perpetradores sem necessariamente se voltarem para as raízes do problema. Acredita-se, contudo, que atacando a pobreza de maneira satisfatória,

QUADRO 3.3**Prevenção contra o abuso infantil e a negligência no Quênia**

Em 1996, formou-se uma coalizão no Quênia com o objetivo de aumentar a conscientização pública em relação ao abuso infantil e à negligência, e de melhorar a provisão de serviços às vítimas. Um estudo anterior, realizado em quatro áreas do Quênia, tinha mostrado que o abuso infantil e a negligência eram relativamente prevalentes no país, embora não existisse nenhum sistema organizado de resposta ao problema. Membros da coalizão vieram inicialmente dos principais ministérios do governo, bem como de organizações não governamentais com programas voltados para a comunidade. A eles se juntaram, posteriormente, representantes do setor privado, do sistema policial e judiciário e dos principais hospitais.

Todos os membros da coalizão, receberam treinamento sobre abuso infantil e negligência. Foram estabelecidos três grupos de trabalho, um para lidar com o treinamento, outro com a defesa e o terceiro com a proteção à criança. Cada grupo colaborou com órgãos governamentais e não governamentais específicos. O grupo de trabalho encarregado do treinamento, por exemplo, trabalhou em conjunto com os Ministérios da Educação, Saúde, Interior e Trabalho, realizando workshops para funcionários de escolas, profissionais da área da saúde, advogados, assistentes sociais e policiais. O grupo encarregado da defesa, trabalhou com o Ministério da Informação e Divulgação e várias organizações não governamentais, produzindo programas de rádio e televisão, e também colaborou com a imprensa em áreas rurais.

Notavelmente, as próprias crianças se envolveram no projeto, por meio de competições de dramatização, música e monografias. Tais atividades foram realizadas inicialmente em nível local e posteriormente em nível distrital, provincial e nacional. Atualmente, essas competições fazem parte das atividades regulares do sistema escola queniano.

A coalizão, também trabalhou para fortalecer as denúncias e o gerenciamento de casos de abuso infantil e negligência. Ela assistiu o Departamento para Crianças, do Ministério do Interior, na elaboração de um banco de dados sobre abuso infantil e negligência e ajudou a criar uma rede legal para crianças vítimas de abuso, a "Children Legal Action Network" ["Rede de Ação Legal para Crianças"]. Em 1998 e 1999, a coalizão organizou conferências nacionais e regionais para reunir pesquisadores e especialistas no campo de abuso infantil e negligência.

Como um dos resultados desses esforços, atualmente mais quenianos estão cientes do problema de abuso infantil e negligência, e foi estabelecido um sistema para atender as necessidades das vítimas e de seus familiares.

melhorando os níveis educacionais e as oportunidades de emprego, e aumentando a disponibilidade e qualidade dos cuidados com a criança, os índices de abuso infantil e negligência podem ser reduzidos significativamente. Pesquisas realizadas em vários países da Europa Ocidental, bem como Canadá, Colômbia, partes da Ásia e do Pacífico indicam que a disponibilidade de programas de alta qualidade para a primeira infância podem compensar as desigualdades econômicas e melhorar os resultados para as crianças (150). Contudo, faltam evidências que associem diretamente a disponibilidade de tais programas a uma diminuição dos maus-tratos às crianças. Estudos relacionados a estes programas, em geral, têm medido os resultados,

como o desenvolvimento da criança e o bom desempenho escolar.

Outras políticas que podem afetar indiretamente os níveis de abuso infantil e negligência são aquelas relacionadas à saúde reprodutiva. Afirma-se que as políticas liberais sobre saúde reprodutiva proporcionam às famílias uma noção maior de controle do tamanho de suas famílias e que isto, por sua vez, beneficia mulheres e crianças. Essas políticas, por exemplo, têm permitido maior flexibilidade nos acordos referentes a emprego para as mães e cuidados com os filhos.

Portanto, a natureza e o alcance dessas políticas também são importantes. Alguns pesquisadores

alegam que as políticas que limitam o tamanho das famílias, como a política de "uma só criança" na China, têm exercido um efeito indireto de redução dos índices de abuso infantil e negligência⁵¹), embora outros chamem atenção para o aumento do número de meninas abandonadas na China como uma evidência de que tais políticas podem na verdade aumentar a incidência de abuso.

Tratados internacionais

Em novembro de 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas (United Nations General Assembly) adotou a Convenção sobre os Direitos das Crianças (Convention on the Rights of the Children). Um princípio norteador da convenção é que as crianças são indivíduos com direitos iguais aos dos adultos. Contudo, visto que as crianças são dependentes dos adultos, seus pontos de vista raramente são levados em consideração quando os governos estabelecem políticas. Ao mesmo tempo, geralmente as crianças são o grupo mais vulnerável no que diz respeito às atividades patrocinadas pelo governo relacionadas ao meio ambiente, condições de vida, cuidados com a saúde e nutrição. A Convenção sobre os Direitos das Crianças fornece padrões e obrigações claros relacionados à proteção das crianças para todas as nações signatárias.

A Convenção sobre os Direitos das Crianças, é um dos mais amplamente ratificados de todos os tratados e convenções internacionais. Seu impacto, entretanto, com respeito à proteção da criança contra o abuso e a negligência ainda precisa ser compreendido na íntegra (ver Quadro 3.4).

Recomendações

Há várias áreas importantes de ação que precisam ser consideradas pelos governos, pesquisadores, profissionais da saúde e assistentes sociais, profissões da área da educação e do direito, organizações não governamentais e outros grupos com interesse na prevenção do abuso infantil e da negligência.

Melhor avaliação e monitoramento

Os governos devem monitorar os casos de abuso infantil e negligência, e os danos por eles causados. Esse monitoramento, pode consistir em coleta de denúncias de casos, condução periódica de pesquisas ou utilização de outros métodos apropriados, e pode ser assistido por instituições

acadêmicas, pelo sistema de assistência à saúde e por organizações não governamentais. Devido ao fato de, em muitos países, os profissionais não serem treinados para essa questão e não haver programas do governo na maioria dos lugares, a confiança nas denúncias oficiais provavelmente não será suficiente para aumentar o interesse público em relação ao abuso infantil e à negligência. Em vez disso, serão necessárias pesquisas populacionais periódicas realizadas junto ao público.

Melhores sistemas de respostas

É essencial que os sistemas que respondem ao abuso infantil e à negligência sejam apropriados e operacionais. Nas Filipinas, por exemplo, os hospitais públicos e privados fornecem a primeira linha de resposta ao abuso infantil, seguidos pelo sistema nacional de justiça (152). Sem dúvida alguma, é vital que as crianças recebam serviços especializados e conduzidos adequadamente em todos os estágios. As investigações, as avaliações médicas, os cuidados com a saúde mental, as intervenções da família e os serviços legais precisam ser totalmente seguros para as crianças e famílias envolvidas. Nos países onde há uma tradição de sociedades privadas de ajuda às crianças fornecendo estes serviços, será necessário monitorar apenas os cuidados com as crianças. Contudo, é importante que, caso não haja nenhum outro provedor disponível, os governos garantam a qualidade e a disponibilidade dos serviços e proporcionem recursos para esses serviços.

Desenvolvimento de políticas

Os governos devem assistir aos órgãos locais para a implementação de serviços de proteção eficientes para as crianças. Novas políticas podem ser necessárias:

- assegurar uma força de trabalho bem treinada;
- desenvolver respostas utilizando uma gama de disciplinas;
- fornecer locais alternativos de assistência às crianças;
- assegurar o acesso aos recursos de saúde;
- fornecer recursos para as famílias.

Uma importante área política que precisa ser considerada, é a maneira como o sistema judiciário opera com respeito às vítimas de abuso infantil e negligência. Alguns países, têm investido recursos para melhorar os tribunais juvenis, encontrar maneiras de diminuir a necessidade de depoimentos das

QUADRO 3.4**A Convenção sobre os Direitos da Criança (Convention on the Rights of the Child)**

A Convenção sobre os Direitos da Criança, reconhece e advoga seriamente o respeito pelos direitos humanos das crianças. O Artigo 19, em particular, exige ações legislativas, administrativas, sociais e educacionais para proteger as crianças de todas as formas de violência, inclusive o abuso e a negligência.

É difícil, entretanto, avaliar o impacto preciso da Convenção nos níveis de abuso infantil. A maioria dos países incluem a proteção à criança contra a violência dentro das leis relacionadas à família, o que dificulta a extração de informações detalhadas sobre o progresso que signatários à Convenção têm obtido na prevenção do abuso infantil. Ademais, nenhum estudo global tentou determinar especificamente o impacto da Convenção no tocante à prevenção do abuso.

Ao mesmo tempo, a Convenção estimulou reformas legais e o estabelecimento de organismos estatutários para supervisionar as questões que afetam as crianças. Na América Latina, pioneira no processo global de ratificação da Convenção e reforma apropriada da legislação, os parlamentos nacionais aprovaram leis estipulando que as crianças devem ser protegidas de situações de risco, inclusive negligência, violência e exploração. A incorporação da Convenção à lei nacional levou ao reconhecimento oficial do papel nuclear da família nos cuidados e desenvolvimento da criança. No caso de abuso infantil, a Convenção resultou em uma mudança da institucionalização das crianças vítimas de abuso para políticas de maior apoio à família e de remoção dos perpetradores do abuso do ambiente familiar.

Na Europa, a Polônia é um dos países que integrou as estipulações da Convenção às suas leis nacionais. Os órgãos governamentais locais deste país têm agora a responsabilidade de proporcionar ajuda social, psiquiátrica e legal às crianças. Na África, Gana também fez emendas em seu código penal, elevou as penas para estupro e molestamento, e aboliu a opção de multas para delitos que envolvem violência sexual. O governo conduziu ainda campanhas educacionais sobre questões relacionadas aos direitos das crianças, inclusive abuso infantil.

Apenas alguns países, entretanto, possuem provisões legais que cobrem todas as formas de violência contra a criança. Além disso, a falta de coordenação entre os diferentes departamentos governamentais e entre as autoridades em nível nacional e local, bem como outros fatores, tem resultado em freqüente implementação fragmentária destas medidas que são ratificadas. No Equador, por exemplo, foi estabelecido um órgão nacional de proteção aos menores, mas é necessária uma reforma do sistema de proteção à criança antes que o cumprimento adequado dos direitos das crianças seja possível. Em Gana, as reformas legais tiveram apenas efeitos limitados, visto que faltam fundos para disseminar as informações e fornecer o treinamento necessário.

Organizações não governamentais, têm despendido esforços consideráveis em nome dos direitos das crianças e têm feito campanhas para que a Convenção seja bastante apoiada. Em vários países, inclusive Gâmbia, Paquistão e Peru, os órgãos de proteção à criança, têm utilizado a Convenção para exigir maior investimento do Estado na proteção à criança e para aumentar o envolvimento governamental e não governamental na prevenção do abuso infantil. No Paquistão, por exemplo, a Coalizão para os Direitos da Criança trabalha na Província da Fronteira Noroeste, treinando ativistas da comunidade em direitos das crianças e realizando pesquisas sobre questões como o abuso infantil. Utilizando suas próprias descobertas e a estrutura legal da Convenção, ela tenta sensibilizar outras organizações comunitárias para a questão do abuso.

É necessário que mais países, incorporem os direitos das crianças em suas políticas sociais e exijam que as instituições governamentais locais implementem esses direitos. Dados específicos sobre violência contra crianças e sobre as intervenções voltadas para a questão ainda são necessários para que os programas existentes possam ser monitorados e novos programas implementados de maneira eficaz.

crianças, e assegurar a presença de pessoal de apoio quando a criança precisa testemunhar no tribunal.

Melhores dados

A falta de bons dados relacionados à extensão e às consequências do abuso e da negligência, tem impedido os progressos no desenvolvimento de respostas apropriadas na maior parte do mundo. A falta de bons dados locais, também dificulta o desenvolvimento de um conhecimento apropriado em relação ao abuso infantil e à negligência e de grupos de peritos no direcionamento do problema dentro das profissões das áreas de saúde, jurídica e assistência social. Visto que, em todos os países, é essencial um estudo sistemático sobre abuso infantil e negligência, os pesquisadores devem ser encorajados a utilizar técnicas de avaliação já empregadas de maneira satisfatória em outros lugares, para que as comparações entre as culturas possam ser feitas de maneira significativa e possam ser examinadas as razões por detrás das variações entre os países.

Mais pesquisas

Práticas disciplinares

São necessárias mais pesquisas para explorar as variações entre as culturas na definição de comportamentos disciplinares aceitáveis. Os padrões de variações culturais na disciplina das crianças podem ajudar todos os países a desenvolverem definições viáveis de abuso e atender às questões de variações culturais dentro dos países. Essas variações culturais podem, na verdade, ser a razão subjacente para algumas das manifestações incomuns de abuso infantil relatadas na literatura médica (153). Alguns dos dados anteriormente citados, sugerem que pode haver um consenso mais geral do que o anteriormente contemplado entre as culturas sobre que práticas disciplinares são consideradas inaceitáveis e abusivas. A pesquisa é necessária, portanto, para explorar a fundo se é possível chegar-se a um consenso mais amplo em relação a disciplinas muito severas.

Negligência

Há também uma grande necessidade de mais estudo sobre o problema da negligência, em relação

às crianças. Devido ao fato, de a negligência estar muito associada à pouca educação e à baixa renda, é importante descobrir a melhor maneira de diferenciar a negligência dos pais de privação decorrente da pobreza.

Fatores de risco

Muitos fatores de risco parecem operar de maneira semelhante em todas as sociedades, embora haja alguns, exigindo mais pesquisas, que parecem depender da cultura. Embora pareça claro haver uma associação entre o risco de abuso e a idade da criança, os índices mais elevados de abuso físico ocorrem em idades diferentes nos diversos países. Este fenômeno requer uma investigação mais detalhada. Em particular, é necessária uma maior compreensão a respeito de como variam as expectativas parentais em relação ao comportamento das crianças entre as culturas, bem como, quando ocorre um abuso, qual o papel desempenhado pelas características da criança.

Outros fatores que têm sido sugeridos como fatores de risco ou fatores de proteção no abuso infantil - inclusive estresse, capital social, apoio social, disponibilidade de uma outra família para ajudar com os cuidados das crianças, violência doméstica e abuso de substâncias - também precisam de mais pesquisas.

É igualmente necessária uma melhor compreensão de como os fatores sociais, culturais e econômicos mais amplos influenciam a vida familiar. Acredita-se que essas forças interagem com os fatores individuais e familiares para produzir padrões de comportamento coercivos e violentos. A maior parte deles, entretanto, tem sido muito negligenciada em estudos sobre maus-tratos a crianças.

Documentação de respostas eficazes

Têm sido realizados relativamente poucos estudos acerca da eficácia de respostas para a prevenção do abuso infantil e da negligência. Há, portanto, uma necessidade urgente, tanto nos países industrializados quanto nos emergentes, de uma avaliação rigorosa de muitas das respostas preventivas acima descritas. Outras intervenções existentes também deveriam ser avaliadas no tocante ao seu potencial para a prevenção do abuso, por exemplo, os pagamentos para apoio às crianças,

licença paternidade e maternidade remuneradas e programas para a primeira infância. Por fim, novas abordagens deveriam ser desenvolvidas e testadas, especialmente aquelas voltadas para a prevenção básica.

Treinamento e educação aperfeiçoados para os profissionais

Os profissionais das áreas de saúde e educação têm uma responsabilidade especial. Os pesquisadores nos campos da medicina e saúde pública devem ter habilidades para elaborar e conduzir investigações de abuso. Currículos para alunos de medicina e enfermagem, programas de treinamento graduado em ciências sociais e comportamentais, programas de treinamento de professores deveriam todos incluir o tema abuso infantil e o desenvolvimento dentro das organizações de respostas para esse problema. Os profissionais que dirigem todos estes campos deveriam trabalhar ativamente para atrair recursos que possibilitem a implementação apropriada deste currículo.

Conclusão

O abuso infantil, é um problema sério de saúde mundial. Embora a maior parte dos estudos relativos ao assunto tenha sido conduzida em países desenvolvidos, há uma forte evidência de que o fenômeno é algo comum em todo o mundo.

Muito mais pode e deve ser feito em relação ao problema. Em muitos países, o reconhecimento do abuso infantil entre os profissionais da área pública ou da saúde é muito restrito. O reconhecimento e a conscientização, embora sejam elementos essenciais para uma prevenção eficaz, são apenas parte da solução. Os esforços e as políticas de prevenção devem voltar-se diretamente para as crianças, para as pessoas responsáveis pelas mesmas e para o meio ambiente em que vivem, a fim de evitar que ocorram abusos futuros e lidar de maneira eficaz com casos de abuso e negligência que tenham ocorrido. Nesse caso, são necessários esforços combinados e coordenados de uma série de setores, e os pesquisadores e especialistas da saúde pública podem desempenhar um papel extremamente importante no que toca à liderança e facilitação do

processo.

Referências

1. Ten Bessel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3-28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17-24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability, and deviance. In: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6-11.
4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67-77.
5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. Understanding child abuse and neglect. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75-88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. In: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119-135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a

- national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249-270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
 14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23-33.
 15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259-268.
 16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265-277.
 17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959-973.
 18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467-516.
 19. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517-543.
 20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543-1555.
 21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233-247.
 22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7-14.
 23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47-80.
 24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75-87.
 25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168-177.
 26. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169-179.
 27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
 28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal]. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557-1565.
 29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglie d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun [The problems of sexually abused children in Africa, or the imbroglie of a twin paradox: the example of Cameroon]. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109-121.
 30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279-290.
 31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667-675.
 32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275-1293.
 33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493-498.
 34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
 35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837-847.
 36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355-1364.
 37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129-139.
 38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489-498.

39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839-853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435-447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163-1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157-161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381-391.
44. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565-581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823-832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409-417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31-53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, NY, Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257-267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70: 688-692.
53. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troemé NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320-335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339-362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629-635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219-239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579-1589.
61. *Equality, development and peace*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.
62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380-384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647-653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077-1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823-832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621-626.
67. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323-332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463-465.
69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.

70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 1999;57-86.
71. Finkelhor D. A sourcebook on child sexual abuse. London, Sage, 1986.
72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54-69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33-41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481-1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177-1200.
76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150-157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047-1059.
78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil [Family relations and child abuse]*. Santiago, United Nations Children's Fund, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.
81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197-208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814-819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3-28.
84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12-18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. London, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907-920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218-226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79-90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262-1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019-1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311-346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509-1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child: research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. London, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. London, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549-557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365-1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and*

Adolescent Psychiatry, 1999, 8:107-116.

99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652-1658.

100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.

101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397-1404.

102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123-156.

103. Wattam C, Woodward C. "... And do I abuse my children? No!" Learning about prevention from people who have experienced child abuse. In: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 2. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.

104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 1. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.

105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65-78.

106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637-643.

107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting: recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9:1-223.

108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451-1458.

109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40-47.

110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271-283.

111. Kinney J et al. The homebuilder's model. In: Whittaker JK et al. Reaching high-risk families:

intensive family preservation in human services. Modern applications of social work. New York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31-64.

112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127-1149.

113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273-278.

114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159-169.

115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461-1470.

116. *Child maltreatment*. Washington, DC, American Medical Association, updated periodically (available on the Internet at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>).

117. American Academy of *Pediatrics*. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186-191.

118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63-69.

119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105-108.

120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Santé Publique*, 1998, 10:305-310.

121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548-553.

122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207-286.

123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23-45.

124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of

- children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481-491.
125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331-336.
 126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463-473.
 127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34-39.
 128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408-1423.
 129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218-228.
 130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468-473.
 131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156-175.
 132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122-132.
 133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745-758.
 134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. In: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193-216.
 135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356-380.
 136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295-306.
 137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089-3096.
 138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1-12.
 139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781-1787.
 140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? In: Gilbert N, ed. *Combatting child abuse: international perspectives and trends*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:192-211.
 141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172-3175.
 142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414-419.
 143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
 144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457-464.
 145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1431-1442.
 146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1307-1325.
 147. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975-987.
 148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091-1101.
 149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557-573.
 150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94-114.
 151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly.

British Medical Journal, 1997, 314:1685-1689.

152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manila,

International Clinical Epidemiology Network, 2000.

153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott

CAPÍTULO 4

Violência perpetrada por parceiros íntimos

Antecedentes

Uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a praticada por um marido ou um parceiro íntimo. A situação em relação aos homens é radicalmente diferente, pois geralmente o mais provável é que eles sejam atacados por um estranho ou mero conhecido do que por alguém que faça parte de seu círculo íntimo de amizades (1-5). O fato de as mulheres em geral estarem emocionalmente envolvidas com quem as vitimiza, e dependerem economicamente deles, tem grandes implicações tanto para a dinâmica do abuso quanto para as abordagens para se lidar com isso.

A violência perpetrada por parceiro íntimo ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural. E apesar de mulheres poderem ser violentas em seus relacionamentos com homens e, às vezes, também encontrarmos violência em relacionamentos com parceiros do mesmo sexo, a grande carga da violência de gênero [masculino/feminino] recai sobre as mulheres nas mãos dos homens (6, 7). Por esse motivo, este capítulo lidará com a questão da violência praticada por homens contra suas parceiras.

Há muito, as organizações de mulheres no mundo todo vêm chamando a atenção para a violência contra as mulheres, especialmente para a violência de gênero. Pelos esforços dessas organizações é que a violência contra as mulheres atualmente se tornou uma questão internacional. Inicialmente vista, em grande parte, como uma questão de direitos humanos, atualmente a violência de gênero é cada vez mais encarada como um importante problema de saúde pública.

A extensão do problema

Em uma relação íntima, a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Esse comportamento inclui:

- Atos de agressão física – tais como estapear, socar, chutar e surrar.
- Abuso psicológico – tais como intimidação, constante desvalorização e humilhação.
- Relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual.
- Vários comportamentos controladores – tais como isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência.

Quando o abuso ocorre repetidamente no mesmo relacionamento, o fenômeno é frequentemente chamado de "espancamento" [*battering*].

Em 48 pesquisas realizadas com populações do mundo todo, de 10% a 69% das mulheres relataram ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas (ver Tabela 4.1). O percentual de mulheres que foram agredidas por um parceiro nos 12 meses anteriores variou de 3% ou menos na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos, a 27% das mulheres que algum dia já tiveram um parceiro sexual em León na Nicarágua, 38% das mulheres que estão casadas na República da Coreia, e 52% das mulheres palestinas atualmente casadas na Cisjordânia e na Faixa de Gaza. Para muitas dessas mulheres, a agressão física não foi um evento isolado, mas sim parte de um padrão contínuo de comportamento abusivo.

As pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual (3, 8-10). Dentre 613 mulheres no Japão que alguma vez sofreram abuso, por exemplo, 57% sofreram todos os três tipos de abuso - físico, psicológico e sexual. Menos de 10% dessas mulheres vivenciaram apenas o abuso físico (8). Da mesma forma em Monterrey, México, 52% das mulheres agredidas fisicamente também sofreram abuso sexual praticado por seus parceiros (11). A Figura 4.1 ilustra graficamente a sobreposição dos tipos de abuso entre as mulheres que já tiveram algum parceiro em León, na Nicarágua (9).

A maioria das mulheres que são alvo da agressão física geralmente passam por múltiplos atos de agressão no decorrer do tempo. No estudo realizado em León, por exemplo, 60% das mulheres que sofreram abuso durante os anos anteriores, tinham sido agredidas mais de uma vez, e 20% já haviam sofrido violência grave mais de seis vezes. Dentre as mulheres que relataram agressão física, 70% relataram abuso grave (12). De acordo com uma pesquisa realizada em Londres na Inglaterra, o número médio de agressões físicas durante os anos anteriores, entre as mulheres que atualmente sofrem abuso, foi sete (13), enquanto nos Estados Unidos, em um estudo nacional realizado em 1996, esse número foi de três (5).

Em geral, diferentes tipos de abuso coexistem no mesmo relacionamento. Contudo, os estudos de predominância da violência doméstica são uma área nova de pesquisa e, de forma geral, ainda não há

TABELA 4.1

A. Casos físicos graves de violência contra mulheres por um parceiro íntimo: Estudos baseados em populações selecionadas, 1975-1999

País ou área	Ano da estudo	Cobertura	Amostragem			Prevalência mensal das por um parceiro íntimo nos últimos 12 meses	Prevalência de violência relacionada a qualquer vez
			Localidade	População estimada a	Idade (anos)		
África							
África do Sul	1995	Nacional	395	II	18-45	11	27
		Mpumalanga	419	II	18-45	12	28
		Nordeste	10 300	II	15-40	6	13
		Provincia do Norte	464	II	18-45	5	19
		Mediana Wereda	873	II	≥ 15	10.6	4.5
Etiópia	1995	Nacional	1 000	I	-	-	3.6
Índia	1993	Nacional	613	VI	≥ 15	42	176
Quênia	1994-1997	Nacional	465	I	≥ 18	-	-
Zimbábue	1995	Provincia central	465	I	≥ 18	-	-
América Latina e Caribe							
Argentina	1990	Nacional	97	I	29-45	-	300
Bolivia	1990	Nacional	264	I	20-45	-	30 e, e
Brasil	1995	Três distritos	287	I	≥ 20	176	-
Chile	1994	Provincia de Santiago	1 000	II	22-55	-	36711
Colômbia	1997	Santiago	310	II	15-45	23	-
Costa Rica	1995	Nacional	6 000	II	15-45	5	27
México	1995	Guadalajara	650	II	≥ 15	-	17
Paraguai	1995	Montevideo	1 004	II	≥ 15	-	17
Peru	1995	Nacional	500	II	15-40	25/206	52/257
Uruguai	1997	Nacional	375	II	15-45	33/28	90
Venezuela	1995	Nacional	6 507	II	15-45	1,286	28/211
Argentina	1995-1996	Nacional, exceto a região de Cuyo	5 940	II	15-45	-	10
Peru	1997	Metropolitano Lima (média e baixa renda)	359	II	17-55	31	-
Paraguai	1995-1996	Nacional	4 573	II	15-45	-	132
Uruguai	1995	Três regiões	547	II	22-55	106	-
Argentina do Norte	1995-1997	Nacional	4 501	I	18-64	-	176
Paraguai	1997	Nacional	12 500	I	≥ 18	30.3	280.6
Estados Unidos	1997-1998	Nacional	6 000	I	≥ 18	1,200	22.0
Ásia e Pacífico							
África Ocidental							
África Ocidental	1995	Nacional	6 500	I	-	3.4	8.6
África Ocidental	1992	Nacional (rural)	1 223	II	≥ 20	18	47
África Ocidental	1993	Três regiões rurais	10 349	II	15-40	-	42
África Ocidental	1995	Três regiões	1 374	II	-	-	16
África Ocidental	1997	Nacional	6 431	V	15-45	-	10
África Ocidental	1998	Nacional	1 690	II	15-45	-	16
África Oriental							
África Oriental	1992-1994	Nacional	859	II	15-25	-	27
África Oriental	1993-1994	Nacional	983	II	15-30	-	43
África Oriental	1995-1996	Nacional	6 603	IV	15-45	55	30
África Oriental	1994-1995	cinco distritos	80 000	II	15-45	111	16
África Oriental	1999	Seis estados	9 973	II	15-45	14	70/55
África Oriental	1992	Nacional, vilas rurais	625	II	-	-	57
África Oriental	1994	Nacional	295	II	-	-	56
África do Sul							
África do Sul	1995	Nacional	707	II	≥ 20	38/121	-
África do Sul	1996	Nacional	619	II	-	-	26
Europa							
Europa	1995	Nacional	111	II	20-45	-	18
Europa	1997	Nacional	1 000	II	15-44	5.7	5.34
Europa	1995	Nacional	989	I	20-60	-	2,711 cf
Europa	1993	Nacional	440	I	≥ 16	126	96
Europa	1994-1995	Nacional	1 500	II	20-60	66	216
Europa	1995	Nacional	590	I	15-75	-	886
Mediterrâneo							
Mediterrâneo	1994	Nacional	2 430	II	17-65	53/371	-
Mediterrâneo	1995-1996	Nacional	7 112	II	15-45	61	146
Mediterrâneo	1997	Nacional	1 355	II	19-60	37	-

Fonte: a) Avaliação de violência física e psicológica do parceiro.

b. População estimada: I = todas as mulheres; II = mulheres atualmente casadas/sem parceiros; III = mulheres que alguma vez foram casadas/sem parceiros; IV = homens casados que relataram fazer uso de violência contra a parceira; V = mulheres com gravidez recente; VI = mulheres casadas atualmente com resultado de gravidez recente.

c. Menor idade: três meses.

d. Grupo de amostragem inclui mulheres que nunca tiveram um relacionamento e, portanto, não sofreram violência de gênero.

e. Apesar da amostragem incluir todas as mulheres, o índice de abuso é limitado para mulheres que alguma vez foram casadas/sem parceiros (número não fornecido).

f. Avaliação física e psicológica.

g. Qualquer abuso físico/psicológico abusivo físico grave.

h. Índice de abuso de parceiros em que houve algum uso de violência/sem parceiros, resultado com base nos dados de amostra.

i. Última avaliação de amostragem não randomizada.

j. Inclui gravidez por outros parceiros.

k. O parceiro pode ser um membro da família ou um amigo próximo.

dados disponíveis sobre os diversos tipos de violência de gênero, exceto por abuso físico. Os números na Tabela 4.1, portanto, referem-se exclusivamente à agressão física. Mesmo assim, devido a diferenças metodológicas, os dados desses estudos bem elaborados não são passíveis de comparação direta. As estimativas relatadas de abuso são altamente sensíveis às definições particulares utilizadas, à forma como foram feitas as perguntas, ao grau de privacidade nas entrevistas e à natureza da população que está sendo estudada (14) (ver Quadro 4.1). Portanto, as diferenças entre os países - especialmente diferenças bem pequenas - poderiam estar refletindo variações metodológicas em vez das reais diferenças nas taxas de predominância.

Medindo a violência de gênero

Em pesquisas sobre a violência de gênero, normalmente se pergunta às mulheres se elas vivenciaram algum abuso, com base em uma lista de atos específicos de agressão, inclusive ser estapeada ou socada, chutada, surrada ou ser ameaçada com uma arma. A pesquisa mostrou que questões específicas de comportamento, tais como "Alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?" produzem maiores índices de resposta positiva do que as questões que perguntam se a mulher já foi "vítima de abuso" ou "estuprada" (17). Essas perguntas específicas acerca de comportamento permitem ainda que os pesquisadores meçam a gravidade relativa e a frequência do abuso sofrido. Os atos físicos que são mais graves do que estapear,

empurrar ou jogar um objeto em uma pessoa, normalmente, são definidos nos estudos como "violência grave", apesar de alguns observadores fazerem objeção a definir a gravidade somente conforme o ato (18).

Um enfoque voltado somente para os atos também pode ocultar a atmosfera de terror que às vezes permeia relacionamentos violentos. Por exemplo, em uma pesquisa nacional relativa a violência contra mulheres, realizada no Canadá, um terço das mulheres que haviam sido fisicamente agredidas por um parceiro disseram que, em algum ponto do relacionamento, temeram por suas vidas (19). Apesar de, por ela ser mais facilmente conceituada e mensurada, os estudos internacionais terem se concentrado na violência física, estudos qualitativos indicam que algumas mulheres consideram o abuso psicológico e a degradação ainda mais intoleráveis do que a violência física (1, 20, 21).

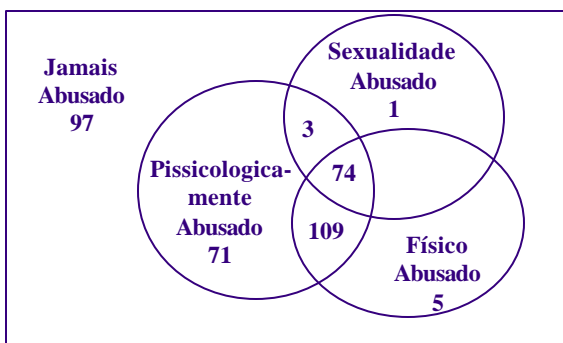
Violência de gênero e assassinato

Os dados provenientes de uma grande variedade de países indicam que a violência de gênero é responsável por um significativo número de mortes por assassinato entre as mulheres. Estudos realizados na África do Sul, na Austrália, no Canadá, nos Estados Unidos e em Israel mostram que, das mulheres vítimas de assassinato, de 40 a 70% foram mortas por seus maridos ou namorados, normalmente no contexto de um relacionamento de abusos constantes (22 - 25). Esse fato contrasta totalmente com a situação dos homens vítimas de assassinato. Nos Estados Unidos, por exemplo, apenas 4% dos homens assassinados entre 1976 e 1996 foram mortos por suas esposas, ex-esposas ou namoradas (26). Na Austrália, no período de 1989 a 1996, o percentual foi de 8,6% (27).

Em diferentes países, os fatores culturais e a disponibilidade de armas definem os perfis dos assassinos de parceiros íntimos. Nos Estados Unidos, os assassinatos de mulheres são cometidos mais com revólveres do que com todos os outros tipos de armas combinados (28). Na Índia, os revólveres são raros, mas são comuns as mortes por surras e por queimaduras. Um estratagema frequente é encharcar uma mulher com querosene e depois dizer que ela morreu em um "acidente na cozinha". As autoridades de saúde pública na Índia desconfiam que muitos assassinatos de mulheres são classificados nas estatísticas oficiais como "queimaduras acidentais". Um estudo realizado em meados da década de 1980 concluiu que entre as mulheres na faixa etária de 15 a

FIGURA 4.1

Sobreposição entre o abuso sexual, físico e psicológico vividos por mulheres em León, na Nicarágua (N = 360 mulheres que alguma vez tiveram parceiros)



Referência: 9

QUADRO 4.1**Tornando os dados sobre violência de gênero mais comparáveis.**

Diversos fatores afetam a qualidade e a comparabilidade dos dados sobre violência de gênero, inclusive:

- inconsistências na forma como se definem violência e abuso;
- variações nos critérios de seleção para os participantes do estudo;
- diferenças resultantes das fontes de dados;
- a disponibilidade dos entrevistados em falar aberta e honestamente sobre as experiências com violência.

Devido a esses fatores, a maioria dos números predominantes acerca da violência de gênero, extraídos de estudos diferentes, não pode ser comparada diretamente. Por exemplo, nem todos os estudos separam diferentes tipos de violência, portanto nem sempre é possível diferenciar os atos de violência física, sexual e psicológica. Alguns estudos analisam apenas atos violentos ocorridos nos últimos 12 meses ou 5 anos, enquanto outros medem as experiências de toda a vida.

Há também uma variação considerável nas populações de estudos utilizadas na pesquisa. Muitos estudos relativos a violência de gênero incluem todas as mulheres de uma determinada faixa etária, enquanto outros entrevistam apenas as mulheres que atualmente estão casadas ou que foram casadas. Tanto a idade quanto o estado civil estão associados ao risco de uma mulher ser vítima de abuso por parte do parceiro. Os critérios de seleção para os participantes podem, assim, afetar consideravelmente as estimativas sobre a predominância de abuso em uma população. As estimativas de predominância também podem variar segundo a fonte dos dados. Diversos estudos nacionais produziram estimativas sobre a predominância de violência de gênero – estimativas essas que geralmente estão abaixo daquelas obtidas em estudos menores e em profundidade acerca das experiências das mulheres com relação à violência. Os estudos menores e em profundidade tendem a se concentrar mais na interação entre os entrevistadores e os entrevistados. Esses estudos também tendem a cobrir o assunto muito mais detalhadamente do que a maioria das pesquisas nacionais.

As estimativas de predominância entre os dois tipos de estudos também podem variar devido a alguns fatores anteriormente mencionados, inclusive diferenças nas populações do estudo e nas definições de violência.

Melhorando o fornecimento das informações

Todos os estudos sobre assuntos delicados, como a violência, enfrentam o problema de como conseguir que as pessoas se abram sobre aspectos íntimos de suas vidas. Em parte, o sucesso vai depender da forma como as questões são preparadas e apresentadas, e de quão confortáveis os entrevistados se sentem durante a entrevista. Esse último aspecto depende de fatores como o sexo do entrevistador, a duração da entrevista, a presença ou não de outras pessoas e o quanto o entrevistado parece estar interessado e não estar fazendo juízo de valor.

Diversas estratégias podem melhorar o fornecimento de informações dentre elas:

- Durante uma entrevista, dar ao entrevistado várias oportunidades de poder revelar a violência.
- Utilizar perguntas específicas acerca de comportamentos, ao invés de perguntas subjetivas como “Você já sofreu abuso?”.
- Selecionar cuidadosamente os entrevistadores e treiná-los para que desenvolvam uma boa conversa com os entrevistados.
- Dar apoio aos entrevistados para ajudar a evitar a retaliação por parte de um parceiro ou um membro da família que comete abusos

Continuação:

Em todas as estratégias para melhorar a pesquisa sobre violência, a segurança dos entrevistados e dos entrevistadores deve ser sempre levada em consideração.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde publicou as diretrizes que lidam com questões éticas e de segurança na pesquisa sobre violência contra as mulheres (15). As diretrizes para definir e medir a violência de gênero e a agressão sexual estão sendo desenvolvidas para ajudar a melhorar a comparabilidade dos dados. Algumas dessas diretrizes já estão disponíveis (16) (ver também Recursos).

44 anos na grande Bombaim e em outras áreas urbanas do estado de Maharashtra, uma de cada cinco mortes era atribuída a "queimaduras acidentais". (29).

Noções tradicionais de honra masculina

Em muitos lugares, as noções de honra masculina e castidade feminina colocam as mulheres em risco (ver também o Capítulo 6). Por exemplo, em algumas partes do Mediterrâneo Oriental, a honra de um homem muitas vezes está ligada à "pureza" sexual das mulheres de sua família. Se uma mulher tem sua castidade "violada" – seja por estupro ou por envolver-se voluntariamente em relação sexo fora do casamento – ela é considerada uma desgraça para a honra da família. Em algumas sociedades, a única forma de limpar a honra da família é matar a "criminoso", seja ela uma mulher ou uma menina. Um estudo sobre mortes de mulheres por assassinato, realizado em Alexandria, no Egito, concluiu que 47% das mulheres foram assassinadas por um parente, depois de terem sido estupradas por alguém (30).

A dinâmica da violência de gênero

Pesquisas recentes em países industrializados indicam que as formas de violência de gênero que ocorrem não são as mesmas para todos os casais que vivenciam conflitos violentos. Parece haver pelo menos dois padrões (31, 32):

- Uma forma grave e crescente de violência, caracterizada por diversas formas de abuso, terror e ameaças, e um comportamento cada vez mais possessivo e controlador por parte de quem pratica o abuso.
- Uma forma mais moderada de violência no relacionamento, onde a frustração constante e a raiva ocasionalmente irrompem em agressão física.

Os pesquisadores acreditam que as pesquisas em comunidade são mais adequadas para detectar o

segundo padrão, ou seja, uma forma mais moderada de violência – também conhecida como "violência comum de casal" – do que o tipo grave de abuso nomeada como "espancamento" (*battering*). Isso pode ajudar a explicar porque as pesquisas sobre violência feitas em comunidades de países industrializados, normalmente, encontram evidências substanciais de agressão física praticada por mulheres, apesar de serem mulheres a grande maioria das vítimas que procuram os provedores de serviços (em abrigos, por exemplo), a polícia ou os tribunais. Apesar de nos países industrializados haver evidências de que as mulheres participam da violência comum de casal, há poucos indícios de que as mulheres sujeitem os homens ao mesmo tipo de violência grave e crescente freqüentemente vista em exemplos clínicos de mulheres vítimas de agressões constantes (32, 33).

Da mesma forma, a pesquisa indica que as consequências da violência de gênero são diferentes para homens e mulheres, bem como os motivos que levam as pessoas a praticá-la. Estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos mostraram que as mulheres têm muito mais probabilidade de serem machucadas durante as agressões por parceiros íntimos do que os homens, e que as mulheres sofrem formas mais graves de violência (5, 34 - 36). No Canadá, as vítimas femininas da violência de gênero estão três vezes mais sujeitas a lesões, cinco vezes mais sujeitas a receber assistência médica e cinco vezes mais sujeitas a temer por suas vidas do que as vítimas masculinas (36). Em situações em que ocorre a violência praticada por mulheres é mais provável que ela seja uma forma de autodefesa (32, 37, 38).

Em sociedades mais tradicionais, surrar a esposa é, em grande parte, considerado como uma consequência do direito do homem de infligir punições físicas à sua esposa - dado obtido a partir de estudos em países tão diversos como Bangladesh, Camboja, Índia, México, Nigéria, Papua Nova Guiné, Paquistão, República Unida da Tanzânia e Zimbábue

(39 - 47). As justificativas culturais para a violência geralmente decorrem de noções tradicionais dos papéis característicos dos homens e das mulheres. Em muitos cenários, as mulheres devem cuidar dos filhos e de seus lares, mostrar obediência a seu marido e também respeito. Se um homem achar que a mulher não cumpriu seu papel ou ultrapassou os limites – mesmo, por exemplo, ao pedir dinheiro para casa ou ao enfatizar as necessidades das crianças – então a violência pode ser a resposta dele. Como observa o autor do estudo no Paquistão, "Bater na esposa para castigá-la ou discipliná-la é encarado como sendo justificável em termos culturais e religiosos [...] Como os homens são vistos como os 'donos' de suas esposas, é necessário mostrar a elas quem manda para desestimular futuras transgressões".

Uma grande variedade de estudos, tanto em países industrializados quanto em países emergentes, produziram uma lista consistente de eventos que, dizem, disparam o gatilho da violência de gênero (39 - 44). Dentre esses eventos, podemos citar:

- não obedecer ao homem;
- retrucar;
- não estar com a comida preparada na hora;
- não cuidar de forma adequada das crianças ou da casa;
- questionar o homem sobre dinheiro ou namoradas;

- ir a algum lugar sem a permissão do homem;
- recusar sexo ao homem;
- o homem suspeitar da infidelidade da mulher.

Em muitos países emergentes, as mulheres em geral concordam com a idéia de que os homens têm direito a disciplinar suas esposas, até pela força se for necessário (ver Tabela 4.2). No Egito, mais de 80% das mulheres rurais são da opinião de que as surras são justificadas em determinadas circunstâncias (48). É significativo o fato de que uma das razões que as mulheres citam com maior frequência como causa para apanhar é a mulher negar sexo ao homem (48 - 51). Não é de surpreender que negar sexo seja uma das razões que as mulheres citam com maior frequência como um gatilho para surras (40, 52 - 54). Obviamente, isso traz implicações para a capacidade das mulheres de se protegerem contra gravidez indesejada e contra infecções sexualmente transmitidas.

As sociedades normalmente fazem a distinção entre motivos "justos" e "injustos" para o abuso, bem como entre níveis "aceitáveis" e "inaceitáveis" de violência. Desta forma, algumas pessoas – geralmente maridos ou membros mais velhos da família – têm o direito de punir uma mulher fisicamente, sem limites, por determinadas transgressões. Somente se o homem ultrapassar essas fronteiras – por exemplo, tornando-se muito violento ou espancando uma

TABELA 4.2

Porcentual de entrevistados que aprovaram o uso da violência física contra um cônjuge, por justificativa, em todas as localidades, 1995-1999

País ou cidade	Ano	Entrevistado	Justificativa para a violência física			
			Ela negligencia as crianças em casa	Ela nega sexo a ele	Ela suspeita que ele seja adúltero	Ela retruca ou desobedece
Brazil (Salvador, Bahia)	1999	M	—	—	19a	—
		F	—	—	11a	—
Chile (Santiago)	1999	M	—	—	12a	—
		F	—	—	14*	—
Cingapura	1996	M	—	5	33f	4
Cisjordânia e Faixa de Gaza	1996	Mh	—	28	71	39
Colômbia (Cali)	1999	M	—	—	14*	—
		F	—	—	14*	—
Egito	1996	Urbana F	40	57	—	39
		Rural F	81	81	—	72
El Salvador (San Salvador)	1999	M	—	—	9*	—
		F	—	—	9*	—
Gambia	1999	M	—	13	—	—
		F	—	33	—	—
Índia (Uttar Pradesh)	1996	M	—	—	—	10-50
Nicarágua	1999	Urbana F	15	5	32	—
		Rural F	25	10	33	—
Novos Zelândia	1995	M	1	1	36	4
Venezuela (Caracas)	1999	M	—	—	8*	—
		F	—	—	8*	—

Fonte: reproduzido de referência 6, com permissão do editor.

M = Masculino; F = Feminino; — indica que a pergunta não foi feita.

* "Uma mulher injusta merece ser espancada".

b. Além disso, 51% dos homens e 43% das mulheres concordaram que "um marido pode bater em sua esposa se ela utilizar pornografia familiar sem o conhecimento dele".

c. "Ele a pega na cama com outro homem".

d. "Ele não faz como é mandado".

e. Além disso, 11% das mulheres de áreas urbanas e 23% das mulheres de áreas rurais concordaram que "um marido pode bater em sua esposa se ela surtir e pedir ajuda dele".

f. "Ele tem um vício em beber com outro homem".

g. Além disso, 23% dos homens concordaram que "é justificável bater na mulher se ela não respeita os parentes do marido".

h. População palestina.

mulher sem uma causa aceitável – **os outros interferirão** (9, 43, 55, 56).

Essa noção de "motivo justo" é encontrada em muitos dos dados qualitativos sobre violência no mundo em desenvolvimento. Uma mulher indígena no México comentou, "Eu acho que se a mulher é culpada, o marido tem o direito de bater nela [...] Se eu tiver feito alguma coisa errada [...] ninguém deve me defender. Mas, se eu não tiver feito alguma coisa errada, eu tenho o direito de ser defendida" (43). No norte e no sul da Índia são encontrados sentimentos semelhantes entre grupos-alvo participantes. "Se for um grande erro", comentou uma mulher em Tâmil Nadu, "então o marido tem razão em bater na esposa dele. Por que não? Uma vaca não vai obedecer sem apANHAR" (47).

Mesmo quando a própria cultura garante ao homem um significativo controle sobre o comportamento feminino, os homens abusivos geralmente ultrapassam a norma (49, 57, 58). Estatísticas da Pesquisa Demográfica e de Saúde realizada na Nicarágua, por exemplo, mostram que entre as mulheres que sofreram abuso físico, 32% tinham maridos com alto "controle marital", em comparação a apenas 2% entre mulheres que não sofriam abuso físico. A escala incluía diversos comportamentos por parte do marido, inclusive acusações contínuas de que a mulher estaria sendo infiel e restringindo o acesso dela à família e aos amigos (49).

Como as mulheres reagem ao abuso?

Estudos qualitativos confirmaram que a maioria das mulheres que sofreram abusos não são vítimas passivas, mas, ao contrário, adotaram estratégias ativas para maximizar sua segurança e a segurança de seus filhos. Algumas mulheres residem, outras fogem, enquanto outras tentam manter a paz cedendo às demandas do marido (3, 59-61). O que ao observador externo pode parecer uma falta de resposta positiva por parte da mulher pode, na verdade, ser uma avaliação calculada do que é necessário para sobreviver no casamento e proteger a si mesma e aos filhos.

TABELA 4.3

Proporção de mulheres que sofreram abuso físico e que procuraram ajuda em diferentes fontes. Estudos baseados em populações selecionadas.

País ou área	Amostra (N)	Proporção de mulheres que sofreram abuso físico e que:			
		Nunca contou a ninguém (%)	Contou a outra pessoa com a polícia (%)	Contou a amigos (%)	Contou à família (%)
Áustria ^a	6.200	18	19	58	53
Bangladesh	0.368	68	—	—	30
Camboja	1.274	34	1	33	22
Canadá	12.300	22	26	45	44
Chile	1.000	30	16	14	32b/
Egito	7.121	47	—	3	44
Irlanda	679	—	20	50	37
Moldova	4.790	—	6	30	31
Nicarágua	8.507	37	17	28	34
Reino Unido	430	38	22	46	31

Fonte: reprodução da referência 6 com permissão do editor.

^a Mulheres que sofreram agressão física nos últimos 12 meses.

^b Refere-se à proporção de mulheres que contaram às suas famílias.

^c Refere-se à proporção de mulheres que contaram à família de seus parceiros.

Geralmente a resposta de uma mulher ao abuso é limitada pelas opções que lhe são disponíveis (60). Estudos qualitativos profundos sobre as mulheres nos Estados Unidos, na África, na América Latina, na Ásia e na Europa mostram que diversos fatores podem manter a mulher em relacionamentos econômicos, preocupação com as crianças, dependência emocional, falta de apoio da família e de amigos e uma esperança de que o homem vá mudar (9, 40, 42, 62, 63). Em países emergentes, as mulheres citam ainda a estigmatização associada ao fato de não ser casada como uma barreira adicional para abandonar o relacionamento abusivo (40, 56, 64). A negação e o medo de ser socilmente jogada ao ostracismo normalmente evitam que as mulheres busquem ajuda. Estudos mostraram que cerca de 20 a 70 % das mulheres que sofreram abuso nunca falaram com outra pessoa sobre o abuso até terem sido entrevistadas para o estudo (ver Tabela 4.3). Aquelas que buscam ajuda, buscam-na principalmente nos familiares e amigos, de preferência às instituições. Apenas uma pequena minoria procura a polícia.

Apesar dos obstáculos, muitas mulheres que sofreram abuso eventualmente largam seus parceiros violentos, às vezes só depois de muitos anos, de terem crescido os filhos. No estudo realizado em Leon, na Nicarágua, por exemplo, 70% das mulheres eventualmente largaram seus parceiros que cometiam abusos (65). O tempo médio que uma mulher gastava em uma relação violenta era de cerca de seis anos, apesar de ser mais provável que as

mulheres mais jovens abandonassem esse tipo de relacionamento mais cedo (9). Os estudos indicam que há um conjunto consistente de fatores que levam as mulheres a se separarem definitivamente de parceiros que cometem abuso. Normalmente, isso ocorre quando a violência se torna grave o bastante para despertar a consciência de que o parceiro não mudará, ou quando a situação começa a afetar visivelmente as crianças. As mulheres também mencionaram o apoio emocional e logístico da família ou dos amigos como sendo fundamental na decisão de terminar o relacionamento (61, 63, 66 - 68).

De acordo com a pesquisa, deixar um relacionamento abusivo é um processo e não um evento "definitivo". A maioria das mulheres deixa e retorna várias vezes ao relacionamento antes de finalmente decidir dar um fim à relação. O processo inclui períodos de negação, de culpar a si mesma e de sofrimento antes de a mulher chegar a reconhecer a realidade do abuso e identificar-se com outras mulheres em situações semelhantes. Neste ponto, ela começa a desvincular-se e recuperar-se do relacionamento de abuso (69). O reconhecimento da existência desse processo pode ajudar as pessoas a entenderem mais e julgarem menos as mulheres que voltam para situações de abuso.

Infelizmente, deixar um relacionamento de abuso, por si só, nem sempre garante a segurança. Às vezes, a violência pode continuar e pode até mesmo aumentar depois que uma mulher larga o seu parceiro (70). Na verdade, na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos, uma significativa parcela de homicídios de parceiros íntimos envolvendo mulheres ocorre mais ou menos quando a mulher está tentando deixar um parceiro que comete abuso (22, 27, 71, 72).

Quais os fatores de risco para a violência praticada por parceiros íntimos?

Só recentemente os pesquisadores começaram a buscar os fatores individuais e comunitários que podem afetar o índice de violência de gênero. Apesar de a violência contra mulheres existir na maioria dos lugares, há exemplos de sociedades pré-industriais onde a violência praticamente inexistia (73, 74). Essas sociedades servem de testemunho de que as relações sociais podem ser organizadas de forma a minimizar a

TABELA 4.4

Variações nas atitudes dos homens e nos rituais de uso de violência. Municípios selecionados de Uttar Pradesh, Índia, 1995 - 1996

Município	Amostra (N)	Proporção de homens que:			
		Admitem que forçaram a esposa a fazer sexo (%)	Concordam que a esposa deve apANHAR, caso os desobedeça (%)	Admitem que batem na esposa (%)	Bateam na esposa no ano passado (%)
Aligarh	323	31	15	29	17
Banda	765	17	50	45	33
Gonda	368	36	27	31	30
Kanpur	256	14	11	22	10
Nainital	277	21	13	18	11

Fonte: reproduzido da referência 6 com permissão do editor.

violência contra as mulheres.

Em muitos países, o predomínio da violência doméstica varia substancialmente entre áreas vizinhas. Essas diferenças locais, em geral, são maiores do que as diferenças entre fronteiras nacionais. Por exemplo, no estado de Uttar Pradesh, na Índia, o percentual de homens que admitem que batem em suas esposas variou de 18% no município de Nainital para 45% no município de Banda. A proporção de homens que forçava fisicamente suas esposas a fazerem sexo variou de 14% a 36% entre os municípios (ver Tabela 4.4). Essas variações levantam uma questão interessante e instigante: o que acontece com esses cenários, que pode ser responsável pelas grandes diferenças em relação à agressão física e sexual?

Recentemente, aumentou o interesse dos pesquisadores em explorar essas questões, embora a base de pesquisa atual não seja adequada para a tarefa. Nossa atual compreensão acerca dos fatores que afetam o predomínio da violência de gênero baseia-se, em grande parte, em estudos realizados na América do Norte, que podem não ser necessariamente relevantes para outros cenários. Há diversos estudos de população realizados em países emergentes, mas a utilidade desses estudos para investigar fatores de risco e de proteção é limitada, por seu projeto transversal e pelo limitado número de fatores de prognóstico que exploram. De forma geral, a base atual da pesquisa é direcionada muito mais à investigação de fatores individuais do que aos fatores comunitários ou sociais que podem afetar a probabilidade de abuso.

Na verdade, mesmo havendo um consenso emergente de que há uma interação de fatores pessoais, situacionais, sociais e culturais que se combinam para causar o abuso (55, 75), ainda é limitada a informação sobre quais são os fatores mais

Tabela 4.5
Teoria associada ao risco de um homem cometer agressão contra a parceira

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Idade pouco jovem Excesso de bebida Depressão Trajetórias de personalidade Baixa inteligência acadêmica Baixa renda O fato de ter testemunhado ou presenciado a violência quando criança	Conflito no casamento Injustiça de um casamento Comunicação na família Parentes abusivos Violência por parte	Fugas sangüíneas comunitárias em relação à violência doméstica Pobreza Baixa capital social	Normas masculistas de gênero Normas sociais que reduzem a violência

Fonte: reproduzido da referência, é uma permissão do editor.

importantes. A Tabela 4.5 resume os fatores que foram colocados como estando relacionados ao risco de perpetrar violência contra um parceiro íntimo. Contudo, essas informações devem ser vistas como incompletas e altamente experimentais. Vários fatores importantes podem estar faltando, porque nenhum estudo avaliou seu significado, enquanto outros fatores podem se mostrar simplesmente correlacionados à agressão praticada pelo parceiro, ao invés de verdadeiros fatores causais.

Fatores individuais

Black e outros reviram recentemente a literatura de ciência social produzida na América do Norte, que versa sobre os fatores de risco na agressão física a um parceiro íntimo (76). Eles analisaram apenas os estudos que consideraram metodologicamente consistentes e que utilizaram uma amostra comunitária representativa ou uma amostra clínica com um grupo de controle adequado. Diversos fatores demográficos, de histórico pessoal e de personalidade surgiram a partir dessa análise, freqüentemente vinculados à probabilidade de um homem agredir fisicamente uma parceira íntima. Dentre os fatores demográficos, pouca idade e baixa renda foram freqüentemente descritos como fatores vinculados à probabilidade de um homem cometer violência física contra uma parceira.

Alguns estudos revelaram uma relação entre a agressão física e as medidas combinadas de caráter socioeconômico e nível educacional, apesar de os dados não serem totalmente consistentes. O Estudo sobre Saúde e Desenvolvimento realizado em Dunedin, Nova Zelândia - um dos poucos estudos longitudinais, de coorte de nascimento para explorar a violência de gênero - concluiu que a pobreza familiar na infância e na adolescência, o baixo rendimento acadêmico e a delinquência agressiva na faixa etária de 15 anos dão um forte indício de abuso físico de parceiras, praticado por homens na idade de 21 anos (77). Esse estudo foi um dos poucos que avaliou se os mesmos fatores de risco dão um prognóstico de agressão a um(a) parceiro(a), tanto por parte dos

homens quanto das mulheres.

Histórico de violência na família

Entre os fatores de história pessoal, a violência na família de origem apareceu como um fator de risco particularmente importante para a agressão à parceira cometida pelos homens. Estudos realizados no Brasil, no Camboja, no Canadá, no Chile, na Colômbia, na Costa Rica, em El Salvador, na Indonésia, na Nicarágua, na Espanha, nos Estados Unidos e na Venezuela chegaram à conclusão de que os índices de abuso eram muito mais altos entre as mulheres cujos maridos ou apanharam quando criança ou viram suas mães apanhar (12, 57, 76, 78 - 81). Apesar de os homens que abusam fisicamente de suas esposas normalmente apresentarem um histórico de violência, nem todos os meninos que testemunham violência ou sofrem abuso tornam-se perpetradores de abusos quando crescem (82). Uma importante questão teórica neste caso é: o que diferencia os homens que, apesar das adversidades que enfrentaram na infância, conseguem criar relacionamentos saudáveis e não violentos, daqueles que se tornam perpetradores de abusos?

Uso do álcool pelos homens

Outro indicador de risco para a violência de gênero que aparece consistente em diferentes cenários é o uso de bebida alcoólica pelos homens (81, 83 - 85). Na metanálise supracitada, realizada por Black e outros, qualquer estudo que tenha analisado o uso de álcool ou o excesso de bebida como um fator de risco para violência de gênero descobriu uma significativa associação, com coeficientes de correlação que variam de $r = 0,21$ a $r = 0,57$. Pesquisas baseadas na população realizadas no Brasil, no Camboja, no Canadá, no Chile, na Colômbia, na Costa Rica, em El Salvador, na Índia, na Indonésia, na Nicarágua, na África do Sul, na Espanha e na Venezuela também encontraram uma relação entre o risco de uma mulher sofrer violência e os hábitos de beber de seu parceiro (9, 19, 79 - 81, 86, 87).

Contudo, há controvérsias sobre a natureza da

relação entre o uso de álcool e a violência, bem como se tal relação é realmente causal. Muitos pesquisadores acreditam que o álcool funciona como um fator situacional, aumentando a probabilidade de violência, ao reduzir as inibições, anuviar o julgamento e coibir a capacidade da pessoa de interpretar os sinais (88). O excesso de bebida também pode aumentar a violência de gênero ao estimular as brigas entre os casais. Outros argumentam que o vínculo entre a violência e o álcool depende da cultura e existe apenas em cenários onde a expectativa coletiva é de que a bebida causa ou justifica determinados comportamentos (89, 90). Na África do Sul, por exemplo, os homens falam de usar o álcool de forma premeditada, para ganhar a coragem necessária para bater em suas parceiras, como acham que é socialmente esperado deles (9).

Apesar das opiniões conflitantes acerca do papel causal desempenhado pelo abuso de álcool, a evidência é de que as mulheres que vivem com homens que bebem correm um risco muito maior de sofrer violência por parte de seus parceiros, e que os homens que bebem são muito mais violentos na hora da agressão (57). De acordo com a pesquisa sobre violência contra as mulheres, realizada no Canadá, por exemplo, a probabilidade das mulheres que viviam com parceiros que bebiam demais serem agredidas por eles era cinco vezes maior do que a probabilidade das mulheres que viviam com homens que não bebiam (19).

Distúrbios da personalidade

Diversos estudos tentaram identificar se determinados fatores ou distúrbios da personalidade estão consistentemente relacionados à violência de gênero. Estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos mostraram que há uma maior probabilidade de que os homens que agridem suas esposas sejam emocionalmente dependentes, inseguros e tenham baixa auto-estima e, assim, é mais provável que tenham dificuldades em controlar seus impulsos (33). Também é mais provável que, em relação a suas contrapartes não violentas, eles mostrem maior raiva e hostilidade, que sejam depressivos e obtenham alta pontuação em determinadas escalas de distúrbios da personalidade, inclusive distúrbios da personalidade anti-social, agressiva e de limites. Apesar de os índices de psicopatologia normalmente serem maiores entre os homens que abusam de suas esposas, nem todos os homens que praticam o abuso físico mostram esses tipos de distúrbio psicológico. A proporção de agressões praticadas por parceiro que têm algum

vínculo com uma psicopatologia parece ser relativamente baixa em cenários onde a violência de gênero é comum.

Fatores de relacionamento

Em um nível interpessoal, o fator mais consistente para o aparecimento da violência de gênero é o conflito ou a discórdia no relacionamento. Nos estudos analisados por Black e outros, o conflito marital tem uma relação de moderada a forte com a agressão à parceira, praticada pelos homens (76). Também se observou que esse conflito é indicativo da violência de gênero em um estudo de população entre homens e mulheres realizado na África do Sul (87) e em uma amostra representativa de homens casados em Bancoc, na Tailândia (92). No estudo realizado na Tailândia, o conflito marital verbal mostrou estar significativamente relacionado à agressão física da esposa, mesmo depois de controlar a situação socioeconômica, o nível de estresse do marido e outros aspectos relacionados ao casamento, tal como companheirismo e estabilidade (92).

Fatores comunitários

Uma situação socioeconômica elevada normalmente parece oferecer uma certa proteção contra o risco de violência física contra um parceiro íntimo, apesar de haver exceções (39). Estudos realizados em diversos cenários mostram que, mesmo que a violência física contra parceiros esteja presente em todos os grupos socioeconômicos, as mulheres que vivem em pobreza são muitíssimo mais afetadas (12, 19, 49, 78, 79, 81, 92 - 96).

Ainda não está claro por que a pobreza aumenta o risco de violência - se é por causa da baixa renda por si só ou devido a outros fatores que acompanham a pobreza, tal como superpopulação ou falta de esperança. Para alguns homens, viver na pobreza pode gerar estresse, frustração e uma sensação de inadequação por não ter conseguido cumprir seu papel de provedor, como é culturalmente esperado. A pobreza também pode ser fonte de material para brigas no casamento ou fazer com que seja mais difícil que as mulheres abandonem seus relacionamentos violentos ou, de alguma outra forma, insatisfatórios. Quaisquer que sejam os mecanismos exatos, é provável que a pobreza atue como um "marco" para diversas condições sociais que se combinam para aumentar o risco enfrentado pelas mulheres (55).

A maneira como uma comunidade responde à violência de gênero pode afetar todos os níveis de abuso naquela comunidade. Em um estudo

comparativo de 16 sociedades com altos ou baixos índices de violência de gênero, Counts, Brown e Campbell descobriram que as sociedades com os níveis mais baixos de violência de gênero eram as que tinham sanções comunitárias contra violência de gênero e aquelas onde as mulheres que sofreram abuso tinham acesso a um refúgio, na forma de abrigos ou de apoio da família (73). As sanções comunitárias, ou proibições, podem tomar a forma de sanções legais formais ou de pressão moral dos vizinhos para intervir se uma mulher estiver apanhando. Essa estrutura de "sanções e refúgios" sugere a hipótese de que a violência contra parceiro íntimo será maior em sociedades onde a posição da mulher está em um estado de transição. Nos cenários em que as mulheres ocupam uma posição muito baixa, a violência não é "necessária" para impor a autoridade masculina. Por outro lado, onde as mulheres desfrutam de uma posição elevada, provavelmente elas conseguiram coletivamente um poder suficiente para mudar os papéis tradicionais dos gêneros. Assim sendo, a violência de gênero normalmente é maior quando as mulheres começam a assumir papéis não tradicionais ou começam a ser parte da mão de obra.

Vários outros fatores comunitários têm sido sugeridos como prováveis fatores que afetam a incidência geral de violência de gênero, mas poucos deles foram testados empiricamente. Um estudo que está sendo realizado em vários países, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde em oito países (Bangladesh, Brasil, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Tailândia e República Unida da Tanzânia) está coletando dados sobre diversos fatores em nível de comunidade para analisar a possível relação com a violência de gênero. Esses fatores incluem:

- Índices de outro crime violento.
- Capital social (ver Capítulo 2).
- Normas sociais que tenham a ver com privacidade familiar.
- Normas comunitárias relativas à autoridade do homem sobre a mulher.

O estudo lançará uma luz sobre as contribuições relativas dos fatores individuais e comunitários para os índices de violência de gênero.

Fatores sociais

Estudos de pesquisa entre culturas trouxeram à tona diversos fatores sociais e culturais que podem dar origem a níveis mais elevados de violência. Levinson, por exemplo - explorando os fatores que freqüentemente diferenciam as sociedades onde o

espancamento da esposa é comum daquelas onde tal prática é rara ou inexistente -, usou a análise estatística de dados etnográficos codificados de 90 sociedades para analisar os padrões culturais do espancamento da esposa (74). A análise de Levinson indica que o espancamento da esposa ocorre com maior freqüência em sociedades onde os homens têm poder econômico e de decisão no lar, onde as mulheres não têm acesso fácil ao divórcio e onde os adultos normalmente recorrem à violência para resolver seus conflitos. Nesse estudo, o segundo maior indicador da freqüência de espancamento da esposa foi a inexistência de grupos de trabalho compostos totalmente por mulheres. Levinson desenvolve a hipótese de que a presença de grupos de trabalho femininos oferece proteção contra o espancamento de esposas, porque garantem às mulheres uma fonte estável de apoio social, assim como independência econômica de seus maridos e de suas famílias.

Diversos pesquisadores propuseram uma série de fatores adicionais que podem contribuir para índices mais elevados de violência de gênero. Por exemplo, tem-se argumentado que a violência de gênero é mais comum em lugares onde guerras ou outros tipos de conflitos ou rebeliões sociais estejam ocorrendo, ou ocorreram recentemente. Nos lugares onde a violência se tornou um lugar comum e as pessoas têm fácil acesso a armas, as relações sociais - inclusive os papéis dos homens e das mulheres - freqüentemente são rompidas. Durante esses períodos de rompimento econômico e social, as mulheres normalmente se tornam mais independentes e assumem maior responsabilidade econômica, enquanto os homens podem se tornar menos capazes de desempenhar seus papéis socialmente esperados de protetores e provedores. Esses fatores bem podem aumentar a violência de gênero, mas as evidências nesse sentido ainda são bastante empíricas.

Outros sugeriram que a desigualdade estrutural entre homens e mulheres, os rígidos papéis dos gêneros e as noções de virilidade ligadas ao domínio, à honra masculina e à agressão servem para aumentar o risco de violência de gênero (55). Mais uma vez, embora essas hipóteses pareçam razoáveis, elas ainda precisam ser comprovadas por sólidas evidências.

As consequências da violência praticada por parceiros íntimos

As consequências do abuso são profundas, indo além da saúde e da felicidade das pessoas, chegando até mesmo a afetar o bem-estar de comunidades inteiras. Viver em um relacionamento violento afeta o

TABELA 4.6

Consequências sobre a saúde, resultantes da violência praticada por parceiros íntimos
Físicas
Lesões abdominais/torácicas
Conusões e edemas
Síndromes de dor crônica
Lavandex
Hemorragia
Fraturas
Distúrbios gastrointestinais
Síndrome de intestino irritável
Lacerações e escoriações
Dano ocular
Funcionamento físico reduzido
Sexuais e reprodutivos
Distúrbios ginecológicos
Infertilidade
Doença inflamatória pélvica
Complicações na gravidez/aborto espontâneo
Distúrbio sexual
Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS
Aborto sem segurança
Gravidez indesejada
Psicológicas e comportamentais
Abuso de álcool e drogas
Depressão e ansiedade
Distúrbios de alimentação e sono
Sentimentos de vergonha e culpa
Fobias e síndrome do pânico
Inatividade física
Baixa auto-estima
Distúrbios de estresse pós-traumático
Distúrbios psicossomáticos
Tabagismo
Comportamento suicida e autoflagelo
Comportamento sexual inseguro

senso de auto-estima de uma mulher e sua capacidade de participar no mundo. Estudos mostraram que mulheres que sofreram abuso são rotineiramente restringidas em suas formas de ter acesso a informações e serviços, participar da vida pública e receber apoio emocional de amigos e parentes. Não é de surpreender que, freqüentemente, essas mulheres não consigam cuidar de si mesmas e de suas crianças, tampouco consigam procurar empregos e seguir carreiras.

Impacto na saúde

Um ramo crescente da pesquisa está mostrando que viver com um parceiro que comete abusos pode causar um profundo impacto na saúde de uma mulher. A violência tem sido vinculada a uma série de diferentes resultados em saúde, tanto imediatos quanto em longo prazo. A Tabela 4.6 se baseia na literatura científica para resumir as consequências que têm sido associadas à violência praticada por parceiros íntimos. Apesar da violência poder ter consequências diretas na saúde, tais como lesões, ser uma vítima da violência também aumenta o risco de uma mulher vir a ter uma saúde precária no futuro. Assim como as consequências do uso do tabaco e do álcool, ser uma vítima de violência pode ser

considerado como um fator de risco para diversas doenças e problemas de saúde.

Estudos mostram que as mulheres que sofreram abuso físico ou sexual na infância ou na fase adulta têm mais problemas de saúde do que as outras mulheres – em relação ao funcionamento físico, ao bem-estar psicológico e à adoção de futuros comportamentos de risco, inclusive fumar, inatividade física e abuso de álcool e drogas (85, 97 – 103). O fato de ter um histórico de ser alvo de violência coloca a mulher em risco crescente de:

- depressão;
- tentativas de suicídio;
- síndromes de dor crônica;
- distúrbios psicossomáticos;
- lesão física;
- distúrbios gastrointestinais;
- síndrome de intestino irritável;
- diversas consequências na saúde reprodutiva (ver adiante).

De forma geral, as conclusões resultantes da pesquisa atual sobre as consequências do abuso sobre a saúde são as seguintes:

- A influência do abuso pode durar muito tempo mesmo depois do abuso ter cessado (103, 104).
- Quanto mais grave o abuso, maior é o impacto sobre a saúde física e mental da mulher (98).

O impacto de diferentes tipos de abuso e múltiplos episódios de abuso parece ser cumulativo ao longo do tempo (85, 99, 100, 103, 105).

Saúde reprodutiva

As mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para se proteger contra gravidez indesejada ou doenças. A violência pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a infecções sexualmente transmitidas, inclusive infecção por HIV, através do sexo forçado, ou ainda indiretamente, ao interferir na possibilidade de uma mulher usar contraceptivos, inclusive preservativos (6, 106). Os estudos mostram de maneira consistente que a violência doméstica é mais comum em famílias com muitos filhos (5, 47, 49, 50, 78, 93, 107). Portanto, os pesquisadores acreditaram por muito tempo que o estresse de ter muitos filhos aumentava o risco de violência, porém dados recentes levantados na Nicarágua, na verdade, indicam que a relação pode ser oposta. Na Nicarágua, o surgimento da violência

é muito anterior ao fato de se ter muitos filhos (80% da violência começa nos quatro primeiros anos de casamento), sugerindo que a violência pode ser um fator de risco para se ter muitos filhos (9).

A violência também ocorre durante a gravidez, com consequências não só para a mulher, mas também para o desenvolvimento do feto. Estudos de população realizados no Canadá, Chile, Egito e na Nicarágua concluíram que de 6% a 15% das mulheres com parceiros constantes sofreram abuso físico ou sexual durante a gravidez, normalmente praticado por seus parceiros (9, 48, 49, 57, 78). Nos Estados Unidos, as estimativas acerca de abuso durante a gravidez variam de 3% a 11% entre mulheres adultas, e até 38% entre mães adolescentes de baixa renda (108 - 112).

A violência durante a gravidez tem sido associada a (6, 110, 113 - 117):

- aborto espontâneo;
- entrada tardia em cuidado pré-natal;
- natimortos;
- parto e nascimento prematuros;
- lesão fetal;
- baixo peso ao nascer, uma das principais causas de morte infantil nos países emergentes.

A violência praticada por parceiros íntimos é responsável por uma grande, porém não reconhecida, parcela da mortalidade materna. Um estudo recente realizado entre 400 vilas e sete hospitais em Pune, na Índia, revelou que 16% de todas as mortes durante a gravidez eram resultado da violência praticada pelo parceiro (118). O estudo mostrou ainda que cerca de 70% das mortes maternas naquela região em geral não eram registradas e que 41% das mortes registradas foram mal classificadas. O fato de ser morta por um parceiro também tem sido identificado como uma importante causa de mortes maternas em Bangladesh (119) e nos Estados Unidos (120, 121).

A violência de gênero também tem muito a ver com a crescente epidemia de AIDS. Em seis países da África, por exemplo, o medo do ostracismo e a conseqüente violência no lar foram um importante motivo para as mulheres grávidas se recusarem a fazer o teste de HIV, ou então não voltarem para pegar os resultados (122). Da mesma forma, em um estudo recente sobre a transmissão de HIV entre heterossexuais em Uganda rural, as mulheres que relataram terem sido forçadas a fazer sexo contra sua vontade nos anos anteriores tiveram um risco oito

vezes maior de se infectar com HIV (123).

Saúde física

Obviamente, a violência pode levar a lesões, que vão desde cortes e hematomas até invalidez permanente e morte. Estudos de população indicam que de 40% a 72% de todas as mulheres que sofreram abuso físico de um parceiro são feridas, em algum momento de sua vida (5, 9, 19, 62, 79, 124). No Canadá, 43% das mulheres feridas dessa forma receberam cuidados médicos e 50% delas precisou de licença no trabalho (19).

O ferimento, contudo, não é o resultado físico mais comum do abuso praticado pelo parceiro. Os mais comuns são os "distúrbios funcionais" - diversos distúrbios que freqüentemente não apresentam uma causa médica identificável, tais como síndrome de intestino irritável, fibromialgia, distúrbios gastrintestinais e diversas síndromes de dor crônica. Em geral, os estudos vinculam essas desordens a um histórico de abuso físico ou sexual (98, 125 - 127). As mulheres que sofreram abuso também têm um funcionamento físico reduzido, mais sintomas físicos e passam mais dias de cama do que as mulheres que não sofreram abuso (97, 98, 101, 124, 125, 128).

Saúde mental

As mulheres que são vítimas de abuso por parte de seus parceiros têm mais depressão, ansiedade e fobias do que as mulheres que não sofrem nenhum tipo de abuso, conforme estudos realizados na Austrália, nos Estados Unidos, na Nicarágua e no Paquistão (129 - 132). A pesquisa indica ainda que as mulheres que foram vítimas de abuso praticado por seus parceiros estão sob risco muito maior de suicídio e tentativas de suicídio (25, 49, 133 - 136).

Utilização dos serviços de saúde

Dado o impacto em longo prazo da violência sobre a saúde da mulher, as mulheres que sofreram abuso têm maior probabilidade de serem usuárias dos serviços de saúde por períodos maiores, aumentando assim os custos da assistência à saúde. Estudos realizados na Nicarágua, nos Estados Unidos e no Zimbábue mostram que as mulheres que sofreram agressão física ou sexual, seja na infância ou na fase adulta, usam os serviços de saúde com maior freqüência do que as que não sofreram abusos (98, 100, 137 - 140). Em média, as vítimas de abuso passam

por mais cirurgias, consultas médicas, internações em hospitais, idas a farmácias e consultas de saúde mental durante sua vida do que as que não são vítimas, mesmo depois de controlar os potenciais fatores de frustração.

Impacto econômico da violência

Além dos custos humanos, a violência representa uma imensa carga econômica para as sociedades em termos de produtividade perdida e aumento no uso de serviços sociais. Entre as mulheres pesquisadas em Nagpur, Índia, por exemplo, 13% precisaram largar um trabalho remunerado por causa de abuso, faltando uma média de sete dias úteis por incidente, e 11% não conseguiram desempenhar tarefas domésticas por causa de um incidente de violência (141).

Embora a violência de gênero não afete constantemente a probabilidade geral de uma mulher de conseguir um emprego, parece que ela influencia no salário da mulher e em sua capacidade de manter um emprego (139, 142, 143). Um estudo realizado em Chicago, IL, Estados Unidos, concluiu que mulheres com um histórico de violência de gênero tinham maior probabilidade de haver passado por períodos de desemprego, de ter tido grande rotatividade de empregos e de ter sofrido mais problemas físicos e mentais que poderiam afetar seu desempenho no trabalho. Elas também tinham menor renda pessoal e tinham muito mais possibilidade de receber assistência social do que as mulheres que não tinham um histórico de violência de gênero (143). Da mesma forma, em um estudo realizado em Manágua na Nicarágua, as mulheres que sofreram abuso ganhavam 46% a menos do que as mulheres sem histórico de abuso, mesmo depois de controlar outros fatores que poderiam afetar os rendimentos (139).

Impacto sobre as crianças

As crianças geralmente estão presentes durante alterações domésticas. Em um estudo realizado na Irlanda (62), 64% das mulheres que sofreram abuso disseram que seus filhos costumavam testemunhar a violência, e 50% das mulheres que sofreram abuso em Monterrey, no México relataram o mesmo (11).

As crianças que testemunham violência marital estão sob risco maior de diversos problemas emocionais e de comportamento, inclusive ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, baixa auto-estima, desobediência, pesadelos e reclamações de

saúde física (9, 144 - 146). Na verdade, estudos realizados na América do Norte indicam que as crianças que testemunham violência entre seus pais freqüentemente mostram muitos dos distúrbios comportamentais e psicológicos apresentados pelas crianças que são vítimas de abusos (145, 147).

Evidências recentes indicam que a violência também pode afetar, direta ou indiretamente, a mortalidade infantil (148, 149). Pesquisas realizadas em León, na Nicarágua, concluíram que, depois de controlar outros possíveis fatores de confusão, os filhos de mulheres que sofriam abuso físico e sexual praticado por um parceiro tinham seis vezes mais probabilidade de morrer antes de ter cinco anos do que os filhos de mulheres que não haviam sofrido abuso. O abuso praticado por parceiro era responsável por cerca de um terço das mortes entre crianças naquela região (149). Um outro estudo realizado nos Estados indianos de Tâmil Nadu e Uttar Pradesh concluiu que as mulheres que haviam apanhado tinham muito mais probabilidade do que as mulheres que não sofreram abuso de ter passado por uma perda de gravidez ou uma morte infantil (aborto provocado, aborto espontâneo e filho natimorto), mesmo depois de controlar indicadores bem estabelecidos de mortalidade infantil, tais como a idade da mulher, o nível de educação e o número de gravidezes anteriores que resultaram em um filho vivo (148).

O que pode ser feito para evitar a violência praticada por parceiros íntimos?

A maioria dos trabalhos realizados até hoje sobre violência de gênero têm sido liderados por organizações de mulheres, com ocasional financiamento e assistência dos governos. Nos lugares em que o governo se envolveu - como na Austrália, América Latina, América do Norte e em partes da Europa - geralmente o fez em resposta a demandas da sociedade civil por uma ação construtiva. A primeira onda de atividades, em geral, envolve elementos de reforma legal, treinamento da polícia e criação de serviços especializados para atendimento às vítimas. Vários países já aprovaram leis sobre violência doméstica, apesar de muitos funcionários ainda não estarem cientes das novas leis, ou não terem vontade de implementá-las. Aqueles que estão dentro do sistema (na polícia ou no sistema legal, por exemplo) freqüentemente

compartilham os mesmos preconceitos que predominam na sociedade como um todo. Repetidamente a experiência tem mostrado que, sem esforços sustentados para mudar a cultura e a prática institucionais, a maioria das reformas legais e políticas têm pouca valia.

Apesar de o ativismo no campo da violência contra mulheres já ter mais de 20 anos, pouquíssimas intervenções foram rigorosamente avaliadas. Na verdade, a recente revisão de programas para evitar a violência em família nos Estados Unidos, realizada pelo National Research Council [Conselho Nacional de Pesquisa] encontrou apenas 34 estudos que tentaram avaliar as intervenções relativas a abuso de gênero. Desses, 19 tinham como foco a aplicação da lei, refletindo a grande preferência entre os agentes do governo por usar o sistema da justiça criminal para lidar com a violência (150). A pesquisa sobre intervenções em países emergentes é ainda mais limitada. Existem apenas alguns poucos estudos que tentam fazer uma análise crítica das intervenções atuais. Dentre esses estudos, há uma revisão dos programas sobre violência contra mulheres em quatro Estados da Índia. Além disso, o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Mulheres analisou sete projetos em cinco regiões, financiados pelo Fundo Fiduciário de Apoio a Ações para Eliminação da Violência contra a Mulher, visando a disseminação das lições aprendidas com esses projetos (151).

Apoio às vítimas

Nos países desenvolvidos, os centros para mulheres em crise e abrigos para mulheres espancadas têm sido a base dos programas para vítimas de violência doméstica. Em 1995, havia aproximadamente 1800 programas desse tipo nos Estados Unidos, sendo que 1200 deles ofereciam abrigo de emergência além de apoio emocional, legal e material para as mulheres e para seus filhos (152). Normalmente, esses centros oferecem grupos de apoio e aconselhamento individual, capacitação, programas para as crianças, assistência para lidar com serviços sociais e assuntos legais, bem como indicações para tratamento de abuso de droga e álcool. A maioria dos abrigos e centros de apoio a crises na Europa e nos Estados Unidos foram criados originalmente por mulheres ativistas, apesar de atualmente muitos deles serem dirigidos por profissionais e receberem financiamento

do governo.

Desde o início da década de 1980, os abrigos para mulheres e os centros de apoio a crises também se espalharam em muitos países emergentes. A maioria dos países tem pelo menos algumas organizações não governamentais que oferecem serviços especializados para as vítimas de abuso e fazem campanha em nome delas. Alguns países têm centenas de organizações assim. Contudo, a manutenção do abrigo é cara e muitos países emergentes têm evitado esse modelo, preferindo criar linhas diretas ou centros de apoio a crises não residenciais que oferecem alguns dos serviços oferecidos pelos residenciais.

Quando não é possível recorrer a um abrigo formal, as mulheres têm encontrado outras formas de lidar com as emergências ligadas ao abuso doméstico. Uma estratégia é criar uma rede informal de "lares seguros", onde a mulher que está com problemas pode buscar abrigo temporário em casas na vizinhança. Algumas comunidades determinaram alguns lugares sagrados - um templo ou uma igreja, por exemplo - como abrigos onde as mulheres podem ficar com seus filhos durante a noite para fugir de parceiros alcoolizados ou violentos.

Medidas legais e reformas jurídicas

Criminalizar o abuso

As décadas de 1980 e 1990 viram uma onda de reformas legais relativas ao abuso físico e sexual praticado por um parceiro íntimo (153, 154). Nos últimos 10 anos, por exemplo, 24 países da América Latina e do Caribe aprovaram legislação específica sobre violência doméstica (154). As reformas mais comuns envolvem a criminalização do abuso físico, sexual e psicológico praticado por parceiros íntimos, tanto por meio de novas leis sobre violência doméstica quanto por emendas aos códigos penais.

A mensagem subjacente a tal legislação é que a violência de gênero é um crime e não será tolerada na sociedade. Trazer essa mensagem à tona também é uma forma de acabar com a idéia de que a violência é um assunto particular, da família. Além de introduzir novas leis ou expandir as leis existentes, alguns países emergentes têm experimentado introduzir tribunais especiais de violência doméstica, treinar a polícia, os agentes dos tribunais e a defensoria, bem como oferecer assessores especiais para ajudarem a mulher a lidar com o sistema judiciário criminal. Apesar de

até agora haver poucas avaliações rigorosas dessas medidas, a recente revisão das intervenções em violência familiar, feita pela United States National Academy of Sciences [Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos] concluiu: "As evidências empíricas indicam que as unidades especializadas e as grandes reformas nos departamentos de polícia, nas procuradorias e nos tribunais especializados melhoraram a experiência de crianças e mulheres vítimas de abuso" (150).

Há experimentos semelhantes sendo realizados em vários outros lugares. Na Índia, por exemplo, os governos estaduais criaram postos de assistência legal, tribunais de família, *lok adalat* (tribunais populares) e *mahilla lok adalat* (tribunais de mulheres). Uma avaliação recente observa que esses órgãos são basicamente mecanismos de conciliação, que contam exclusivamente com a mediação e o aconselhamento para promover a reconciliação da família. Contudo, há indícios de que, mesmo como mecanismos de conciliação, essas instituições são menos do que satisfatórias, e que os mediadores tendem a colocar o bem-estar das mulheres abaixo do interesse do Estado em manter as famílias unidas (155).

Leis e políticas referentes à detenção

Depois dos serviços de apoio às vítimas, a próxima forma de intervenção contra violência doméstica normalmente são os esforços para reformar a prática policial. No começo, a ênfase era sobre o treinamento da polícia, mas quando sozinho o treinamento mostrou-se bastante ineficiente para mudar o comportamento da polícia, os esforços passaram a ser direcionados à busca de leis que exijam a detenção obrigatória em casos de violência doméstica e políticas que obriguem os agentes da polícia a adotarem uma postura mais ativa.

O apoio para a detenção como uma forma de reduzir a violência doméstica foi impulsionado em 1984 por um experimento em Minneapolis, MN, Estados Unidos, que indicou que a detenção diminuiu pela metade o risco de novas agressões em um período de seis meses, em comparação às estratégias de separar os casais ou aconselhá-los a procurar ajuda (156). Esses resultados foram amplamente divulgados e levaram a uma drástica mudança nas políticas da polícia em relação à violência doméstica em todo o território dos Estados Unidos.

Os esforços para reproduzir os resultados de Minneapolis em outras cinco áreas dos Estados Unidos, contudo, não conseguiram confirmar o valor de inibição da detenção. Esses novos estudos descobriram que, em média, a detenção não tinha maiores efeitos na redução da violência do que outras respostas da polícia, como reprimendas e citações, aconselhamento para os casais ou separação dos casais (157, 158). Uma análise detalhada desses estudos também produziu algumas conclusões interessantes. Quando o perpetrador da violência era casado, tinha emprego ou ambos, a detenção reduzia a repetição da agressão, mas para os homens desempregados ou que não tinham compromisso com a parceira, na verdade a detenção levou a um aumento do abuso em algumas cidades. O impacto da detenção também variou conforme a comunidade. Os homens que moravam em comunidades com pouco desemprego foram reprimidos devido à detenção, independentemente de sua situação pessoal de emprego; os suspeitos que moram em áreas com altos índices de desemprego, contudo, ficaram mais violentos depois de serem detidos do que ficavam depois de simplesmente receber uma reprimenda (159). Essas conclusões levaram a questionar a validade das leis de detenção obrigatória em áreas de pobreza concentrada (160).

Sanções alternativas

Como alternativa à detenção, algumas comunidades estão fazendo experiências com outros métodos de reprimir o comportamento violento. Uma abordagem da lei civil é emitir medidas cautelares que proíbam um homem de entrar em contato ou cometer abuso contra sua parceira, emitir mandados judiciais para que ele saia de casa, ordenar a ele que pague pensão, ou exigir que ele busque aconselhamento ou tratamento para abuso de substância.

Os pesquisadores descobriram que apesar de as vítimas geralmente acharem que as ordens de proteção são úteis, a prova de sua eficiência na redução da violência é mista (161, 162). Em um estudo realizado nas cidades de Denver e Boulder, CO, Estados Unidos, Harrel e Smith (163) chegaram à conclusão de que as ordens de proteção eram eficientes, pelo menos por um ano, para evitar a recorrência de violência doméstica, em comparação a situações similares onde não havia ordem de

proteção. Contudo, os estudos têm mostrado que são raras as detenções por violação de uma ordem de proteção, o que tende a acabar com a efetividade delas na prevenção contra a violência (164). Outra pesquisa mostra que as ordens de proteção podem melhorar a auto-estima de uma mulher, mas têm pouco efeito sobre homens com sérios antecedentes criminais (165, 166).

Em outros lugares, a comunidade tem explorado técnicas como execração pública, piquetes em frente à casa ou ao trabalho de quem cometeu o abuso, ou solicitar serviços comunitários como punição por comportamento abusivo. Ativistas na Índia frequentemente fazem o dharna, uma forma de execração pública e protesto, em frente às casas ou ao local de trabalho dos homens que praticam abuso (155).

Delegacias de polícia de mulheres

Alguns países têm experimentado as delegacias de polícia de mulheres, uma inovação que começou no Brasil e agora se espalhou por toda a América Latina e partes da Ásia (167, 168). Apesar de ser teoricamente recomendável, as avaliações mostram que, até o momento, essa iniciativa tem passado por muitos problemas (155, 168 - 172). Mesmo que a presença de uma delegacia de polícia com todo o quadro de pessoal composto por mulheres aumente a busca por ajuda por parte das mulheres que sofreram abuso, frequentemente os serviços que são necessários a essas mulheres, como assistência jurídica e aconselhamento, não estão disponíveis na delegacia. Além disso, a premissa de que as agentes de polícia serão mais solidárias com as vítimas nem sempre se mostra verdadeira e, em alguns lugares, a criação de postos policiais especiais para crimes contra as mulheres fez com que ficasse mais fácil para as outras delegacias desconsiderarem as queixas feitas por mulheres. Uma análise das delegacias de mulheres na Índia observa que "as mulheres vítimas são forçadas a viajar grandes distâncias para registrar suas queixas em delegacias de mulheres e não têm assegurada a rapidez da proteção da polícia da vizinhança". Para tornar-se viável, a estratégia deve ser acompanhada por um treinamento para sensibilizar os agentes de polícia, incentivos para estimular esse tipo de trabalho e o fornecimento de uma maior variedade de serviços (155, 168, 170).

Tratamento para os perpetradores de abuso

Os programas de tratamento para os perpetradores de violência de gênero são uma inovação que tem estado se espalhando dos Estados Unidos para a Austrália, Canadá, Europa e diversos países emergentes (173- 175). A maioria dos programas utiliza um formato de grupo para discutir os papéis dos gêneros e ensinar algumas habilidades, inclusive como lidar com estresse e raiva, assumir a responsabilidade pelas ações de alguém e mostrar sentimentos pelas pessoas.

Nos últimos anos, houve diferentes esforços para avaliar esses trabalhos, apesar de eles terem sido impedidos por dificuldades metodológicas, que continuam a criar problemas para a interpretação dos resultados. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos indica que a maioria dos homens (53% a 85%) que terminam os programas de tratamento continuam fisicamente não violentos por até dois anos, com taxas mais baixas para períodos subsequentes mais longos (176, 177). Esses índices de sucesso, contudo, devem ser vistos sob a ótica do alto índice de abandono que há nesses programas; de forma geral, de um terço à metade de todos os homens que entram nesses programas não o terminam (176) e muitos dos que são encaminhados aos programas nunca se matricularam formalmente (178). Uma avaliação feita pelo Programa de Prevenção contra a Violência, do Reino Unido, por exemplo, mostrou que 65% dos homens não apareceram na primeira sessão, 33% compareceram a menos do que seis sessões, e apenas 33% prosseguiram até o segundo estágio (179).

Uma avaliação recente dos programas em quatro cidades dos Estados Unidos concluiu que a maioria das mulheres vítimas de abuso se sentiram "melhores" e "mais seguras" depois que seus parceiros começaram a fazer o tratamento (177). Contudo, esse estudo descobriu que, depois de 30 meses, quase metade dos homens tinha usado da violência uma vez, e 23% dos homens haviam sido repetidamente violentos e continuavam a infligir sérias lesões, enquanto que 21% dos homens não praticavam abuso físico nem verbal. Um total de 60% dos casais havia se separado e 24% não tinham mais contato.

De acordo com uma recente análise internacional realizada por pesquisadores na Universidade de North London, Inglaterra (179), as avaliações no geral

indicam que os programas de tratamento funcionam melhor se:

- forem de longa e não de curta duração;
- mudarem as atitudes dos homens o suficiente para que discutam seu comportamento;
- trabalharem em conjunto com um sistema de justiça criminal que aja estritamente quando há quebras das condições do programa.

Em Pittsburgh, PA, Estados Unidos, por exemplo, a taxa de não comparecimento caiu de 36% para 6% de 1994 a 1997, quando o sistema judiciário começou a emitir mandados de prisão para quem não comparecesse à sessão de entrevista inicial do programa (179).

Intervenções dos serviços de saúde

Nos últimos anos, a atenção tem-se voltado para a reforma da resposta às vítimas de abuso dos provedores de assistência à saúde. A maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum estágio de sua vida – por exemplo, quando buscam por contraceptivos, têm filhos ou buscam assistência para seus filhos. Isso coloca o cenário de assistência à saúde em um lugar de destaque, onde as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber apoio e, se necessário, ser encaminhadas a serviços especializados. Infelizmente, os estudos mostram que na maioria dos países, os médicos e enfermeiros raramente buscam saber das mulheres se elas sofreram abuso, se estão sofrendo abuso, ou buscam por sinais evidentes de violência (180 - 186).

As intervenções existentes têm enfatizado a sensibilização dos provedores de assistência à saúde, estimulando exames de rotina para abuso e preparando protocolos para a forma adequada de lidar com o abuso. Um número cada vez maior de países – inclusive a África do Sul, o Brasil, as Filipinas, a Irlanda, a Malásia, o México e a Nicarágua – deram início a projetos piloto em treinamento de trabalhadores de saúde para identificar e responder ao abuso (187 - 189). Diversos países da América Latina também incorporaram diretrizes sobre violência doméstica às suas políticas do setor de saúde. (190).

Pesquisas indicam que mudanças de processo na assistência ao paciente – tal como um lembrete para o provedor na carteira do paciente ou incorporar questões sobre abuso aos formulários de admissão – têm maior efeito sobre o comportamento dos

provedores de assistência à saúde (191, 192).

Também é importante confrontar crenças e atitudes que estão bastante enraizadas. Na África do Sul, o projeto Agisanang Domestic Abuse Prevention and Training e seu parceiro, a Health Systems Development Unit of the *University of Witwatersrand* [Unidade de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde da Universidade de Witwatersrand], têm desenvolvido um curso para enfermeiros sobre saúde reprodutiva e gênero, contendo um forte componente relativo à violência doméstica. Nesses cursos, ditos populares, canções de casamento e peças são usadas em um exercício para dissecar noções comuns sobre violência e os papéis que se espera dos homens e das mulheres. Depois do exercício, há uma discussão sobre a responsabilidade dos enfermeiros como profissionais de saúde. Uma análise de uma pesquisa realizada depois de um desses cursos descobriu que os participantes não mais acreditavam ser justificável bater em uma mulher e a maioria reconhecia que uma mulher poderia ter sido estuprada por seu marido.

Em geral, uma busca contínua por abuso – perguntando aos pacientes sobre seu possível histórico de violência praticada por parceiro íntimo – é considerada como uma boa prática neste campo. Contudo, mesmo os estudos mostrando repetidamente que as mulheres aceitam bem serem questionadas sobre a violência, de uma forma isenta de julgamentos (181, 182, 193), poucas avaliações sistemáticas foram realizadas para verificar se a pesquisa sobre abuso pode aumentar a segurança das mulheres ou seu comportamento de busca por saúde e, se o fizer, sob quais condições o faz (194).

Esforços baseados nas comunidades

Trabalho de superação

O trabalho de superação tem sido uma importante peça na resposta à violência de gênero por parte de organizações não governamentais. As pessoas que trabalham com superação – que normalmente são duplas de educadores – visitam as vítimas de violência em seus lares e suas comunidades. As organizações não governamentais normalmente recrutam e treinam trabalhadores que são antigos clientes e, portanto, já foram vítimas de violência.

Tanto os projetos governamentais quanto os não governamentais são conhecidos por empregar "defensores" – pessoas que dão informação e assistência às mulheres que sofreram abuso,

especialmente ajudando a negociar os pormenores do sistema legal e do bem-estar da família e outros benefícios. Essas pessoas têm como foco os direitos das vítimas de violência e desempenham seu trabalho em instituições diversas como delegacias, procuradorias e hospitais.

Diversos planos de superação foram avaliados. O projeto Domestic Violence Matters [Questões de Violência Doméstica] em Islington, Londres, Inglaterra, colocou defensores civis em delegacias locais, com a tarefa de entrar em contato com todas as vítimas de violência de gênero no prazo de 24 horas depois de elas entrarem em contato com a polícia. Outra iniciativa em Londres, o projeto Domestic Violence Intervention [Intervenção em Violência Doméstica] em Hammersmith e Fulham, associou um programa educacional para homens violentos às devidas intervenções para suas parceiras. Uma recente análise desses programas descobriu que o projeto de Islington reduziu o número de repetições de chamadas para a polícia e, por inferência, reduziu a recorrência de violência doméstica. Ao mesmo tempo, o projeto aumentou a utilização de novos serviços pelas mulheres, inclusive de abrigos, assessoria legal e grupos de apoio. O segundo projeto conseguiu alcançar maiores quantidades de mulheres pertencentes a grupos de minoria étnica e mulheres profissionais do que outros serviços para vítimas de violência doméstica (195).

Intervenções comunitárias coordenadas

A coordenação de conselhos ou fóruns interagências é uma forma cada vez mais popular de monitorar e aprimorar, em nível comunitário, as respostas à violência praticada por parceiros íntimos (166). O objetivo é:

- trocar informações;
- identificar e lidar com problemas na prestação de serviços;
- promover a boa prática através de treinamento e elaboração de diretrizes;
- rastrear casos e realizar auditorias institucionais para avaliar a prática de diversas agências;
- promover a conscientização comunitária e o trabalho de prevenção.

Adaptado dos programas-piloto originais na Califórnia, em Massachusetts e em Minnesota nos

Estados Unidos, esse tipo de intervenção espalhou-se pelo resto dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e partes da América Latina.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS - Pan American Health Organization [PAHO]), por exemplo, criou projetos-piloto em 16 países latino-americanos para testar essa abordagem tanto no cenário urbano quanto no rural. Em cenários rurais, os conselhos de coordenação incluem pessoas como o padre local, o prefeito, promotores de saúde comunitária, magistrados e representantes de grupos de mulheres. O projeto da OPAS começou com um estudo qualitativo, conhecido como *La Ruta Crítica*, para verificar o que acontece com as mulheres nas comunidades rurais quando elas buscam por ajuda. Os resultados estão resumidos no Quadro 4.2.

Raramente esses tipos de intervenções comunitárias foram avaliados. Um estudo descobriu um aumento estatístico significativo na proporção de chamadas para a polícia que resultaram em detenções, assim como na proporção de detenções que resultaram em processos, depois da implementação de um projeto de intervenção comunitária (196). O estudo revelou ainda um significativo aumento na proporção de homens que foram enviados a aconselhamentos obrigatórios em cada comunidade, apesar de ainda não estar claro qual o impacto, se é que há algum, que essas ações tiveram sobre os índices de abuso.

As avaliações qualitativas observaram que muitas dessas intervenções têm como foco principalmente a coordenação entre os refúgios e o sistema de justiça criminal, às custas de um maior envolvimento das comunidades religiosas, das escolas, do sistema de saúde ou de outras agências de serviço social. Uma análise recente de fóruns interagências no Reino Unido concluiu que, ao mesmo tempo em que os conselhos coordenadores podem melhorar a qualidade dos serviços prestados às mulheres e às crianças, o trabalho realizado entre as agências pode funcionar como uma cortina de fumaça, escondendo o fato de que pouca coisa realmente muda. A análise sugeriu que as organizações deveriam identificar critérios firmes para a auto-avaliação, que abrangessem a satisfação do usuário e as verdadeiras mudanças nas políticas e nas práticas (197).

Campanhas de prevenção

Há tempos que, na tentativa de aumentar a

QUADRO 4.2**Promovendo a não violência: alguns exemplos de programas de prevenção primária**

A seguir, temos alguns dos muitos exemplos de programas inovadores de prevenção contra a violência entre parceiros íntimos que foram realizados no mundo todo.

Em Calabar, na Nigéria, a Girl's Power Initiative é direcionada a jovens. As meninas se encontram semanalmente há três anos para discutir, de forma aberta, diversas questões relacionadas à sexualidade, à saúde e aos direitos das mulheres, relacionamentos e violência doméstica. Tópicos específicos do programa, elaborado para criar auto-estima e ensinar autoproteção, incluíram atitudes sociais que colocam as mulheres em risco de estupro e fizeram a distinção entre amor e paixão.

O Education Wife Assault em Toronto, no Canadá, trabalha com mulheres imigrantes e refugiadas, ajudando-as a desenvolver campanhas de prevenção contra a violência que sejam culturalmente adequadas para sua comunidade. Para tanto, o projeto promove "oficinas especiais de habilidades específicas". Ao mesmo tempo, o projeto oferece ainda apoio emocional às organizadoras, para ajudá-las a superar a discriminação normalmente dirigida às mulheres que fazem campanhas contra a violência doméstica, uma vez que essas mulheres são vistas como uma ameaça à coesão da comunidade.

No México, a organização não governamental Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población preparou uma oficina de trabalho para adolescentes, visando a ajudar a evitar a violência nos namoros e em relacionamentos entre amigos. Denominado de "Faces and Masks of Violence" ["Fases e Máscaras da Violência"], o projeto utiliza técnicas participativas para ajudar os jovens a explorarem as expectativas e os sentimentos em relação a amor, desejo e sexo, e a entenderem como os papéis tradicionais dos gêneros podem inibir o comportamento, tanto nos homens quanto nas mulheres.

Em Trinidad e Tobago, a organização não governamental SERVOL (Services Volunteered for All [Serviços Voluntários para Todos]) realiza oficinas de trabalho para adolescentes, com duração de 14 semanas, com o intuito de ajudá-los a desenvolverem relacionamentos saudáveis e a aprenderem a ser pais. O projeto ajuda esses jovens a compreenderem como sua própria maneira de serem pais contribui para formar o que eles são e ensina a eles como não repetir os erros que seus pais e outros parentes possam ter cometido ao criarem suas famílias. Conseqüentemente, os alunos descobrem como reconhecer e lidar com suas emoções e se tornam mais sensíveis em relação a como os traumas físicos e psicológicos no começo da vida podem levar a um comportamento destrutivo mais tarde.

conscientização sobre violência de gênero e mudar o comportamento, as organizações de mulheres utilizam campanhas de divulgação, mídia em pequena escala e outros eventos. Há evidências de que tais campanhas atingem um grande número de pessoas, apesar de apenas algumas poucas campanhas terem sido avaliadas em relação à sua eficiência em mudar as atitudes ou os comportamentos. Na década de 1990, por exemplo, uma rede de grupos de mulheres na Nicarágua montou uma campanha anual de mídia de massa para conscientização acerca do impacto da violência sobre as mulheres (198). Usando slogans como "Quiero vivir sin violencia" (Quero viver sem violência), as campanhas mobilizaram as comunidades contra o abuso. De forma semelhante, o Fundo das Nações Unidas para Desenvolvimento da Mulher, junto com várias outras agências das Nações Unidas,

tem patrocinado diversas campanhas regionais contra violência de gênero, usando o slogan: "Uma vida sem violência: é nosso direito" (199). Um projeto que tem sido avaliado é o projeto de multimídia em saúde, conhecido como Soul City, na África do Sul - um projeto que combina séries de televisão e rádio com outras atividades educativas. Um componente é dedicado especificamente à violência doméstica (ver Quadro 9.1 do Capítulo 9). A avaliação revelou um maior conhecimento e maior conscientização em relação à violência doméstica, mudança nas atitudes e nas normas, e uma grande vontade por parte do público do projeto em agir adequadamente.

Programas escolares

Apesar do crescente número de iniciativas direcionadas a jovens para evitar a violência, apenas

algumas lidam especificamente com o problema da violência em relacionamentos íntimos. Contudo, nos programas existentes para reduzir a violência na escola, o assédio moral, a delinquência e outros comportamentos problemáticos, bem como nos programas de saúde reprodutiva e sexual, há um cenário para integrar materiais que explorem relacionamentos, papéis de gênero incluindo coação e controle.

Os programas juvenis que tratam explicitamente do abuso em relacionamentos íntimos tendem a ser iniciativas independentes patrocinadas por órgãos que trabalham para acabar com a violência contra as mulheres (ver Quadro 4.3). Apenas alguns desses programas foram avaliados, inclusive um no Canadá (200) e dois nos Estados Unidos (201, 202). Utilizando modelos experimentais, essas avaliações revelaram mudanças positivas em termos de conhecimento e atitudes no que diz respeito à violência no relacionamento (203). Um dos programas dos Estados Unidos demonstrou uma redução na perpetração da violência em um mês. Apesar de o efeito sobre o comportamento violento ter desaparecido em um ano, mantiveram-se seus efeitos sobre as normas de violência em um relacionamento íntimo, sobre a capacidade de resolver conflitos e sobre o conhecimento (201).

Princípios de boa prática

Um volume crescente de conhecimento sobre a violência de gênero, acumulado durante muitos anos por vários provedores de serviços, defensores e pesquisadores, sugere um conjunto de princípios para ajudar a orientar as "boas práticas" nesta área. Dentre os princípios podemos citar:

- As ações para lidar com a violência devem ocorrer tanto em nível nacional quanto local.
- O envolvimento das mulheres, no desenvolvimento e na implantação dos projetos, e a segurança das mulheres devem ser o princípio norteador de todas as decisões relativas às intervenções.
- Os esforços para reformar as respostas das instituições – inclusive da polícia, dos funcionários da área de assistência à saúde e do judiciário – devem ir além do treinamento para mudar as culturas institucionais.
- As intervenções devem cobrir uma série de diferentes setores e serem coordenadas entre eles.

Ação em todos os níveis

Uma lição importante, que surge dos esforços para evitar a violência, é que as ações devem acontecer tanto em nível nacional quanto local. No nível nacional, as prioridades incluem melhoria da situação da mulher, criação de normas, políticas e leis adequadas sobre abuso, bem como criar um ambiente social que seja condutivo a relacionamentos não violentos.

Muitos países, tanto industrializados quanto emergentes, acharam útil estabelecer um mecanismo formal para desenvolver e implementar planos nacionais de ação. Tais planos devem incluir objetivos claros, linhas de responsabilidade e cronogramas, recebendo os recursos necessários.

Contudo, a experiência mostra que os esforços nacionais, por si só, não são suficientes para transformar a paisagem da violência íntima. Mesmo nos países industrializados onde os movimentos nacionais contra a violência de gênero já existem há mais de 25 anos, as opções disponíveis para ajudar uma mulher que sofreu abuso, assim como as reações que ela provavelmente verá em instituições como a polícia, ainda variam muito dependendo da localidade. Onde houve esforços na comunidade para evitar a violência, e onde há grupos estabelecidos para realizar treinamentos e monitorar as atividades das instituições formais, as vítimas de abuso passam muito melhor do que nos locais onde tais esforços não ocorrem.

Envolvimento das mulheres

As intervenções devem ser elaboradas para trabalhar com as mulheres - que normalmente são as melhores juízas de sua situação - e para respeitar suas decisões. Análises recentes de diversos programas sobre violência doméstica realizados nos estados indianos de Gujarat, Karnataka, Madhya Pradesh e Maharashtra, por exemplo, têm constantemente demonstrado que o sucesso ou o insucesso dos projetos foi, em grande parte, determinado pelas atitudes dos organizadores em relação à violência de gênero e suas prioridades para incluir os interesses das mulheres nas fases de planejamento e implementação das intervenções (205).

A segurança das mulheres também deve ser cuidadosamente levada em consideração durante o

planejamento e a implementação das intervenções. As intervenções que podem priorizar a segurança e a autonomia das mulheres geralmente se mostraram mais bem sucedidas do que as que não dão essa prioridade. Por exemplo, há uma certa preocupação em relação às leis que exigem que os funcionários da área de assistência à saúde relatem para a polícia os casos de suspeita de abuso. Esses tipos de intervenção retiram o controle das mãos das mulheres e, no geral, mostraram-se contraproducentes. Eles bem podem colocar a segurança da mulher em risco e diminuir a possibilidade de ela ser encaminhada à assistência (206 - 208). Essas leis também transformam os funcionários da área de saúde em braços do sistema judiciário e trabalham contra a proteção emocional que o ambiente da clínica deve oferecer (150).

Mudando as culturas institucionais

Normalmente, os esforços em curto prazo rendem poucas mudanças duradouras no sentido de sensibilizar os atores institucionais, a menos que também haja esforços reais para envolver toda a instituição. A natureza da liderança da organização, a forma como o desempenho é avaliado e recompensado, e os desvios e as crenças culturais embutidas são de primordial importância nesse caso (209, 210). No caso de reformar a prática da assistência à saúde, dificilmente o treinamento por si só é o bastante para mudar o comportamento institucional em relação às vítimas da violência (211, 212). Embora o treinamento possa melhorar o conhecimento e a prática em curto prazo, seu impacto normalmente se desfaz rapidamente, a menos que ele seja acompanhado de mudanças institucionais nas políticas e no desempenho (211, 213).

Uma abordagem multissetorial

Diversos setores, tais como a polícia, os serviços de saúde, o judiciário e os serviços de apoio social, devem trabalhar juntos para alinhar o problema da violência praticada por parceiro íntimo. Historicamente, a tendência dos programas tem sido concentrar-se em um único setor, o que a experiência tem mostrado que, geralmente, produz pouquíssimos resultados (155).

Recomendações

As evidências disponíveis mostram que a violência contra as mulheres, praticada por parceiros íntimos, é um problema sério e abrangente em todas as partes do mundo. Há também cada vez mais documentos sobre o impacto danoso da violência sobre a saúde física e mental das mulheres, bem como sobre o bem estar delas de forma geral. As principais recomendações para ação são as seguintes:

- Na próxima década, os governos e outros doadores devem ser incentivados a investir muito mais em pesquisa sobre a violência praticada por parceiros íntimos.
- Os programas devem dar maior ênfase à capacitação das famílias, dos círculos de amigos e dos grupos comunitários, inclusive das comunidades religiosas, para lidarem com o problema da violência de gênero.
- Os programas sobre violência de gênero devem ser integrados a outros programas, tais como os que lidam com violência juvenil, gravidez na adolescência, abuso de substância e os de outras formas de violência familiar.
- Os programas devem voltar-se mais para a prevenção primária contra a violência praticada por parceiro íntimo.

Pesquisas sobre a violência praticada por parceiros íntimos

A falta de uma clara compreensão teórica sobre as causas da violência praticada por parceiros íntimos, e sua relação com outros tipos de violência interpessoal, tem frustrado os esforços para construir uma resposta global eficiente. Os estudos para desenvolver o entendimento da violência são necessários para diversos fronts, inclusive:

- Estudos que analisem a predominância, as conseqüências e os fatores de risco e de proteção relativos à violência praticada por parceiros íntimos em diferentes cenários culturais, utilizando metodologias padronizadas.
- Pesquisa longitudinal acerca da trajetória do comportamento violento por parte dos parceiros íntimos no decorrer do tempo, examinando se ele difere do desenvolvimento de outros comportamentos violentos e como isso ocorre.
- Estudos que explorem o impacto da violência durante a vida de uma pessoa, investigando o impacto relativo de diferentes tipos de violência

sobre a saúde e o bem-estar, e se os efeitos são cumulativos.

- Estudos que analisem o histórico dos adultos que estão em relacionamentos saudáveis, não violentos, a despeito das experiências que comprovadamente aumentam o risco de violência de gênero.

Além disso, muito mais pesquisas ainda são necessárias sobre as intervenções, tanto para fazer *lobby* entre os responsáveis pela tomada de decisões visando a maiores investimentos, como para melhorar a elaboração e a implementação dos programas. Na próxima década, deve-se priorizar:

- A documentação sobre as diversas estratégias e intervenções para o combate à violência de gênero no mundo todo.
- Estudos que avaliem os custos econômicos da violência praticada por parceiros íntimos.
- Avaliação dos efeitos em curto e longo prazo dos programas para evitar a violência de gênero, bem como para responder a ela - inclusive programas de educação na escola, mudanças legais e políticas, serviços para vítimas da violência, programas que tenham como alvo o perpetrador da violência e campanhas para mudar as atitudes e os comportamentos sociais.

Fortalecendo as fontes informais de apoio

Muitas mulheres não buscam assistência em serviços ou sistemas oficiais disponíveis para elas. Portanto, é crucial que se expandam as fontes informais de apoio através de redes de vizinhança e redes de amigos, de grupos religiosos e outros grupos comunitários, bem como de redes em locais de trabalho (6, 61, 183, 214). A maneira como esses grupos informais e essas pessoas responderão determinará se uma vítima de violência de gênero entrará em ação, ou em isolamento e terá vergonha de si mesma (214).

Há muito espaço para programas que possam criar respostas construtivas por parte da família e dos amigos. Um programa inovador em Iztacalco, México, por exemplo, usou eventos comunitários, mídia de pequena escala (tal como cartazes, panfletos e fitas cassete) e oficinas de trabalho para ajudar as vítimas de violência a discutirem o abuso que haviam sofrido e a mostrar aos amigos e a outros membros da família como lidar melhor com tais situações (215).

Criando uma causa comum com outros programas sociais

Há uma grande sobreposição entre os fatores que aumentam o risco de diversos comportamentos problemáticos (216). Parece também que há uma significativa continuidade entre o comportamento agressivo na infância e os diversos comportamentos problemáticos na juventude e no início da fase adulta (ver Capítulo 2). As novas visões baseadas em pesquisas sobre esses tipos de violência também se sobrepõem. Há necessidade evidente de uma intervenção precoce nas famílias de alto risco, bem como de oferecer apoio e outros serviços antes que padrões de disfunção de comportamento sejam criados na família, preparando o estágio para o comportamento de abuso na adolescência ou na fase adulta.

Infelizmente, hoje em dia há pouca coordenação entre as agendas dos programas ou das pesquisas sobre violência juvenil, abuso infantil, abuso de substância e violência de gênero, apesar do fato de todos esses problemas geralmente coexistirem nas famílias. Caso se deseje um verdadeiro progresso, deve-se dar atenção ao desenvolvimento de padrões de comportamento agressivo, padrões estes que em geral começam na infância. Respostas integradas de prevenção que tratem dos vínculos entre os diferentes tipos de violência têm potencial para reduzir algumas dessas formas de violência.

Investindo na prevenção primária

Em geral, importância da prevenção primária contra a violência praticada por parceiros íntimos é obscurecida pela importância de diversos programas que, compreensivelmente, procuram lidar com as consequências imediatas e inúmeras da violência.

Tanto os responsáveis pela elaboração de políticas quanto os ativistas nesta área devem dar maior prioridade à tarefa reconhecidamente imensa de criar um ambiente social que permita e promova relacionamentos pessoais justos e não violentos. A base para esse ambiente deve ser a nova geração das crianças que devem crescer com melhores capacidades do que tiveram seus pais, de forma geral, em lidar com os relacionamentos e resolver seus conflitos internos, com maiores oportunidades para seu futuro e com noções mais adequadas sobre como os homens e as mulheres podem se relacionar e compartilhar o poder.

Conclusão

A violência praticada por parceiros íntimos é um importante problema de saúde pública. Para resolver esse problema é necessário o envolvimento de diversos setores trabalhando em conjunto nos níveis comunitário, nacional e internacional. Em cada nível, as respostas devem incluir dar poder às mulheres e às jovens, conseguir envolver os homens, dar assistência às necessidades das vítimas e aumentar as sanções para quem pratica o abuso. É crucial que as respostas envolvam crianças e jovens e tenham como foco a mudança das normas comunitárias e sociais. O progresso feito em cada uma dessas áreas será a chave para se conseguir reduções mundiais na violência contra parceiros íntimos.

Referências

1. Crowell N, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255).
3. Koss MP et al. *No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
4. Butchart A, Brown D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 1991, 52:35-51.
5. 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 (NCJ 183781).
6. 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).
7. Violence against women: a priority health issue. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHD/97.8).
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63-77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595-1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género [Reproductive health and violence against women: a gender perspective]*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241-244.
13. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 2001, 32:1-16.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al. *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.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Washington, DC, Center for Health and Gender Equity, 1999.
18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap: a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23:177-193.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-22.
20. Cabaraban M, Morales B. *Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines*. Cagayan de Oro,

Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.

21. Cabrejos MEB et al. *Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar [Paths of women who broke the silence: a qualitative study of help-seeking by women affected by family violence]*. Lima, Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Niñas and World Health Organization, 1998.

22. Mouzos J. *Femicide: the killing of women in Australia 1989-1998*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1999.

23. Juristat. *Homicide in Canada*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.

24. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:873-886.

25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157:777-782.

26. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, DC, Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.

27. Carcach C, James M. *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1998.

28. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington, DC, Violence Policy Center, 2000.

29. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.

30. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993.

31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57:283-294.

32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62:948-963.

33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*.

Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.

34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10:251-272.

35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4:56-67.

36. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 2000.

37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1:47-60.

38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17:199-222.

39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729-1742.

40. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia*. A summary. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.

41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:4-9.

42. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.

43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36-41.

44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. London, Zed Books, 1998:180-216.

45. Hassan Y. *The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan*. Lahore, Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.

46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. In: *Domestic violence in Papua New Guinea. Boroko*, Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985:32-71.
47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33:855-862.
48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
49. Rosales J et al. *Encuesta Nicaraguense de demografía y salud*, 1998 [1998 Nicaraguan demographic and health survey]. Managua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
50. David F, Chin F. *Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas*. Iloilo City, Central Philippines University and Family Health International, 1998.
51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:54-66.
52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and Development*, 1997, 5:41-46.
53. Khan ME et al. Sexual violence within marriage. *Seminar* (New Delhi), 1996:32-35.
54. Jenkins C (for the National Sex and Reproduction Research Team). *National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea*. Goroka, Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
55. Heise L. *Violence against women: an integrated ecological framework*. *Violence Against Women* 1998, 4:262-290.
56. Rao V. Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169-1179.
57. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
58. Romero M. *Violencia sexual y domestica: informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atención a adolescentes de San Miguel de Allende [Sexual and domestic violence: report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende]*. Mexico City, Population Council, 1994.
59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13:743-762.
60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. In: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. London, Sage, 1996:105-124.
61. Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países [The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America: case studies from ten countries]*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000.
62. O'Conner M. *Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublin, Women's Aid, 1995.
63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27-31.
64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:87-95.
65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:547-555.
66. Bunge VP, Levett A. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:49-58.
68. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:185-187.
69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:700-706.
70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the

couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371-392.

71. Campbell J. *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.

72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-15.

73. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.

74. Levinson D. *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.

75. Dutton DG. *The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.

76. Black DA et al. Partner, child abuse risk factors literature review. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (available on the Internet at <http://www.nnh.org/risk>).

77. Moffitt TE, Caspi A. *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study*, New Zealand. Washington, DC, National Institutes of Justice, 1999.

78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada [Violence behind closed doors: the battered women]*. Santiago, Editorial Universitaria, 1994.

79. Nelson E, Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.

80. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.

81. Moreno Martín F. *La violencia en la pareja [Intimate partner violence]*. Revista Panamericana de Salud Pública, 1999, 5:245-258.

82. Caesar P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3:49-63.

83. Parry C et al. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19:2-5.

84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:502-506.

85. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic

violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737-746.

86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.

87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421-428.

88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171-181.

89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence - they are not its cause. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182-196.

90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.

91. Abrahams N, Jewkes R, Laubsher R. *I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women*. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.

92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131-146.

93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417-426.

94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35-49.

95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:465-479.

96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999,

- 67:362-366.
97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19:33-44.
98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:4-15.
99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342-347.
100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:332-339.
101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362-1368.
102. Dickinson LM et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:35-43.
103. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.
104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9:85-96.
105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9:25-35.
106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
107. Najera TP, Gutierrez M, Bailey P. *Bolivia: follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy: measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:274-276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19:301-306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92:530-534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1915-1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:2370-2372.
113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89:1153-1155.
114. Murphy C et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164:1567-1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84:323-328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mexicana*, 1996, 38:352-362.
117. Valladares E et al. *Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight [Dissertation]*. Umeå, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, 1999.
118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591-598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:643-651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172:1557-1564.

121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992-1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90:920-923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*, 30 June 1998, Section A:28.
123. Quigley M et al. Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5:418-425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:99-125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59:572-577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:1502-1506.
127. Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1997, 9:345-352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41-70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117-129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54:30-36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65:195-201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:131-133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83:380-384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533-540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763-1767.
136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80:575-579.
137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84:328-331.
138. Koss M. The impact of crime victimization on women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2:67-72.
139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:51-80.
140. 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.
141. IndiaSAFE Steering Committee. *IndiaSAFE final report*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5:393-426.
143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5:370-392.
144. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. *The effects of systemic family violence on children's mental health*. *Child Development*, 1995, 66:1239-1261.
145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14:839-870.
146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:453-455.
147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.

148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:300-308.
149. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, in press.
150. Chalk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. In: Leinman JM et al., eds. *Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York, NY, The Commonwealth Fund, 1998:45.
153. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, 1996.
154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. New York, United Nations Development Programme Regional Bureau for Latin America and the Caribbean, 1998.
155. Mitra N. *Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1998.
156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49:261-272.
157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11:3-28.
158. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:115-292.
159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence: neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, MD, University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanor domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83:1-45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence: research findings and policy implications*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women: issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4:13-28.
163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. In: Buzawa ES, Buzawa CG, eds. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al. *Civil protection orders: victims' views on effectiveness*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1998.
166. Littel K et al. *Assessing the justice system response to violence against women: a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvania, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (available on the Internet <http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm>).
167. Larrain S. Curbing domestic violence: two decades of activism. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:105-130.
168. Poonacha V, Pandey D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat. In: Duvvury N, ed. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999:28-41.
169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja: comisaría de mujeres en el Perú [Violence in couples: police stations for women in Peru]*. Lima, Ediciones Flora Tristan, 1993.
170. Hautzinger S. *Machos and policewomen*,

battered women and anti-victims: combating violence against women in Brazil. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1998.

171. Mesquita da Rocha M. Dealing with crimes against women in Brazil. In: Morrison AR, Biehl L, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:151-154.

172. Thomas DQ. In search of solutions: women's police stations in Brazil. In: Davies M, ed. *Women and violence: realities and responses worldwide*. London, Zed Books, 1994:32-43.

173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54:64.

174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:143-147.

175. Axelson BL. Violence against women: a male issue. *Choices*, 1997, 26:9-14.

176. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. In: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262-273.

177. Gondolf E. *A 30-month follow-up of court mandated batterers in four cities*. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (available on the Internet <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).

178. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83-98.

179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence: what works? Perpetrator programmes*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.

180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:301-306.

181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90:1075-1080.

182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization

experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152:1186-1190.

183. *Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: análisis y resultados de investigación [Help-seeking by victims of family violence: analysis and research results]*. Panama City, Pan American Health Organization, 1998.

184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72 (1 Suppl.):S19-S25.

185. Fawcett G et al. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud [Detecting and dealing with women victims of domestic violence: the development and evaluation of a programme for health workers]*. Mexico City, Population Council, 1998.

186. Watts C, Ndlovu M. Addressing violence in Zimbabwe: strengthening the health sector response. In: *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*. Harare, Musasa Project, 1997:31-35.

187. d'Oliviera AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? In: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics*, Copenhagen, Denmark, 3-8 August 1997. London, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1997:157-163.

188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999.

189. *Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud [Care of women living with domestic violence: orientation for health care personnel]*. Managua, Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.

190. *Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society"*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999.

191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27:741-746.

192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:44-46.
193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. In: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999:101-107.
194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what works? Outreach and advocacy approaches*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. In: Hotelling GT et al., eds. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988:193-209.
197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10:82-92.
199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7:129-146.
201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1619-1622.
202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11:93-112.
203. Lavoie F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1995, 10:516-524.
204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. In: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:7-33.
205. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998, 62:93-95.
207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781-1787.
208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 25:79-80.
209. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. New York, NY, AVSC International, 1998.
210. Cole TB. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:513-514.
211. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651-653.
212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health*, 1987, 10:209-215.
213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235-242.
214. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. In: Edleson JL, Eisidovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:67-86.
215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 1999, 54:41-49.
216. Carter J. *Domestic violence, child abuse, and youth violence: strategies for prevention and early intervention*. San Francisco, CA, Family Violence Prevention Fund, 2000.

CAPÍTULO 5

Abuso de idosos

Antecedentes

O abuso de idosos por membros da família remonta a tempos antigos. Até o aparecimento de iniciativas para tratar do abuso infantil e da violência doméstica, nas últimas duas décadas e meia do século XX, este assunto permaneceu reservado e escondido do público.

Inicialmente visto como uma questão social e, em seguida, como um problema de idade, o abuso de idosos, tal como outras formas de violência em família, tornou-se um problema de saúde pública e de justiça criminal. E, em grande medida, esses dois campos - saúde pública e justiça criminal - ditaram o modo como o abuso de idosos é visto e analisado, e a maneira de lidar com ele. Este capítulo focaliza o abuso de idosos por membros da família ou por outras pessoas conhecidas, seja em suas casas, asilos ou outras instituições. Não abrange outros tipos de violência que possam vitimar idosos, tais como violência cometida por estranhos, crimes de rua, guerra de gangues ou conflitos militares.

Maus-tratos cometidos contra idosos - denominados "abuso de idosos" - foram descritos pela primeira vez em 1975, em revistas científicas britânicas, como "espancamento de avós" (1, 2). Como uma questão social e política, entretanto, foi o Congresso dos Estados Unidos que abordou o problema pela primeira vez, seguido mais tarde por pesquisadores e especialistas. Na década de 1980, pesquisas científicas e ações governamentais foram relatadas da Austrália, Canadá, China (Hong Kong SAR [*Special Administrative Region* - Região Administrativa Especial]), Estados Unidos, Noruega e Suécia e, na década seguinte, da África do Sul, Argentina, Brasil, Chile, Índia, Israel, Japão, Reino Unido e outros países europeus. Embora o abuso de idosos tenha sido identificado primeiro em países desenvolvidos, onde tem sido desenvolvida a maior parte da pesquisa existente, evidências empíricas e outros relatórios de alguns países emergentes têm demonstrado que se trata de um fenômeno universal. O fato de que agora o abuso de idosos está sendo levado muito mais a sério reflete uma preocupação crescente, de abrangência mundial, em relação aos direitos e à igualdade de gêneros e, também, em relação à violência doméstica e ao envelhecimento da população.

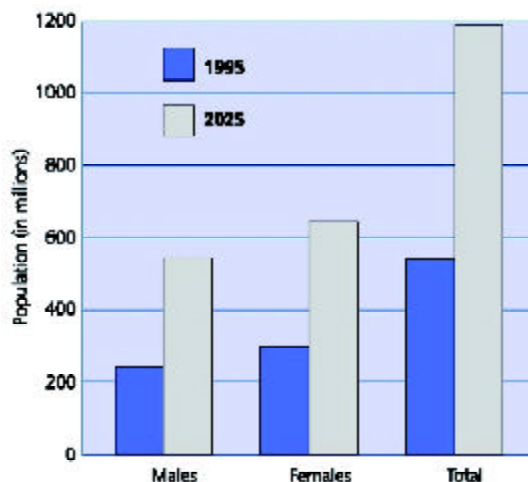
O fato de ainda não se ter uma definição precisa de quando se começa a ser "idoso", torna difíceis as comparações entre estudos e países. Nas sociedades ocidentais, o começo da velhice geralmente coincide

com a idade da aposentadoria, aos 60 ou 65 anos de idade. Na maioria dos países emergentes, contudo, tem pouco significado esse conceito socialmente construído, com base na idade da aposentadoria. Nesses países, são mais significativos os papéis atribuídos às pessoas durante sua vida. A velhice é, então, considerada como a fase da vida em que as pessoas, por causa do declínio físico, não podem mais desempenhar suas funções na família ou no trabalho.

As preocupações com maus-tratos de idosos aumentaram com a conscientização de que nas próximas décadas, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, haverá um aumento dramático na população do segmento idoso - que em francês é denominado de *le troisième âge* (a terceira idade). Está previsto que, por volta de 2025, a população global de pessoas com 60 anos de idade e mais velhas será mais que o dobro, passando de 542 milhões, em 1995, para cerca de 1,2 bilhão (ver Figura 5.1). O total de idosos vivendo em países emergentes também será mais que o dobro por volta de 2025, atingindo 850 milhões (3) - 12% da população total do mundo em desenvolvimento - embora se estime que em alguns países, dentre os quais Colômbia, Indonésia, Quênia e Tailândia, o aumento seja quatro vezes maior ou mais. Em todo o mundo, um milhão de pessoas atinge a idade de 60 anos por mês, dos quais 80% encontram-se nos países emergentes.

FIGURA 5.1

Crescimento projetado na população global de pessoas com 60 anos de idade e mais velhas, 1995-2025



Fonte: Divisão de Populações das Nações Unidas, 2002.

Em quase todos os países do mundo, ricos e pobres, as mulheres sobrevivem aos homens (3). Entretanto, esta diferença entre os gêneros é consideravelmente menor nos países emergentes, principalmente por causa dos altos índices de mortalidade materna e, em anos recentes, também devido à epidemia da AIDS.

Nos países emergentes, essas mudanças demográficas estão acontecendo juntamente com a crescente mobilidade e mudança nas estruturas da família. A industrialização está corroendo os padrões duradouros de interdependência entre as gerações de uma família, o que geralmente resulta em privação material e emocional para os idosos. Em muitos países emergentes, as redes de família e comunidade, que antes davam apoio às gerações mais velhas, foram enfraquecidas, e freqüentemente destruídas, pelas rápidas mudanças sociais e econômicas. A epidemia da AIDS também está afetando consideravelmente a vida dos idosos. Em muitas partes da África subsaariana, por exemplo, em grande número, crianças estão ficando órfãs porque seus pais morrem da doença. Os idosos, que esperavam o apoio dos seus filhos na velhice, estão na situação de responsáveis principais e sem uma família para ajudá-los no futuro.

Apenas 30% dos idosos do mundo têm cobertura de sistemas previdenciários. Na Europa Oriental e nos países da antiga União Soviética, por exemplo, como resultado das mudanças da economia planejada para a economia de mercado, muitos idosos ficaram sem a pensão de aposentadoria e os serviços de saúde e previdência social que eram garantidos pelos antigos regimes comunistas. Tanto na economia dos países desenvolvidos como na dos países emergentes, as desigualdades estruturais têm sido freqüentemente a causa, entre a população em geral, de baixos salários, alta taxa de desemprego, serviços de saúde precários, falta de oportunidades de educação e discriminação contra mulheres - o que tende a tornar os idosos mais pobres e mais vulneráveis.

Nos países emergentes, os idosos ainda enfrentam um risco significativo de doenças contagiosas. À medida que aumenta a expectativa de vida nesses países, os idosos ficarão sujeitos às mesmas doenças duradouras, possivelmente incuráveis, e, em geral, àquelas doenças associadas à velhice que causam invalidez, predominantes nos países desenvolvidos. E também enfrentarão perigos ambientais e a probabilidade de violência em suas sociedades. Não obstante, os avanços na medicina e

no bem-estar social garantirão que muitos idosos desfrutem de longos períodos de velhice sem invalidez. As doenças serão evitadas ou terão seu impacto reduzido mediante melhores estratégias de cuidados com a saúde. O grande número de idosos resultante será uma explosão para a sociedade, o que constituirá uma grande reserva de experiência e conhecimento.

Como é definido o abuso de idosos?

Geralmente, concorda-se que o abuso de idosos é um ato de acometimento ou omissão (neste caso é comumente descrito como "negligência"), que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica (envolvendo agressão emocional ou verbal), ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, e uma redução da qualidade de vida para o idoso (4). Se o comportamento é denominado abusivo, negligente ou explorador dependerá, provavelmente, da freqüência com que os maus-tratos ocorrem, sua duração, gravidade e conseqüências, e, sobretudo, do contexto cultural. Entre os Navajos, nos Estados Unidos, por exemplo, o que poderia parecer, para um pesquisador de fora, exploração econômica por membros da família era visto pelos mais velhos da tribo como sua obrigação cultural, e de fato privilégio, compartilhar os bens materiais com suas famílias (5). Outras tribos indígenas nos Estados Unidos viam o abuso de idosos como um problema da comunidade e não individual (6).

A definição dada pela instituição *Action on Elder Abuse* [Ação sobre Abuso de Idosos] no Reino Unido (7) e adotada pela *International Network for the Prevention of Elder Abuse* [Rede Internacional para Prevenção do Abuso de Idosos] estabelece que: "o abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa". Tal abuso, em geral, se divide nas seguintes categorias:

- abuso físico - inflicção de dor ou lesão, coação física, ou domínio induzido pela força ou por drogas;
- abuso psicológico ou emocional - inflicção de angústia mental;
- abuso financeiro ou material - exploração ilegal

ou imprópria, ou uso de fundos ou recursos do idoso;

- abuso sexual - contato sexual não consensual, de qualquer tipo, com o idoso;
- negligência - recusa ou falha em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de infligir sofrimento físico ou emocional no idoso.

Esta definição de abuso de idosos foi muito influenciada pelo trabalho desenvolvido no Canadá, Estados Unidos e Reino Unido. Estudos desenvolvidos na África do Sul, China (Hong Kong SAR), Finlândia, Grécia, Índia, Irlanda, Israel, Noruega e Polônia enfocaram o tema de maneiras distintas (8). Pesquisadores noruegueses, por exemplo, identificaram o abuso com um "triângulo de violência" que inclui uma vítima, um perpetrador e outros que - direta ou indiretamente - observam os atores principais. Em países como a China, que enfatizam a harmonia e o respeito no contexto da sociedade, negligenciar nos cuidados de uma pessoa idosa é considerado um ato de abuso de idoso. Se os membros da família falham no desempenho de suas obrigações de parentesco de prover alimentação e moradia, isto também constitui negligência.

Sociedade tradicionais

Muitas sociedades tradicionais do passado consideravam a harmonia da família um fator importante de orientação dos relacionamentos em família. Essa reverência pela família era reforçada pelas tradições filosóficas e políticas públicas. Na sociedade chinesa, a reverência era incutida por um sistema de valores que ressaltava a "piedade filial". Maus-tratos de idosos eram desconhecidos e certamente não relatados. Essas tradições têm influência até hoje. Estudos feitos nos Estados Unidos, de atitudes relativas ao abuso de idosos, revelam que cidadãos de origem coreana acreditavam que a supremacia da harmonia da família sobre o bem-estar do indivíduo era um padrão para determinar se um comportamento peculiar era visto como abusivo ou não (9). Do mesmo modo, pessoas de origem japonesa consideravam o "grupo" superior, e que o bem-estar do indivíduo deveria ser sacrificado pelo bem do grupo (10).

Destituir idosos da função de chefes de família e privá-los de sua autonomia em nome da afeição são normas culturais mesmo em países onde a família é a instituição principal e o senso de obrigação filial é

forte (11). Tal infantilização e superproteção podem deixar o idoso isolado, deprimido e desmoralizado, e podem ser consideradas formas de abuso. Em algumas sociedades tradicionais, viúvas, idosas são abandonadas e suas propriedades são tomadas. Em algumas partes da África e Índia, os ritos de passagem de luto para viúvas incluem práticas que em outros lugares seriam consideradas cruéis, tais como, por exemplo, violência sexual, casamento forçado por levirato (em que um homem é obrigado, pelos costumes, a casar-se com a viúva sem filhos de seu irmão) e expulsão de seus lares (12). Em alguns lugares, acusações de bruxaria, em geral relacionada com acontecimentos inexplicáveis na comunidade local, tais como uma morte ou perda de colheita, são feitas a mulheres isoladas e idosas (13). Na África subsaariana, acusações de prática de bruxaria têm levado muitas mulheres idosas a deixar suas casas e comunidades para viver na pobreza em áreas urbanas. Na República Unida da Tanzânia, cerca de 500 mulheres idosas, acusadas de bruxaria, são assassinadas todos os anos (14). Esses atos de violência tornaram-se costumes sociais arraigados e podem não ser considerados localmente como "abuso de idosos" (ver Quadro 5.1).

Um seminário sobre abuso de idosos, realizado na África do Sul em 1992, estabeleceu uma diferença entre "maus-tratos" (tais como abuso verbal, negligência ativa e passiva, exploração financeira e excesso de medicação) e abuso (incluindo violência física, psicológica e sexual, e apropriação indébita) (8). Desde então, grupos focais têm sido organizados na África do Sul, com idosos recrutados de três distritos historicamente "negros", para determinar o nível de conhecimento e entendimento sobre abuso de idosos nessas comunidades. Além do típico esquema ocidental que abrange abuso físico, verbal, financeiro e sexual, e negligência, os participantes quiseram acrescentar à definição o seguinte:

- perda de respeito por idosos, que foi equiparada à negligência;
- acusações de bruxaria;
- abuso por parte dos sistemas (maus-tratos em clínicas e proveniente de órgãos burocráticos).

Os grupos produziram as seguintes definições (15):

- abuso físico - surra e brutalidade física;
- abuso emocional e verbal – discriminação com base na idade, insultos, palavras injuriosas, difamação, intimidação, acusações falsas, sofrimento psicológico e crueldade

mental;

- abuso financeiro - extorsão e controle do dinheiro da pensão, apropriação de bens móveis e imóveis, e exploração de idosos para forçá-los a tomar conta dos netos;
- abuso sexual - incesto, estupro e outras formas de coação sexual;
- negligência - perda de respeito por idosos, recusa de afeto e falta de interesse pelo bem-estar dos idosos;
- acusações de bruxaria - estigma e ostracismo;

- abuso proveniente dos sistemas - o tratamento desumano a que os idosos estão sujeitos nas clínicas de saúde e repartições encarregadas das pensões, e marginalização pelo governo.

Essas definições, produzidas pelos participantes e classificadas pelos pesquisadores, foram o resultado de um esforço inicial feito na África do Sul para obter informações sobre abuso de idosos. Elas também são a primeira tentativa de classificar o abuso de idosos em um país emergente, com base no modelo ocidental, mas trazendo fatores que são relevantes para a população nativa.

QUADRO 5.1

Bruxaria: a ameaça da violência na República Unida da Tanzânia

Na República Unida da Tanzânia, cerca de 500 mulheres idosas são assassinadas todos os anos por serem acusadas de bruxaria. O problema é particularmente sério em Sukumaland, no norte do país. Grande número de mulheres idosas são forçadas a deixar suas casas e comunidades por medo de serem acusadas de bruxaria e acabam vivendo na pobreza em áreas urbanas.

A crença na bruxaria existe há séculos em Sukumaland, embora a violência que a envolve tenha aumentado sensivelmente nos últimos anos. Em parte, isso talvez seja devido à pobreza crescente causada pelo fato de muitas pessoas tirarem seu sustento de uma terra pequena demais, como também a uma total falta de educação. À medida que pessoas pobres e não educadas tentam explicar os infortúnios que recaem sobre elas - doenças e morte, perdas de colheita e cacimbas que secam - elas procuram um bode expiatório, e a bruxaria parece explicar acontecimentos que elas não podem entender ou controlar de outra maneira.

Algumas vezes, os homens são acusados de bruxaria, embora o baixo status social das mulheres signifique que elas são, na maioria esmagadora, o alvo principal. Entre alguns dos modos peculiares pelos quais as mulheres são acusadas de bruxaria nessa região estão os seguintes:

- *disputas por terra* são uma causa comum de violência contra viúvas. De acordo com as leis da herança, as viúvas devem continuar a viver na terra de seus maridos, sem ser proprietárias. Quando elas morrem, a terra se torna propriedade dos filhos de seus maridos. Então, acusações de bruxaria são usadas para se livrarem de viúvas que vivem na terra como inquilinas, bloqueando a herança de outros;
- *curandeiros tradicionais* são freqüentemente instigados pelos membros da família ou vizinhos a fazerem acusações de bruxaria contra mulheres. Um garoto matou a mãe depois de um curandeiro tradicional dizer a ele que ela era a causa dos seus problemas;
- *mitos* a respeito da aparência física das bruxas - que elas têm olhos vermelhos, por exemplo - também provocam em geral as acusações de bruxaria. Os olhos de muitas mulheres idosas são vermelhos em virtude de terem passado a vida cozinhando em fogões enfumaçados, ou de problemas de saúde, tais como conjuntivite.

Líderes comunitários em Sukumaland estão pedindo ajuda ao Governo. Um deles teria dito: "trata-se de uma questão de educar o povo. Em outras regiões do país, onde as pessoas são mais educadas, não enfrentamos esse problema".

Até recentemente, o Governo estava relutante em reconhecer que a crença em bruxaria ainda existia. Agora o assunto está sendo amplamente discutido e oficialmente condenado. Em 1999, o Governo da Tanzânia escolheu a bruxaria como tema para o Dia Internacional da Mulher.

Uma ONG local e a *HelpAge International* ["Ajuda Internacional a Idosos"] também estão adotando medidas para melhorar a segurança das mulheres idosas na República Unida da Tanzânia. Essas medidas têm como objetivo a mudança de atitudes e crenças que envolvem a bruxaria e orientar algumas das questões práticas, tais como a pobreza e habitação precária, que têm ajudado a manter vivas tais crenças.

A extensão do problema

Cenários domésticos

Como a maior parte das nações emergentes apenas recentemente está se tornando consciente do problema, as informações sobre a frequência do abuso de idosos basearam-se em cinco levantamentos realizados na década passada, em cinco países desenvolvidos (16 - 20). Se forem incluídos abusos físicos, psicológicos, financeiros e negligência, os resultados mostram um índice de abuso de 4 a 6% entre idosos. Uma das dificuldades em se fazer comparações entre os estudos é a variação entre seus tempos. Os estudos desenvolvidos no Canadá, nos Países Baixos e nos Estados Unidos referem-se ao "ano anterior". O estudo realizado na Finlândia investigou o abuso desde a "idade da aposentadoria", enquanto o estudo na Grã-Bretanha examinou casos dos "últimos anos". O primeiro conjunto de estudos (do Canadá, dos Estados Unidos e dos Países Baixos) não encontrou diferença significativa nas taxas prevalentes de abuso por idade ou sexo; o estudo na Finlândia revelou uma proporção mais alta de vítimas femininas (7%) do que vítimas masculinas (2,5%), enquanto no estudo britânico nenhuma referência por idade ou sexo foi apresentada. Por causa das diferenças na metodologia utilizada nos cinco levantamentos e do número relativamente pequeno de vítimas, não se justifica uma análise comparativa adicional.

Um levantamento feito recentemente no Canadá sobre violência em família revelou que, nos últimos cinco anos, 7% dos idosos sofreram alguma forma de abuso emocional, 1% de abuso financeiro e 1% de abuso físico ou agressão sexual nas mãos de crianças, de pessoas que cuidam de idosos ou de companheiros (21). Homens (9%) foram mais propensos do que mulheres (6%) a relatar que sofreram abuso emocional ou financeiro. Por causa de diferenças nas questões do levantamento e diferenças de tempo, essas constatações não podem ser comparadas com o estudo anterior realizado no Canadá, que tinha encontrado uma proporção de abuso emocional muito menor (1,4%) e um índice maior de abuso financeiro (2,5%) (17).

Cenários institucionais

Há um quarto de século atrás, a proporção de idosos vivendo em instituições nos países desenvolvidos tinha atingido cerca de 9% (22). Desde aquela época, houve uma mudança na ênfase em relação à assistência na comunidade e ao uso de

cenários residenciais menos restritivos. Os atuais índices de utilização de instituições asilares estão na faixa de 4 a 7% em países como a África do Sul (4,5%), o Canadá (6,8%), os Estados Unidos (4%) e Israel (4,4%). Na maioria dos países africanos, os idosos podem encontrar-se por longos períodos nas enfermarias de hospitais, asilos para indigentes e deficientes, e – em alguns países subsaarianos – em campos de bruxas. Mudanças sociais, econômicas e culturais que estão acontecendo em algumas das sociedades em desenvolvimento estão tornando as famílias menos capazes de cuidar de seus parentes frágeis e, desse modo, prognosticam uma demanda crescente por assistência institucional. Na China, a expectativa de assistência institucional para idosos está se tornando a norma. Em Taiwan, China, a assistência institucional rapidamente superou a atenção da família pelos idosos (AY Kwan, dados inéditos, 2000).

Na América Latina, os índices de institucionalização de idosos variam de 1 a 4%. A assistência institucional não é mais considerada inaceitável para um idoso, mas é vista como uma alternativa para as famílias. Os *asilos* mantidos pelo governo, grandes instituições que lembravam as antigas casas de trabalho inglesas*, foram convertidos em instituições menores, com equipes profissionais multidisciplinares. Outras instituições asilares são administradas por comunidades religiosas de origem imigrante. Não há dados disponíveis referentes aos índices de institucionalização nos países do antigo bloco europeu oriental, porque, à época, as autoridades não permitiam a publicação de tais informações.

Apesar de existir uma vasta literatura sobre a qualidade da assistência em cenários institucionais, e de que, em relatórios de enquetes governamentais, estudos etnográficos e históricos pessoais, têm sido bem documentados casos de abuso de idosos, não há dados nacionais disponíveis sobre a prevalência ou incidência de abuso, mas apenas dados locais provenientes de estudos de escala menor. Um levantamento sobre o pessoal de instituições asilares em um estado dos Estados Unidos revelou que 36% da equipe geral e de enfermeiros relatou ter testemunhado pelo menos um incidente de abuso físico cometido por outros membros da equipe no ano anterior, enquanto 10% admitiram ter cometido, eles próprios, pelo menos um ato de abuso físico. Da amostra no ano anterior, 81% tinha observado pelo menos um incidente de abuso psicológico contra um residente, e 40% admitiu também ter cometido atos dessa natureza (23). Essas descobertas sugerem que

o número de maus-tratos contra residentes idosos em instituições pode ser muito mais extenso do que geralmente se acredita. Os índices de abuso de idosos, tanto na comunidade como nos cenários institucionais, podem ser maiores do que indicariam as estatísticas sobre atos violentos coletadas por países. Algumas das disparidades provêm do fato de que o abuso de idosos permaneceu desconhecido até a década de 1970. Mortes de idosos, tanto em cenários institucionais como na comunidade, têm sido freqüentemente atribuídas a causas naturais, acidentais ou indeterminadas, quando na verdade foram consequência de comportamento abusivo ou negligente.

Quais os fatores de riscos para o abuso de idosos?

Dos primeiros estudos sobre o abuso de idosos, a maior parte era limitada a cenários domésticos e realizados nos países desenvolvidos. Ao buscarem explicações para o abuso de idosos, os pesquisadores as encontraram na literatura, nas áreas da psicologia, sociologia, gerontologia e no estudo da violência em família. A fim de conciliar a complexidade do abuso de idosos com os muitos fatores a ele relacionados, os pesquisadores se voltaram para o modelo ecológico, que foi aplicado primeiro ao estudo do abuso infantil e da negligência (24), e mais recentemente ao abuso de idosos. O modelo ecológico pode levar em consideração as interações que ocorrem entre diversos sistemas. Conforme descrito no Capítulo 1, o modelo consiste de uma hierarquia que se estabelece em quatro níveis do ambiente: indivíduo, relacionamento, comunidade e sociedade.

Fatores individuais

Os primeiros pesquisadores nesse campo não deram importância a distúrbios de personalidade de indivíduos como agentes causais da violência em família em favor de fatores sociais e culturais (27). Mais recentemente, entretanto, pesquisas sobre violência em família demonstraram que os agressores que são fisicamente agressivos são mais propensos a ter distúrbios de personalidade e problemas relacionados com alcoolismo do que a população em geral (28). Do mesmo modo, estudos restritos à violência contra idosos em cenários domésticos revelaram que os agressores provavelmente têm mais problemas de saúde mental e de abuso de substâncias [drogas] do que os membros da família ou pessoas que cuidam dos idosos, que não são violentos nem

abusivos (29-31).

Nos primeiros estudos, foram fortemente identificados como fatores de risco para o abuso haver debilidade cognitiva e física dos idosos vítimas de abuso. Entretanto, um estudo posterior de uma série de casos realizado por uma agência de serviço social revelou que os idosos que tinham sido maltratados não estavam mais debilitados do que seus companheiros que não haviam sofrido abuso e talvez o estivessem até menos, particularmente nos casos de abuso físico e verbal. Em outros estudos, uma comparação de amostras de pacientes com doença de Alzheimer demonstrou que o grau de debilidade não era um fator de risco para serem vítimas de abuso (33-34). Contudo, entre os casos de abuso relatados às autoridades, aqueles envolvendo os mais idosos e que estão mais debilitados geralmente constituem uma grande proporção.

O gênero tem sido proposto por alguns como um fator característico no que diz respeito a abuso de idosos sob a alegação de que mulheres idosas podem ter sido sujeitas à opressão e desvantagens econômicas durante toda a vida (35). Entretanto, segundo estudos que têm por base a comunidade, parece que homens idosos correm o risco de abuso pelas esposas, jovens e outros parentes na mesma proporção que mulheres (16, 17).

Embora a renda dos idosos não constituísse um fator significativo num estudo sobre ocorrência de abuso de idosos nos Estados Unidos, as dificuldades financeiras por parte do agressor apareceram de fato como um importante fator de risco. Às vezes, o abuso de idosos estava relacionado a um problema de abuso de substâncias por parte de jovens, levando-os a extorquir dinheiro, possivelmente um cheque de pensão do idoso. O abuso dessa natureza também pode ser influenciado, em parte, por indignação de membros da família por terem de gastar dinheiro com cuidados da pessoa idosa.

Fatores de relacionamento

Nos primeiros modelos teóricos, o nível de estresse das pessoas que cuidam dos idosos era visto como um fator de risco, que associava o abuso de idosos com os cuidados a um parente idoso (36,37). Enquanto a imagem popular de abuso retrata uma vítima dependente e uma pessoa superestressada que cuida de idosos, há evidência crescente de que nenhum desses fatores conta propriamente para os casos de abuso. Embora o componente estresse não seja negado pelos pesquisadores, agora eles tendem

a vê-lo num contexto mais amplo, em que a qualidade do relacionamento é um fator causal (30, 34, 38). Alguns dos estudos que envolvem estresse de pessoas que cuidam dos idosos, a doença de Alzheimer e o abuso de idosos indicam que a natureza do relacionamento entre a pessoa que cuida do idoso e o próprio idoso, antes de o abuso começar, pode ser um importante indício de abuso (34, 39, 40). Hoje, entretanto, acredita-se que o estresse pode ser um fator que contribui em casos de abuso, mas não contribui por si só para o fenômeno.

Trabalhos com pacientes demenciados têm demonstrado que atos violentos praticados pelas pessoas que recebem cuidados podem funcionar como "gatilhos" para a violência recíproca por parte da pessoa que cuida do idoso. Pode ser que a violência seja o resultado da interação de vários fatores, incluindo o estresse, o relacionamento entre a pessoa que cuida do idoso e o próprio idoso, a existência de comportamento violento e agressividade por parte da pessoa que recebe os cuidados, e a depressão da pessoa que cuida (42).

Arranjos relacionados à moradia, particularmente no que diz respeito a condições de superpopulação e falta de privacidade, têm sido associados a conflitos dentro da família. Embora o abuso possa ocorrer quando o agressor ou o idoso vítima do abuso vivem separados, o idoso pode correr mais risco se morar com a pessoa que cuida dele.

As primeiras teorias sobre o assunto também procuraram associar a dependência ao aumento de risco de abuso. A princípio, foi enfatizada a dependência da vítima em relação à pessoa que cuida dela ou o agressor, embora mais tarde trabalhos de caso tenham identificado agressores que eram dependentes do idoso - comumente, jovens que dependem de pais idosos para ter casa e assistência financeira (32). Em alguns desses casos uma "teia da interdependência" era evidente - uma forte ligação emocional entre a vítima do abuso e o agressor, que frequentemente impedia esforços de intervenção.

Fatores comunitários e sociais

Em quase todos os estudos de fatores de risco, o fator comunitário de isolamento social aparece como um fator significativo nos maus-tratos de idosos (17, 29, 43, 44). Assim como ocorre com as mulheres que são constantemente maltratadas, o isolamento de idosos pode tanto ser uma causa como uma consequência de abuso. Muitos idosos são isolados por causa de enfermidade físicas ou mentais. Além

disso, a perda de amigos e membros da família reduz as oportunidades de interação social.

Embora haja agora pouca evidência empírica sólida, fatores sociais são normalmente considerados importantes como fatores de risco para o abuso de idosos, tanto nos países emergentes como nos industrializados; no passado, enfatizava-se, em geral, os atributos individuais ou interpessoais como fatores potenciais da causa do abuso de idosos. Hoje, reconhece-se que normas culturais e tradições - tais como discriminação étnica, discriminação sexual e uma cultura de violência - também desempenham um importante papel subjacente. Os idosos frequentemente são retratados como frágeis, fracos e dependentes, algo que os fez parecer menos dignos de receber recursos governamentais ou até mesmo cuidados da família do que outros grupos e os apresentou como alvos prontos para exploração.

No que diz respeito à África subsaariana em particular, os fatores sociais e comunitários incluem (12):

- os sistemas de herança e direitos sobre a terra, patrilineares e matrilineares, que afetam a distribuição do poder;
- o modo como as sociedades vêem o papel da mulher;
- o desgaste dos laços estreitos entre as gerações de uma família, causado pela migração rural-urbana e o crescimento da educação formal;
- a perda, devida ao processo de modernização, dos papéis domésticos, de rituais e de autoridade, tradicionais na família, desempenhados pelos idosos.

De acordo com o grupo de estudo focal na África do Sul anteriormente mencionado, a maioria dos abusos - e particularmente a violência doméstica - ocorreram como resultado de desordem social exacerbada pelo crime, alcoolismo e drogas. Conclusões semelhantes se originaram de um exercício conduzido por sete líderes comunitários masculinos do campo de posseiros de Tamago Katlehong, África do Sul (15). Estabelecendo uma relação entre pobreza e violência, eles descrevem como a vida desregrada das famílias, a falta de dinheiro para o essencial e a falta de educação e de oportunidades de trabalho contribuíram para uma vida de crime, tráfico de drogas e prostituição de jovens. Nessa sociedade, os idosos são vistos como alvo para abuso e exploração, sendo sua vulnerabilidade o resultado da pobreza que se distingue pela falta de suporte previdenciário e

oportunidades de trabalho, higiene precária, doenças e má-nutrição.

As transformações políticas na Europa Oriental pós-comunista também criaram condições para o aumento do risco de abuso de idosos. Os fatores lá indicados como responsáveis por afetar o bem-estar geral de saúde e psicossocial, particularmente dos idosos, cuja vulnerabilidade aos maus-tratos aumentou, incluem:

- o crescente empobrecimento de partes significativas da sociedade;
- alto índice de desemprego;
- falta de estabilidade e segurança social;
- expressão visível de agressividade, especialmente entre os jovens.

Nas sociedades chinesas, várias razões foram apontadas (45) para os maus-tratos de pessoas idosas, incluindo:

- falta de respeito por parte das gerações mais jovens;
- tensão entre as estruturas de famílias, tradicionais e novas;
- reestruturação das redes básicas de apoio para os idosos;
- migração de casais jovens para novas cidades, deixando os pais idosos em áreas residenciais que estão em deterioração nos centros das cidades.

Estudos sobre abuso de idosos têm se voltado principalmente para problemas interpessoais e de família. Entretanto, um modelo integrado - que abranja perspectivas individuais, interpessoais, comunitárias e sociais - é mais adequado e reduz alguns dos desvios evidentes nos primeiros estudos. Tal modelo leva em consideração as dificuldades enfrentadas pelos idosos, especialmente mulheres idosas. Essas pessoas em geral vivem na pobreza, sem as necessidades básicas da vida e sem apoio da família, fatores que aumentam o risco de abuso, negligência e exploração.

As consequências do abuso de idosos

Para os idosos, as consequências do abuso podem ser particularmente sérias. Os idosos são fisicamente mais fracos e mais vulneráveis do que os jovens, seus ossos são mais frágeis e a convalescença é mais longa. Mesmo uma lesão relativamente pequena pode causar danos sérios e permanentes. Muitos idosos sobrevivem com rendas limitadas, o que faz com que a perda de uma pequena quantia de dinheiro tenha um impacto significativo. Eles podem ficar isolados, solitários ou perturbados por doenças

e, nesses casos, tornam-se mais vulneráveis como alvo de esquemas fraudulentos.

Cenários domésticos

Poucos estudos empíricos têm sido desenvolvidos para determinar as consequências de maus-tratos, embora haja muitos relatórios clínicos e de estudos de caso sobre distúrbio emocional grave sofrido por idosos maltratados. Nos estudos realizados em países desenvolvidos, há algumas evidências que demonstram que, mais do que seus pares que não sofreram abuso, um grande número de idosos vítimas de abuso sofre de depressão ou distúrbio psicológico (31, 46, 47). Visto que esses estudos tiveram um desenho transversal, não é possível dizer se essa condição existia antes ou foi uma consequência dos maus-tratos. Outros sintomas que têm sido propostos como sendo relacionados a casos de abuso incluem sentimentos de desamparo, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negatividade e estresse pós-traumático (48, 49). Efeitos emocionais também foram citados pelos participantes no estudo do grupo focal na África do Sul, juntamente com problemas de saúde e, nas palavras de um participante, "doença do coração". (15)

Num estudo seminal desenvolvido em New Haven, CT, Estados Unidos, dados provenientes de um estudo anual abrangente sobre saúde e bem-estar, de uma amostra representativa de 2.812 idosos, foram confrontados com o banco de dados anual da agência local responsável pela verificação de abusos de adultos em cada ano, durante um período de nove anos (50). Informações para o levantamento sobre saúde foram registradas por enfermeiros que cuidaram dos idosos num hospital durante o primeiro ano de coleta de dados, e a cada três anos depois disso. Nos anos intermediários, os dados foram atualizados pelo telefone. Pessoas que trabalham com os casos obtiveram as informações sobre abuso e negligência usando os protocolos existentes, após investigar reclamações de maus-tratos, comumente por uma visita doméstica. O banco de dados incorporado possibilitou aos pesquisadores identificar aquelas pessoas da amostra que durante o levantamento de nove anos foram confirmadas como vítimas de abuso físico ou negligência. Os índices de mortalidade foram então calculados, começando com o primeiro ano do levantamento, e por doze anos a partir de então, tanto em relação àqueles que sofreram

abuso ou negligência como também em relação ao grupo dos que não sofreram abuso. Quando os índices de mortalidade em relação aos dois grupos foram comparados, treze anos depois que o estudo começou, 40% do grupo que não sofreu abuso ou negligência ainda estavam vivos, comparados com 9% daqueles que tinham sofrido abuso físico ou negligência. E, depois de controlar todos os fatores possíveis que poderiam afetar a mortalidade (por exemplo, idade, sexo, renda, condições funcionais e cognitivas, diagnóstico e grau de apoio social) e não encontrar relações significativas nesses fatores adicionais, os pesquisadores concluíram que maus-tratos causam estresse interpessoal extremo que pode representar um risco adicional de morte.

Instituições

Os maus-tratos em relação aos idosos têm sido identificados em instituições de cuidados continuados (tais como instituições asilares, *residential care**, hospitais ou instituições-dia), em quase todos os países onde tais instituições existem. Várias pessoas podem ser responsáveis pelo abuso: um membro remunerado da equipe, outro residente, um visitante voluntário, parentes ou amigos. É possível que, uma vez que o idoso esteja sob cuidados institucionais, um relacionamento abusivo ou negligente entre o idoso e a pessoa que cuida dele em casa não termine necessariamente, pois o abuso pode continuar no novo cenário.

Deve ser feita uma distinção entre atos individuais de abuso ou negligência em cenários institucionais e abuso institucionalizado - onde o regime prevalente da própria instituição é abusivo ou negligente. Na prática, entretanto, normalmente fica difícil dizer se as razões para abuso ou negligência ocorridos num cenário institucional foram decorrentes de atos individuais ou de falhas institucionais, uma vez que ambos frequentemente são encontrados juntos.

O espectro do abuso e negligência dentro das instituições tem uma amplitude considerável (51), e pode ser relacionado a qualquer dos seguintes aspectos:

- provisão de assistência - por exemplo, resistência à mudança nos remédios geriátricos, debilitação da individualidade na assistência, alimentação inadequada e enfermagem deficiente (tal como falta de cuidado com escaras);
- problemas com pessoal - por exemplo, estresse relacionado com trabalho, estafa do pessoal, condições físicas de trabalho precárias,

treinamento insuficiente e problemas psicológicos entre o pessoal;

— dificuldades de interação entre o pessoal e os residentes - por exemplo, comunicação precária, agressividade por parte dos residentes e diferenças culturais;

— ambiente - por exemplo, falta de privacidade básica, instituições dilapidadas, uso de repressão, estímulo sensorial inadequado, propensão a acidentes dentro da instituição;

— políticas organizacionais - por exemplo, aquelas que operam em benefício da instituição dando aos residentes poucas escolhas em relação à vida diária; atitudes burocráticas ou antipáticas em relação aos residentes; redução ou alta rotatividade de pessoal; fraudes envolvendo bens ou dinheiro de residentes; e falta de um conselho de residentes ou conselho de famílias de residentes.

Evidências empíricas provenientes da Índia indicam que o abuso institucional em geral é perpetuado pelo pessoal mediante um sistema regimental inquestionável - em nome da disciplina ou proteção imposta - e exploração da dependência do idoso; e isso é agravado pela falta de administração treinada profissionalmente.

Com o atual nível de conhecimento, é impossível saber quão arraigadas são essas condições. De acordo com levantamento de quinze mil instituições de idosos (52), realizado pelo governo dos Estados Unidos em 1997, as dez deficiências principais, citadas em categorias mais abrangentes, eram:

1. preparação de alimentos (21,8%);
2. avaliação ampla - uma avaliação documentada de todas as necessidades, incluindo assistência médica, enfermagem e assistência social (17,3%);
3. planos de assistência amplos - em geral na forma de um documento especificando as necessidades diárias de assistência de um indivíduo e indicando quem é o responsável por elas, com comentários sobre o progresso e mudanças requeridas (17,1%);
4. acidentes (16,6%);
5. escaras (16,1%);
6. qualidade da assistência (14,4%);
7. dominação física (13,3%);
8. serviços de manutenção (13,3%);
9. falta de dignidade (13,2%);
10. prevenção de acidentes (11,9%).

Abuso e negligência podem ocorrer em muitos tipos de instituição, inclusive aquelas que parecem fornecer assistência de alta qualidade para os

pacientes. Uma questão crucial identificada no exame de pesquisas sobre escândalos em asilos sugeriu que, com pouca mudança identificável na situação aparente, um regime de assistência aceitável ou bom poderia ser transformado fácil e rapidamente num regime abusivo de assistência (53).

O que pode ser feito para evitar o abuso de idosos?

O impacto que a violência física e psicológica têm na saúde de um idoso é exacerbado pelo processo de envelhecimento e pelas doenças da velhice. Em decorrência da deterioração física e cognitiva que geralmente acompanha a velhice, é mais difícil para os idosos deixar um relacionamento abusivo ou tomar decisões corretas. Em alguns lugares, obrigações de parentesco e o uso da rede prolongada de família para resolver dificuldades podem também diminuir a capacidade do idoso, particularmente das mulheres, de escapar de situações perigosas. Frequentemente, o agressor pode ser a única companhia da pessoa que é vítima de abuso. Por causa dessa e de outras considerações, prevenir o abuso de idosos apresenta inúmeros problemas para os especialistas. Na maioria dos casos, o maior dilema é encontrar o equilíbrio entre o direito do idoso à autodeterminação e a necessidade de adotar medidas para acabar com o abuso.

Respostas em nível nacional

No mundo, encontram-se em estágios variados de desenvolvimento os esforços para incentivar medidas sociais contra o abuso de idosos em nível nacional e para elaborar legislação e outras iniciativas políticas. Alguns autores (54,55) têm usado o modelo de problemas sociais de Blumer (56) para descrever os estágios do processo:

- emergência de um problema;
- legitimação do problema;
- mobilização de ações;
- formulação de um plano oficial;
- implementação do plano.

Os Estados Unidos são os mais avançados em termos de uma resposta em nível nacional, com um sistema totalmente desenvolvido para relatar e tratar casos de abuso de idosos. Esse sistema opera em nível estadual, sendo que o governo federal limita-se a apoiar o *National Center on Elder Abuse* [Centro Nacional de Abusos de Idosos] que dá assistência técnica e uma pequena quantia de fundos aos

estados para seus serviços de prevenção de abuso de idosos. Um ponto focal em nível nacional também é disponibilizado pelo *National Committee for the Prevention of Elder Abuse* [Comitê Nacional para a Prevenção de Abuso de Idosos], uma organização sem fins lucrativos criada em 1988, e a *National Association of State Adult Protective Services Administrators* [Associação Nacional de Administradores dos Serviços Estaduais de Proteção a Adultos], instituída em 1989.

Na Austrália e no Canadá, algumas províncias e estados estabeleceram sistemas para lidar com casos de abuso de idosos, mas nenhuma política oficial federal foi anunciada. A Nova Zelândia estabeleceu uma série de projetos-piloto por todo o país. Esses três países possuem grupos nacionais. O *New Zealand National Elder Abuse and Neglect Advisory Council* [Conselho Consultivo sobre Abuso e Negligência de Idosos da Nova Zelândia] foi instituído no começo da década de 1990, para criar um panorama nacional para a assistência e proteção de idosos.

A *Australian Network for the Prevention of Elder Abuse* [Rede Australiana para a Prevenção de Abuso de Idosos], foi estabelecida em 1998 como um ponto de contato e troca de informações para os que trabalham com idosos em situações de abuso. Em 1999, a *Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse* [Rede Canadense para a Prevenção de Abuso de Idosos] foi criada com objetivos semelhantes - encontrar meios de desenvolver políticas, programas e serviços para eliminar o abuso de idosos.

No Reino Unido, a *Action on Elder Abuse* [Ação sobre Abuso de Idosos], uma organização não-governamental nacional, ajudou a voltar a atenção do governo para o abuso de idosos, dando destaque a documentos das políticas do *Department of Health* [Departamento de Saúde] e da *Social Services Inspection* [Inspeção de Serviços Sociais]. A Noruega lidera os países escandinavos, tendo obtido aprovação do Parlamento para um projeto de serviço em Oslo e um centro de recursos para informação e pesquisa sobre violência, sendo este último em grande parte o resultado da ação de campanhas contra o abuso de idosos. Outros países europeus - incluindo Alemanha, França, Itália e Polônia - encontram-se no estágio de "legitimação" do modelo de Blumer. As atividades para a prevenção de abuso de idosos são limitadas principalmente a pesquisadores individuais e alguns programas locais.

O *Latin American Committee for the Prevention*

of Elder Abuse [Comitê Latino-Americano para Prevenção de Abuso de Idosos] fez uma forte campanha para chamar a atenção para o problema de abuso de idosos nos países latino-americanos e caribenhos, e oferece treinamento por ocasião das reuniões internacionais e nacionais. Para alguns países - incluindo Cuba, Uruguai e Venezuela - a conscientização do problema está ainda iniciando, e as atividades consistem principalmente de reuniões de profissionais e estudos de pesquisa. Outros países da região, tais como Argentina, Brasil e Chile, se mobilizaram para a legitimização e ação. Em Buenos Aires, Argentina, a organização "Proteger", que lida exclusivamente com casos de abuso de idosos, foi estabelecida em 1998 como um dos programas do *Department for the Promotion of Social Welfare and Old Age* [Departamento para a Promoção do Bem-Estar Social e da Terceira Idade]. Profissionais e outras pessoas que trabalham nesse programa recebem um treinamento de seis meses em gerontologia, voltado principalmente para a prevenção da violência e intervenção em casos de abuso de idosos. A "Proteger" também dispõe de um serviço de ajuda por telefone.

No Brasil, o apoio oficial ao treinamento para abuso de idosos foi disponibilizado pelo Ministério da Justiça, Saúde e Bem-Estar*. No Chile, como resultado do trabalho da Interministerial *Commission for the Prevention Intrafamiliar Violence* [Comissão Interministerial para Prevenção de Violência em Família], foi aprovada em 1994 (57) uma lei contra a violência em família. A lei abrangia todos os atos de violência em família, inclusive aqueles dirigidos aos idosos.

Na Ásia, estudos desenvolvidos por pesquisadores na China (Hong Kong SAR), Índia, Japão e República da Coreia chamaram a atenção para o problema do abuso de idosos, mas isso não foi seguido, até agora, de nenhuma ação oficial, em termos de políticas ou desenvolvimento de programas.

Relatórios sobre abuso de idosos na África do Sul surgiram pela primeira vez em 1981. Em 1994, um programa preventivo sobre abuso institucional foi estabelecido conjuntamente pelo estado e o setor privado (58). Ativistas que trabalhavam para prevenir o abuso de idosos promoveram fortemente a idéia de uma estratégia nacional sobre abuso de idosos, que o governo está considerando agora, e lutaram pela inclusão do abuso de idosos na declaração final da *Southern Africa Development Community Conference on the Prevention of Violence Against*

Women [Conferência da Comunidade de Desenvolvimento Sul Africana para a Prevenção da Violência contra as Mulheres], realizada em Maseru, Lesoto, em dezembro de 2000. A Nigerian Coalition on Prevention of Elder Abuse [Coalizão Nigeriana para a Prevenção de Abusos contra Idosos] reúne todas as agências e grupos que trabalham com e para os idosos. Para muitas outras nações africanas, os esforços para lidar com abuso de idosos são ofuscados por outras preocupações que aparentemente exercem maior pressão - tais como conflitos, pobreza e dívida.

Em 1997, com uma rápida expansão das atividades mundiais sobre o abuso de idosos, foi criada a INPEA (*International Network for the Prevention of Elder Abuse* [Rede Internacional para a Prevenção de Abusos Contra Idosos]), com representação dos seis continentes. Os objetivos da INPEA são: aumentar a consciência do público; promover educação e treinamento; fazer campanha em defesa do idoso vítima de abuso e negligência; e promover pesquisas sobre causas, conseqüências, tratamentos e prevenções de abuso de idosos.

Durante o primeiro estágio de desenvolvimento da INPEA, os seminários foram o principal meio de treinamento e foram conduzidos em reuniões de profissionais na Austrália, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos e Reino Unido. Foram criados um boletim informativo trimestral e um site na Internet. A INPEA também serviu de modelo para as redes australiana e canadense.

Respostas locais

A maioria dos programas estabelecidos para combater o problema do abuso de idosos encontra-se nos países ricos. Eles geralmente são conduzidos sob os auspícios dos serviços sociais e de saúde ou sistemas legais, ou em associação com programas para combater a violência em família. Embora tenha sido provado que o abuso de idosos existe em vários países pobres ou emergentes, têm sido instituídos poucos programas específicos. Nesses países, casos de abuso de idosos são geralmente tratados pelas agências de serviço social, governamentais ou não governamentais, mesmo que o pessoal de tais agências nem sempre seja instruído sobre o assunto. A Costa Rica, que tem um forte programa local adequado, é uma exceção (11). Em alguns países não existem serviços sociais ou sistemas de assistência à saúde para lidar com o abuso de idosos.

Serviços sociais

Em geral, países que prestam serviços a idosos vítimas de abuso, negligência ou exploração, fazem isso por meio da rede existente de serviços sociais de saúde. Tais casos frequentemente envolvem questões médicas, legais, éticas, psicológicas, financeiras, policiais, e questões ambientais. Para ajudar pessoas que trabalham com casos de abuso, têm sido desenvolvidos protocolos e diretrizes e, em geral, há para elas treinamento especial disponível. A assistência normalmente é planejada por equipes multidisciplinares de consultores. Normalmente, tais serviços operam em estreita colaboração com forças-tarefa que geralmente representam órgãos legais e organizações privadas, voluntárias e de caridade, que oferecem serviços de consultoria, treinamento, desenvolvem legislação modelo e identificam pontos fracos no sistema. Uma característica freqüente de tais sistemas são as linhas diretas disponíveis para receber denúncias de maus-tratos (59, 60) e atualmente elas estão operando no Reino Unido e em comunidades locais na Alemanha, França e Japão (ver Quadro 5.2). Apenas os Estados Unidos e algumas províncias canadenses criaram um sistema para lidar exclusivamente com denúncias sobre maus-tratos de adultos. Nesses serviços de proteção aos adultos, como são conhecidos, as pessoas que trabalham com casos vão investigá-los e avaliá-los, desenvolvendo planos para assistência adequada e monitorando os casos até que eles possam ser entregues às agências existentes de serviços sociais para idosos.

Há um interesse crescente em disponibilizar serviços para vítimas de abuso de idosos na mesma linha daqueles desenvolvidos para mulheres espancadas. São relativamente novos os abrigos de emergência e grupos de apoio especificamente para idosos vítimas de abuso. Eles propiciam um ambiente onde as vítimas de abuso podem compartilhar experiências, fortalecer-se psicologicamente para lidar com seus medos, insegurança, estresse e ansiedade, e levantar a auto-estima. Um exemplo de como o modelo de violência doméstica foi adaptado para o abuso de idosos é o programa estabelecido pela Finnish Federation of Mother and Child Homes and Shelters [Federação Finlandesa de Casas e Abrigos para Mães e Filhos], em colaboração com uma instituição asilar local e o sistema finlandês de assistência à de saúde. Esse projeto disponibiliza camas de abrigo de emergência na instituição asilar, uma linha direta de ajuda que oferece conselhos e uma oportunidade para os idosos falarem sobre seus

problemas; e promove uma reunião quinzenal de um grupo de apoio a vítimas. Existem outros abrigos de emergência semelhantes na Alemanha, Canadá, Estados Unidos e Japão.

Nos países de baixa renda, que carecem de infraestrutura de serviço social para executar esse tipo de programa, projetos locais podem ser implementados não só para ajudar planos de programas para idosos e desenvolver seus próprios serviços, mas também fazer campanhas em favor de mudanças. Essas atividades também propiciarão força e auto-estima aos idosos. Na Guatemala, por exemplo, idosos cegos que foram expulsos de suas casas pelas famílias formaram seu próprio comitê, criaram um abrigo seguro para eles e estabeleceram um artesanato local e outros projetos de geração de renda para ajudar a manutenção do abrigo (61).

Serviços de assistência à saúde

Em alguns países latino-americanos e europeus, como também na Austrália, a profissão médica desempenhou um papel de liderança no que se refere ao aumento do interesse público em relação ao abuso de idosos. Em outros países, incluindo o Canadá e os Estados Unidos, os clínicos ficaram muitos anos atrasados em relação ao trabalho social e de enfermagem. Há poucos programas de intervenção para idosos vítimas de abuso instalados em hospitais. Onde tais programas existem, normalmente são constituídos apenas de equipes de consulta que estão de plantão na eventualidade de denúncia de suspeita de caso de abuso. Os envolvidos na disponibilização de serviços de assistência à saúde têm um papel importante a desempenhar nos programas que controlam e detectam abuso.

Enquanto se pensa que médicos estão em melhor posição para observar casos de abuso — em parte devido à confiança que a maioria dos idosos deposita neles — muitos doutores não diagnosticam abuso porque esse assunto não faz parte do seu treinamento formal ou profissional e, por conseguinte, não consta de sua lista de diagnósticos diferenciais.

Nas salas de emergência, parece que, em geral, também não se dá atenção suficiente às necessidades especiais dos idosos. Os profissionais da área de assistência à saúde em geral se sentem mais confortáveis lidando com pessoas mais jovens do que com pessoas de idade avançada, e os interesses dos pacientes idosos são freqüentemente ignorados. A maioria dos setores de emergência não usam protocolos para detectar e lidar com o abuso de

QUADRO 5.2**Japan Elder Abuse Prevention Centre [Centro de Prevenção de Abuso de Idosos do Japão]**

Em 1993, a *Society for the Study of Elder Abuse* - SSEA [Sociedade para o Estudo de Abusos de Idosos], no Japão, um grupo independente em sua maior parte formado por assistentes sociais e acadêmicos, realizou um levantamento nacional de centros comunitários de assistência. O estudo confirmou a existência de abuso de idosos no país. Com base nos resultados, a SSEA decidiu que um serviço telefônico de aconselhamento, semelhante ao mantido no Reino Unido pela *Action on Elder Abuse* [Ação sobre Abuso de Idosos], seria a melhor maneira de enfrentar o problema de abuso de idosos (60).

Com o apoio financeiro de uma organização não governamental nacional, foi criado em 1996 o *Japan Elder Abuse Prevention Centre*, um órgão sem fins lucrativos, oferecendo serviço telefônico de aconselhamento operado por voluntários, conhecido simplesmente por Helpline [linha direta]. Um dos membros da SSEA, diretor de uma instituição asilar, disponibilizou uma sala para ser usada como escritório e forneceu outros tipos de ajuda. O serviço de aconselhamento foi divulgado nos jornais, centros de apoio e outras agências.

Atualmente, o *Helpline* oferece uma vasta gama de informações, e também aconselhamento legal para qualquer pessoa com problema relacionado ao abuso de idoso - inclusive assistência à saúde e profissionais da área de bem-estar.

No início, os conselheiros do *Helpline* eram todos membros da SSEA, porém depois foram incorporados à equipe três voluntários de fora. Qualquer que seja o dia, um ou dois conselheiros estão de plantão. Treinamento extensivo é dado aos novos conselheiros, e todos os conselheiros participam de reuniões mensais na SSEA para trocar informações sobre abuso de idosos e rever seus estudos de casos. Profissionais de fora podem ser chamados, se necessário, para ajudar a lidar com casos especiais.

O *Helpline* é um serviço exclusivamente telefônico. Se alguém necessita pessoalmente de aconselhamento, o caso é passado para um centro de apoio a serviços domiciliares locais. Confiabilidade e privacidade e o anonimato dos que procuram esse serviço estão entre as principais preocupações do *Helpline*.

idosos, e raramente atentam para tratar a saúde mental e os sinais de comportamento decorrentes do abuso de idosos, tais como depressão, tentativa de suicídio, ou abuso de drogas ou álcool (62).

Deveria haver uma investigação das condições de um paciente em decorrência de possível abuso (63, 64) se um médico ou outro profissional de assistência à saúde notar algum dos seguintes sinais:

- demora entre a ocorrência de lesões ou doenças e a busca de assistência médica;
- explicações implausíveis ou vagas para lesões ou saúde precária, provenientes seja do paciente ou da pessoa que cuida dele;
- casos cuja história difere se o relato é feito pelo paciente ou pela pessoa que cuida dele;
- visitas frequentes a setores de emergência por causa de uma condição crônica que piorou, apesar de um plano de assistência e de recursos

para lidar com a situação na instituição;

- pacientes idosos funcionalmente deteriorados que chegam sem as principais pessoas responsáveis pelos seus cuidados;
 - resultados de laboratório que são inconsistentes com o histórico fornecido.
- Ao conduzir um exame (65), o médico ou o profissional de saúde deveria:
- entrevistar o paciente sozinho, perguntando diretamente sobre uma possível violência física, repressão ou negligência;
 - entrevistar o suspeito de abusar sozinho;
 - prestar muita atenção ao relacionamento entre o paciente e a pessoa suspeita de abusar, e ao comportamento de ambos;
 - fazer uma avaliação geriátrica completa do paciente, incluindo fatores médicos, funcionais, cognitivos e sociais;

— documentar as redes sociais do paciente, tanto formais como informais.

A Tabela 5.1 contém uma lista de indicadores que pode servir como um guia útil se há suspeita de maus-tratos. Contudo, a presença de qualquer indicador nesse quadro não deverá ser tomada como prova de que o abuso aconteceu de fato.

Ação legal

Apesar do crescente interesse pelo problema, a maioria dos países não dispõe de legislação específica sobre o abuso de idosos. Aspectos particulares de abuso são em geral amparados por lei criminal ou por leis que dispõem sobre direitos civis, direito de propriedade, violência em família ou saúde mental. Legislação específica e abrangente sobre o abuso de idosos implicaria em um compromisso muito maior para erradicar o problema. Entretanto, mesmo onde tais leis existem, os casos de abuso de idosos raramente foram processados. Isto se dá principalmente porque os idosos em geral relutam, ou são incapazes de acusar os membros da família, por freqüentemente serem vistos como testemunhas não confiáveis, ou por causa da natureza inerentemente oculta do abuso de idosos. Enquanto o abuso de idosos é visto apenas como um problema da pessoa que cuida do idoso, a ação legal provavelmente não é uma medida eficaz.

Somente as províncias atlânticas do Canadá, alguns estados dos Estados Unidos e Israel possuem legislação para denúncia obrigatória de abuso de idosos. A província canadense de Newfoundland aprovou a sua lei de proteção ao adulto já em 1973, seguida pela última das quatro províncias atlânticas, Prince Edward Island, em 1988. Nos Estados Unidos, 43 estados exigem que os profissionais e outras pessoas que trabalham com idosos denunciem possíveis casos de abuso de idosos a uma agência estatal designada para esse fim, se eles têm "razão para acreditar" que o abuso, negligência ou exploração aconteceu. O primeiro desses estados aprovou sua legislação em 1976, e os mais recentes em 1999. A lei de Israel data de 1989. Como aconteceu com as leis de denúncia de abuso infantil, todas essas leis sobre abuso de idosos foram introduzidas para impedir que a evidência de abuso não passe despercebida. A denúncia obrigatória foi considerada uma ferramenta valiosa, particularmente em situações em que as vítimas eram incapazes de denunciar e os profissionais estavam relutantes em relatar os casos. Embora a pesquisa do impacto da

denúncia obrigatória existente ainda não forneça uma resposta conclusiva, as indicações são de que o fato de um caso ser, ou não, denunciado tem menos a ver com as exigências legais do que com outros fatores organizacionais, éticos, culturais e profissionais(66).

Educação e campanhas de conscientização pública

Nos países industrializados, a educação e as campanhas de conscientização pública têm sido vitais para informar as pessoas sobre o abuso de idosos. A educação envolve não apenas o ensino de novas informações, mas também a mudança de atitudes e de comportamento, e é, portanto, uma estratégia preventiva fundamental. Pode ser conduzida de vários de modos - por exemplo, em sessões de treinamento, seminários, programas de educação continuada, oficinas, reuniões científicas e conferências. Aqueles escolhidos incluirão não apenas especialistas nas várias disciplinas relevantes - desde medicina, saúde mental, e enfermagem até trabalho social, justiça criminal e religião - mas também pesquisadores, educadores, formuladores de política e pessoas responsáveis pela tomada de decisões.

Um típico plano básico adequado para a maioria das disciplinas inclui uma introdução ao tema do abuso de idosos, a consideração dos sinais e sintomas de abuso, e detalhes de organizações locais que possam dar assistência. Cursos de treinamento mais especializados se concentrarão em desenvolver práticas em entrevistas, avaliação de casos de abuso e planejamento de programas de assistência. Para abranger matérias éticas e legais é mesmo necessário o ensino mais avançado, ministrado por especialistas na área. Cursos sobre como trabalhar com outros profissionais e em equipes multidisciplinares também se tornaram parte do currículo de treinamento avançado sobre abuso de idosos.

Educação pública e aumento da consciência são elementos igualmente importantes para prevenir abuso e negligência. Assim como ocorre na educação pública sobre abuso infantil e violência perpetrada por parceiros íntimos, o objetivo é informar o público em geral sobre os vários tipos de abusos, como identificar os sinais e onde obter ajuda. Pessoas que têm contato freqüente com os idosos são alvos especiais para esse tipo de educação. À parte dos membros da família e amigos, também estão incluídos funcionários dos correios, atendentes de bancos, e funcionários encarregados da leitura de eletricidade e gás. Programas educacionais dirigidos aos próprios

Tabela 5.1

Indicadores relativos aos idosos				Indicadores relativos às pessoas que cuidam dos idosos
Físicos	Comportamentais e emocionais	Sexuais	Financeiros	
<ul style="list-style-type: none"> Queixas de ter sido fisicamente agredido Quedas e lesões, anaplásticas Queimaduras e hematomas em lugares inusitados ou de tipo inusitado Cortes, marcas de dentes ou outras esferências de deformação física Prescrições excessivamente repetidas ou seu valor excessivo de medicação Desnutrição ou desidratação sem causa relacionada a doença Evidência de cuidados inadequados ou padrões precários de higiene A pessoa necessita assistência médica de rotina ou com as maiores necessidades 	<ul style="list-style-type: none"> Mudanças no padrão de alimentação ou problemas de sono Mudanças de humor ou apatia Passividade, retraimento ou depressão crescente Desamparo, desesperança ou ansiedade Declarações contraditórias ou outras ambivalências que não resultem de confusão mental Relutância para falar abertamente Fuga de contato físico, de olho, ou verbal com a pessoa que cuida do idoso O idoso é isolado pelos outros 	<ul style="list-style-type: none"> Queixas de ter sido sexualmente agredido Comportamento sexual que não condiz com os relacionamentos atuais do idoso e com a personalidade antiga Mudanças de comportamento inexplicáveis, tais como agressão, retraimento ou auto-mutilação Queixas frequentes de dores abdominais, sangramento vaginal ou anal inexplicável Injúrias genitais, revescetes, ou ferimentos em volta dos seios ou da região genital Roupa de baixo sutiagem, com midas, ou manchas de sangue 	<ul style="list-style-type: none"> Retiradas de dinheiro que são inocentes ou típicas do idoso Refusos de ajudar que não são de natureza emocional ou de tipo idoso Mudança de testamento ou de títulos de propriedade para devar a casa ou bens para "novos amigos ou parentes" Bens que faltam O idoso "não consegue encontrar" as jóias ou pertences pessoais Atracade suspeito em contra do estado de crédito Falta de conforto ou onde o idoso poderia viver com os problemas médicos ou de saúde mental que não são tratados Nível de assistência inapropriado com a renda e as habilidades do idoso 	<ul style="list-style-type: none"> A pessoa que cuida do idoso aparece cansada ou estressada A pessoa que cuida do idoso parece excessivamente preocupada ou despreocupada A pessoa que cuida do idoso censura o idoso por atos tais como incontinência A pessoa que cuida do idoso se comporta agressivamente A pessoa que cuida do idoso trata o idoso como criança em modo desumano A pessoa que cuida do idoso tem uma história de abuso de substâncias ou de abusos de outros A pessoa que cuida do idoso não quer que a idosa seja entrevistada isolada A pessoa que cuida do idoso responde de modo defensivo quando questionado ou ela fala em lástima ou evasiva A pessoa que cuida do idoso tem estado cuidando dele por um longo período de tempo

idosos geralmente têm mais êxito se a informação sobre abuso é organizada em tópicos mais abrangentes, tais como envelhecimento com sucesso ou atenção à saúde. Organização para os idosos, centros comunitários, programas de assistência diária, escolas (ver Quadro 5.3), e grupos de auto-ajuda e apoio podem auxiliar esse esforço educacional.

A mídia é uma ferramenta poderosa para aumentar a conscientização pública. Imagens mais positivas e maior destaque para os idosos na mídia podem ajudar na mudança de atitudes e reduzir os estereótipos que existem em relação aos idosos. Os participantes do grupo de estudo focal realizado na África do Sul fortaleceram a importância da mídia no aumento da conscientização pública (15), sugerindo que a conscientização do problema do abuso de idosos deveria ser promovida por meio de oficinas comunitárias com o envolvimento do governo. Em outros países emergentes, com recursos limitados, associações locais podem disponibilizar educação básica juntamente com assistência à saúde.

Até agora, poucos programas de intervenção foram avaliados e, por conseguinte, não é possível dizer que os enfoques tiveram maior êxito. Esforços para avaliar a eficácia de vários projetos foram prejudicados pela falta de definições comuns, diversas explicações teóricas, baixo nível de interesse por parte da comunidade científica e falta de recursos

para o desenvolvimento de estudos rigorosos.

Uma revisão da literatura sobre estudos de intervenções em abusos de idosos concluiu que 117 desses estudos foram publicados, em inglês, entre 1989 e 1998 (G. Bolen, J. Ploeg & B. Hutchinson, dados inéditos, 1999). Nenhum deles, entretanto, incluiu um grupo de comparação ou atingiu critérios padrão para um estudo de avaliação válido. Com base nessas descobertas, os autores da revisão perceberam que não havia evidência suficiente em favor de nenhuma intervenção específica. Seis dos estudos revisados foram apontados como os mais próximos dos critérios necessários, porém eles também continham sérias fragilidades metodológicas. Entre esses seis estudos, a proporção de casos solucionados com êxito, de acordo com uma intervenção, variou de 22 % a 75%.

Recomendações

Embora o abuso de idosos por membros da família, por pessoas que cuidam de idosos e outros seja melhor compreendido hoje do que há 25 anos, é necessária uma base de conhecimentos mais sólidas para o estabelecimento de políticas, planejamento e programas. Muitos aspectos do problema permanecem desconhecidos, incluindo suas causas e consequências, e mesmo a extensão em que ocorre.

Pesquisas sobre a eficácia de intervenções não produziram até o momento quase nenhum resultado útil ou confiável.

Talvez a forma mais insidiosa de abuso contra idosos resida nas atitudes negativas e estereótipos, em relação aos idosos e ao próprio processo de envelhecimento, atitudes essas que se refletem no freqüente culto à juventude. Enquanto os idosos forem desvalorizados e marginalizados pela sociedade, eles sofrerão de perda de identidade e permanecerão extremamente suscetíveis à discriminação e a todas as formas de abuso.

Entre as prioridades necessárias para enfrentar e erradicar o problema do abuso de idosos estão:

- maior conhecimento do problema;
- leis e políticas mais sólidas e efetivas;
- estratégias de prevenção mais eficazes.

Maior conhecimento

Aprofundar o conhecimento sobre o abuso de idosos é uma das principais prioridades mundiais.

Em 1990, dando ampla abrangência ao assunto, o *Council of Europe* [Conselho da Europa] promoveu uma conferência que examinou conceitos, estatísticas, leis e políticas, prevenção e tratamento, como também as fontes de informação disponíveis sobre abuso de idosos (67). Um grupo de trabalho global sobre abuso de idosos deveria ser instituído para tratar de todas essas questões. Entre outras atribuições, tal órgão poderia consolidar e padronizar as estatísticas globais e produzir os requisitos necessários para a elaboração de um relatório comum de dados. Também deveria ser pesquisado e melhor explicado o papel preciso de diferentes culturas em relação ao abuso de idosos.

É imprescindível o desenvolvimento de pesquisas visando a intervenções eficazes. Estudos deveriam ser realizados a fim de verificar como os idosos podem desempenhar um papel mais importante, planejando e participando de programas de intervenção, a exemplo do que já vem sendo feito no Canadá. Essa iniciativa poderia ser especialmente relevante nos

QUADRO 5.3

Currículo de uma escola canadense para prevenção de abuso de idosos

Uma organização não governamental, Health Canada, desenvolveu um projeto educacional de duas etapas sobre abuso de idosos para crianças e jovens. Esse projeto tem como objetivo conscientizar e sensibilizar crianças com relação à velhice e o que ela acarreta, e criar oportunidades para os jovens estabelecerem relacionamentos através das gerações. Desse modo, espera-se que crianças e jovens desenvolvam maior respeito pelos idosos e se tornem muito menos propensos, agora e no futuro, a maltratá-los.

A primeira etapa do projeto consiste de um kit interativo que conta histórias para crianças de 3 a 7 anos de idade, envolvendo jogos e fábulas. Mesmo que não aborde diretamente o assunto do abuso de idosos, o kit fornece imagens positivas da velhice. Esse material também provou ser efetivo com crianças mais velhas que têm conhecimento limitado de inglês.

Um currículo escolar formal constitui a essência da segunda etapa do projeto, desenvolvido depois de longas consultas com uma série de pessoas - incluindo professores, pessoas que trabalham com jovens, líderes religiosos, provedores de assistência à saúde, jovens, pessoas que trabalham com os idosos e os próprios idosos. O currículo, adequado principalmente para adolescentes, tem como objetivo mudar atitudes negativas, com relação a idosos e velhice, profundamente arraigadas na sociedade, e reduzir o nível de abuso de idosos.

Ainda no Canadá, escolas em Ontário incluíram o tópico de resolução de conflitos em seus currículos, e os professores acreditam que uma discussão sobre o abuso de idosos pode ser introduzida no contexto desse assunto.

países emergentes, onde o envolvimento dos idosos na elaboração e implementação de programas pode ajudar a aumentar a consciência sobre seus direitos, tratar dos problemas relacionados à exclusão social e ajudar a fortalecê-los (3).

São necessários padrões mais rigorosos para a pesquisa científica sobre abuso de idosos. Muitas pesquisas desenvolvidas no passado, que utilizaram uma metodologia frágil, incluíram poucas amostras produzindo, às vezes, resultados conflitantes. Alguns estudos demonstraram que o estado mental do agressor e o abuso de substâncias são fatores de risco, porém, ainda não foi investigado exatamente como esses fatores de risco - em alguns casos, mas não em outros - contribuem para o abuso ou a negligência. Trabalhos adicionais também são necessários para esclarecer os dados comumente contraditórios sobre deterioração cognitiva e física nos idosos como fator de risco para abuso.

Causas de abuso

Também são necessárias pesquisas adicionais sobre o papel do estresse entre as pessoas que cuidam de idosos, originalmente considerado a causa principal do abuso de idosos. Com a crescente evolução mundial da doença de Alzheimer e o aumento do nível de comportamento abusivo encontrado em famílias em que um dos membros sofre dessa doença, deveria ser dada mais atenção ao relacionamento entre esses idosos e as pessoas que cuidam deles. Embora pareça óbvio que o isolamento social ou a falta de apoio podem contribuir para o abuso ou a negligência, os idosos que são vítimas de abuso, em geral não querem participar de programas que estimulam a interação social, tais como centros para idosos ou atividades diárias dirigidas. Pesquisas sobre quem são essas vítimas e sobre suas situações poderiam resultar em soluções mais adequadas.

A pecha de velharia - o papel da discriminação e estigmatização das pessoas mais velhas - como uma possível causa do abuso de idosos ainda tem de ser investigada adequadamente, embora alguns especialistas na área tenham sugerido que a marginalização do idoso é um fator contribuinte. Estudos comparados de culturas provavelmente seriam úteis para compreender esse efeito.

Evidentemente há certos fatores sociais e culturais em alguns países emergentes que estão diretamente ligados ao abuso, tais como a crença em bruxaria e o abandono de viúvas. Outras práticas, que também são freqüentemente citadas como

importantes fatores causais, necessitam ser examinadas, uma vez que não existem pesquisas para confirmar essas afirmações.

Outros fatores culturais e socioeconômicos, tais como pobreza, modernização e sistemas de herança, podem ser causas indiretas de abuso. A utilização do modelo ecológico para explicar o abuso de idosos ainda é nova e são necessárias mais pesquisas sobre os fatores que operam nos diferentes níveis desse modelo.

Impacto do abuso

O aspecto do abuso de idosos que talvez tenha recebido menos atenção é o impacto no idoso. Estudos longitudinais, que rastreiam por um longo período de tempo tanto vítimas de abuso como pessoas que não sofreram abuso, deveriam, por conseguinte, fazer parte da agenda das pesquisas. Particularmente, poucos estudos examinaram o impacto psicológico sobre uma pessoa vítima de abuso. Com exceção da depressão, pouco se conhece sobre os danos emocionais causado às vítimas.

Avaliação de intervenções

Diversas intervenções têm sido desenvolvidas, inclusive intervenções relacionadas a denúncia obrigatória, unidades de serviços de proteção, protocolos de serviço social, abrigos de emergência, grupos de apoio e auto-ajuda e equipes de consulta. Entretanto, muito poucas têm sido avaliadas e utilizando um projeto de pesquisa experimental ou quase experimental, e, portanto, são imprescindíveis pesquisas de avaliação de alto padrão. Lamentavelmente, o tema abuso de idosos não tem atraído a atenção de muitos pesquisadores renomados, cuja experiência é essencial. Maiores investimentos de recursos em estudos sobre abuso de idosos estimulariam tais pesquisas.

Leis mais efetivas

Direitos básicos

Os direitos humanos dos idosos devem ser garantidos mundialmente. Para atingir este fim, é necessário que:

- as leis existentes sobre violência doméstica ou intrafamiliar sejam ampliadas para incluir os idosos como um grupo;
- leis criminais e civis relevantes existentes abranjam explicitamente o abuso, a negligência e a exploração de idosos;

—os governos introduzam novas leis especificamente para proteger idosos.

Tradições abusivas

Muitas tradições existentes são abusivas com relação a mulheres idosas, incluindo crença em bruxaria e prática de abandono de viúvas. Para acabar com esses costumes, será necessário um alto grau de colaboração entre muitos grupos, provavelmente por um longo período de tempo. Para auxiliar este processo é necessário que:

- grupos de defesa, constituídos de idosos e de pessoas mais jovens, sejam formados em nível local, estadual e nacional para fazer campanhas por mudanças;
- programas governamentais de saúde e bem-estar busquem ativamente mitigar o impacto negativo que muitos processos de modernização e conseqüentes mudanças na estrutura de família têm provocado nos idosos;
- governos nacionais estabeleçam um sistema de pensão adequado em todos os países onde não exista tal mecanismo.

Estratégias de prevenção mais eficazes

No nível mais básico, deve se dar maior importância principalmente à prevenção. Isto requer a construção de uma sociedade em que os idosos possam viver com dignidade, tendo as necessidades básicas de vida adequadamente providas, e com oportunidades genuínas para auto-satisfação. Para aquelas sociedades dominadas pela pobreza, o desafio é enorme.

A prevenção começa com a conscientização. Um importante caminho para aumentar o nível de conscientização - tanto entre o público como entre profissionais envolvidos - é por meio da educação e do treinamento. Aqueles provedores de atenção à saúde e serviços sociais em todos os níveis, tanto na comunidade como nos cenários institucionais, deveriam receber treinamento básico sobre a constatação de abusos de idosos. A mídia é uma segunda ferramenta poderosa para aumentar a conscientização do problema entre o público em geral e as autoridades e buscar possíveis soluções.

Programas para a prevenção de abuso de idosos em seus lares, nos quais os próprios idosos desempenham um papel de liderança, incluem:

- recrutamento e treinamento de idosos para servirem como visitantes ou acompanhantes de
- outros idosos que estão isolados;

criação de grupos de apoio para idosos vítimas de abuso;

- estabelecimento de programas comunitários para estimular a interação e participação social entre os idosos;
- constituição de redes sociais de idosos em localidades, vizinhanças ou unidades residenciais;
- trabalho com idosos para instituir programas de "auto-ajuda", a fim de habilitá-los a ser produtivos.

A prevenção do abuso de idosos por meio da ajuda a agressores, especialmente jovens, para resolver seus próprios problemas, é uma tarefa difícil. Medidas que podem ser úteis incluem:

- desenvolvimento e implementação de planos de assistência amplos;
- treinamento de pessoal;
- políticas e programas para tratar estresse, de - pessoal, relacionado a trabalho;
- desenvolvimento de políticas e programas para melhorar o ambiente físico e social das instituições.

Conclusão

O problema do abuso de idosos não pode ser solucionado adequadamente se as necessidades essenciais dos idosos - de alimentação, abrigo, segurança e acesso à assistência à saúde - não forem atendidas. As nações do mundo devem criar um ambiente em que envelhecer seja aceito como uma parte natural do ciclo da vida, em que atitudes antienvelhecimento sejam desencorajadas, em que os idosos tenham o direito de viver com dignidade, livres de abusos e exploração, e seja dada a eles a oportunidade de participar plenamente das atividades educacionais, culturais, espirituais e econômicas(3).

Referências

1. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5:20-24.
2. Burston GR. "Granny battering". *British Medical Journal*, 1975, 3:592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people*. London, HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3:1-20.
5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*,

- 1989, 1:17-37.
6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7:3-22.
 7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (May-June).
 8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:183-198.
 9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33:386-395.
 10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. In: Tatara T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Philadelphia, PA, Francis & Taylor, 1999:119-139.
 11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12:73-87.
 12. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
 13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. London, Help Age International, 1999.
 14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
 15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape*
 16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51-57.
 17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5-58.
 18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1-18.
 19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998-999.
 20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885-888.
 21. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa, Health Canada, 2000.
 22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, DC, United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
 23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5-30.
 24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
 25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79-103.
 26. Cap RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
 27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. In: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:31-46.
 28. O'Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. In: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:7-30.
 29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York, NY, Columbia University Press, 1989.
 30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359-1362.
 31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45-54.
 32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case-control study. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:239-264.
 33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32:493-497.
 34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276-283.
 35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. London, Sage, 1996.
 36. Steinmetz SK. *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
 37. Eastman M. *Old age abuse: a new perspective*, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
 38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38:471-480.
 39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990,

- 30:206-211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47:S165-S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197-217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247-255.
45. Kwan AY. *Elder abuse in Hong Kong: a new family problem for the east?* In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:65-80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8:379-382. Flats. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65-74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185-206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. In: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Aging and post-traumatic stress disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1996:126-135.
50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 20:428-432.
51. Bennett G Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies*, 1991-1997. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. In: Glendenning F, Kingston P, eds. *Elder abuse and neglect in residential settings: different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1999:13-28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem: a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20:651-663.
55. Bennett G Kingston P. *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. London, Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18:298-306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean: national report for Chile*. New York, United Nations Development Programme, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:171-182.
59. Hearing the despair: the reality of elder abuse. London, Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:105-112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly: gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14:75-95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79-83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:437-443.
64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. In: Bosker G et al., eds. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, MO, CV Mosby, 1990:533-542.
65. Elder mistreatment guidelines: detection, assessment and intervention. New York, NY, Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse: mandatory reporting revisited. In: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH, eds. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, CT, JAI Press, 1996:155-170.
67. *Violence against elderly people*. Strasbourg, Council of Europe, Steering Committee on Social Policy, 1991.

CAPÍTULO 6

Violência sexual

Antecedentes

A violência sexual ocorre no mundo todo. Apesar de na maioria dos países haver pouca pesquisa sobre a questão, os dados disponíveis sugerem que, em alguns países, quase uma em quatro mulheres pode vivenciar a violência perpetrada por um parceiro íntimo (1 - 3) e quase um terço das adolescentes relatam que sua primeira experiência sexual foi forçada (4-6).

A violência sexual tem um impacto profundo sobre a saúde física e mental. Além de causar lesões físicas, ela está associada a um maior risco de diversos problemas de saúde sexual e reprodutiva, com consequências imediatas e consequências em longo prazo (4, 7 - 16). Seu impacto sobre a saúde mental pode ser tão sério quanto seu impacto físico, podendo ser também de longa duração (17 - 24). As mortes subsequentes à violência sexual podem se manifestar sob a forma de suicídio, infecção por HIV (25) ou assassinato - que pode ocorrer durante uma agressão sexual ou posteriormente, como um assassinato "pela honra" (26). A violência sexual também pode afetar profundamente o bem-estar social das vítimas; em consequência dessa violência, as pessoas podem ser estigmatizadas e jogadas ao ostracismo por suas famílias e outras pessoas (27, 28).

Por parte do perpetrador, o sexo forçado pode resultar em gratificação sexual, apesar de seu propósito subjacente ser frequentemente a expressão de poder e dominação sobre a pessoa agredida. Geralmente, os homens que forçam uma esposa a um ato sexual acreditam que suas ações são legítimas porque eles são casados com a mulher.

O estupro de mulheres e homens comumente é utilizado como uma arma de guerra, como uma forma de ataque ao inimigo, tipificando a conquista e a degradação de suas mulheres ou de seus combatentes capturados (29). O estupro também pode ser utilizado para punir as mulheres por transgredirem códigos sociais ou morais como, por exemplo, aqueles que proíbem o adultério ou a embriaguez em público. As mulheres e os homens também podem ser estuprados quando estão sob custódia da polícia ou na prisão.

Embora a violência sexual possa ser dirigida tanto aos homens quanto às mulheres, o foco principal deste capítulo será nas várias formas de violência sexual contra as mulheres, bem como nos tipos de violência sexual dirigidos a meninas e perpetrados por outras pessoas que não as responsáveis por cuidar delas.

Como a violência sexual é definida?

A violência sexual é definida como:

qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles.

A coação pode abranger diversos graus de força. Além da força física, ela pode envolver intimidação psicológica, chantagem ou outras ameaças - por exemplo, a ameaça de dano físico, de ser demitida de um emprego ou de não obter um emprego. A coação também pode ocorrer quando a pessoa agredida é incapaz de dar seu consentimento, por exemplo, enquanto está embriagada, drogada, adormecida, ou é mentalmente incapaz de entender a situação.

A violência sexual inclui o estupro, definido como a penetração forçada - fisicamente ou por meio de alguma outra coação, mesmo que sutil - da vulva ou do ânus, utilizando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto. A tentativa de fazê-lo é conhecida por *estupro tentado*. O estupro de uma pessoa cometido por dois ou mais perpetradores é conhecido como *estupro cometido por gangue*.

A violência sexual pode incluir outras formas de agressão, envolvendo um órgão sexual, inclusive o contato forçado entre a boca e o pênis, a vulva ou o ânus.

Formas e contextos da violência sexual

Diversos atos sexualmente violentos podem ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários. Dentre eles, podemos citar:

- estupro dentro do casamento ou namoro;
- estupro cometido por estranhos;
- estupro sistemático durante conflito armado;
- investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores;
- abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes;
- abuso sexual de crianças;
- casamento ou coabitação forçados, inclusive casamento de crianças;
- negação ao direito de usar anticoncepcionais ou adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmitidas;
- aborto forçado;

— atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, inclusive mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade;

— prostituição forçada e tráfico de pessoas com fins de exploração sexual.

Não há uma definição universalmente aceita de tráfico para exploração sexual. O termo abrange o movimento organizado de pessoas, geralmente mulheres, entre países e dentro dos países para trabalho sexual. O tráfico também inclui forçar um migrante a um ato sexual como condição para permitir ou fazer os acertos necessários para a migração.

O tráfico sexual utiliza-se da coação física, da fraude e da escravidão resultantes de dívidas forçadas. Mulheres e crianças traficadas, por exemplo, comumente recebem promessas de trabalho doméstico ou na indústria, mas, ao invés disso, quase sempre são levadas a bordéis onde seus passaportes e outros documentos de identificação são confiscados. Elas podem apanhar ou ser trancafiadas e terem sua liberdade condicionada a pagarem, por meio da prostituição, o seu preço de compra, assim como os custos de viagem e visto (30 - 33).

A extensão do problema

Fontes dos dados

Os dados sobre violência sexual geralmente são fornecidos pela polícia, por clínicas, por organizações não governamentais e por pesquisas. A relação entre essas fontes e a magnitude global do problema da violência sexual pode ser vista como equivalente a um *iceberg* flutuando na água (34) (ver Figura 6.1). A pequena ponta visível representa os casos denunciados à polícia. Uma parte maior pode ser esclarecida através de pesquisa e do trabalho das

organizações não governamentais. Contudo, abaixo da superfície está um componente substancial, ainda que não quantificado, do problema.

De forma geral, as pesquisas têm negligenciado a violência sexual. Os dados disponíveis são insuficientes e fragmentados. Os dados fornecidos pela polícia, por exemplo, geralmente são incompletos e limitados. Muitas mulheres não denunciam a violência sexual para a polícia por vergonha ou porque têm medo de serem humilhadas, de não acreditarem nelas ou de serem maltratadas de alguma forma. Os dados fornecidos pelos institutos médicos-legais, por outro lado, podem apresentar desvios em relação aos incidentes mais violentos de abuso sexual. A quantidade de mulheres que procuram os serviços médicos por causa de problemas imediatos relacionados à violência sexual também é relativamente pequena.

Apesar de durante a última década, em decorrência das pesquisas, ter havido avanços consideráveis no tocante à mensuração do fenômeno, as definições utilizadas variam consideravelmente de estudo para estudo. Há também significativas diferenças entre as culturas no que se refere à vontade de revelar a violência sexual para os pesquisadores. Portanto, é necessário ter cautela ao fazer comparações globais acerca da ocorrência da violência sexual.

Estimativas de violência sexual

Os levantamentos realizados a respeito de vítimas de crime, em várias cidades e em vários países, têm utilizado uma metodologia comum, para ajudar a comparabilidade e incluir, de forma geral, as perguntas sobre violência sexual. A tabela 6.1 resume os dados de alguns desses levantamentos relativos à

FIGURA 6.1

Magnitude do problema da violência sexual



TABELA 6.1

Percentual de mulheres com 16 anos ou mais que relataram ter sido sexualmente agredidas nos últimos cinco anos. Cidades selecionadas, 1992 - 1997

País	População do estudo	Ano	Tamanho da amostra	Percentual de mulheres (com 16 anos ou mais) sexualmente agredidas nos últimos 5 anos (%)
África				
África do Sul	Johannesburg	1996	1.006	2,3
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egito	Cairo	1992	1.000	3,1
Tânieia	Grande Tânieia	1993	1.087	1,9
Uganda	Kampala	1996	1.197	4,5
Zâmbia	Harare	1996	1.006	2,2
América Latina				
Argentina	Buenos Aires	1996	1.000	5,8
Bolívia	La Paz	1996	999	1,4
Brasil	Rio de Janeiro	1996	1.000	8,0
Colômbia	Bogotá	1997	1.000	5,0
Costa Rica	San José	1996	1.000	4,3
Paraguai	Assunção	1996	587	2,7
Ásia				
China	Beijing	1996	2.000	1,6
Filipinas	Manila	1996	1.500	0,3
Índia	Bombaim	1996	1.200	1,9
Índia/Ásia	Jakarta e Surabaya	1996	1.400	2,7
Europa Oriental				
Albânia	Tirana	1996	1.200	6,0
Hungria	Budapeste	1996	756	2,0
Lituânia	Dzūkai, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Vilnius	1997	1.000	4,8
Mongólia	Ulaanbaatar, Ulaanmod	1996	1.201	3,1

Fonte: referências 35 e 36.

ocorrência de agressão sexual nos últimos cinco anos (35, 36). Conforme esses estudos, o percentual de mulheres que relataram ter sido vítimas de ataque sexual varia de menos de 2% em locais como La Paz, na Bolívia (1,4%), Gaborone em Botsuana (0,8%), Beijing na China (1,6%) e Manila nas Filipinas (0,3%) a 5% ou mais em Tirana na Albânia (6,0%), Buenos Aires na Argentina (5,8%), Rio de Janeiro no Brasil (8,0%), e Bogotá na Colômbia (5,0%). É importante observar que esses números não fazem qualquer distinção entre estupro cometido por estranhos ou por parceiros íntimos. As pesquisas que não fazem essa distinção, ou as que analisam apenas o estupro cometido por estranhos geralmente subestimam bastante a ocorrência da violência sexual (34).

Além dos levantamentos acerca de crimes, houve alguns poucos com amostragens representativas que perguntaram às mulheres sobre violência sexual. Por exemplo, em uma pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos, 14,8% das mulheres com mais de 17 anos de idade relataram já ter sido estupradas (mais 2,8% passaram por uma tentativa de estupro) e 0,3% da amostra relatou ter sido estuprada no ano anterior (37). Uma pesquisa com uma amostragem representativa de mulheres na faixa etária de 18 a 49

anos, realizada em três províncias da África do Sul, verificou que no ano anterior 1,3% das mulheres havia sido forçada, fisicamente ou por ameaças verbais, a ter sexo não consensual (34). Em uma pesquisa com uma amostra representativa da população geral com mais de 15 anos de idade, realizada na República Checa (38), 11,6% das mulheres relataram já ter sofrido contato sexual forçado durante sua vida, sendo que 3,4% relataram que o fato ocorreu mais de uma vez. A forma mais comum de contato foi o coito vaginal forçado.

Violência sexual praticada por parceiros íntimos

Em muitos países, uma grande parcela das mulheres que vivenciam a violência sexual também vivencia o abuso sexual. No México e nos Estados Unidos, os estudos estimam que de 40 a 52% das mulheres que vivenciam violência física praticada por um parceiro íntimo também estão sujeitas a coação sexual por parte desse parceiro (39,40). Às vezes, a violência

sexual ocorre sem a violência física (1). No Estado de Uttar Pradesh, na Índia, em uma amostra representativa de mais de 6 mil homens, 7% relataram ter praticado abuso sexual e físico contra suas esposas, 22% relataram utilizar a violência sexual sem violência física e 17% relataram que haviam utilizado somente a violência física (41).

A Tabela 6.2 resume alguns dos dados disponíveis sobre a ocorrência de coação sexual praticada por parceiros íntimos (1 - 3, 37, 42 - 57). Os resultados desses estudos mostram que a agressão sexual praticada por um parceiro íntimo não é rara, nem específica de qualquer região do mundo. Por exemplo, 23% das mulheres em North London, Inglaterra, relataram ter sido vítimas de estupro - tentado ou consumado - praticado por um parceiro.

Números semelhantes foram relatados em Guadalajara no México (23,0%), em León na Nicarágua (21,7%), em Lima no Peru (22,5%) e na Província Midlands no Zimbábue (25,0%). A ocorrência de mulheres sexualmente agredidas por um parceiro íntimo durante sua vida (inclusive tentativas de agressão) também foi estimada em algumas poucas pesquisas nacionais (por exemplo, Canadá 8,0%, Escócia, Gales e Inglaterra (juntos) 14,2%, Estados

TABELA 2.1

Eficácia da intervenção comunitária na prevenção da violência e no gerenciamento da violência: fontes e exemplos

Contexto avaliação	Estabelecimento de "rede"	Intervenção comunitária
	Atividades de 15 a 19 meses	Intervenção comunitária (Atividades de 15 a 19 meses)
Individual	<ul style="list-style-type: none"> Programas de desenvolvimento social^a Desenvolvimento para os jovens sob alto risco de violência para concluir o ensino médio^b Atividade de treinamento^c Programas de treinamento^c ou treinamento que incluem reuniões e reuniões de grupo para que os jovens possam lidar com a violência na prisão^d Programas de intervenção em violência, ex. psiquiatria ou intervenção^e Programas que oferecem informações sobre abuso de drogas^f Programas de treinamento em habilidades^g Treinamento para o uso seguro de armas^h Programas formulados em cima de treinamento militar básicoⁱ Programas de treinamento para jovens em ambientes de adultos^j 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer incentivos para continuar cursos de nível superior Treinamento vocacional
Família, comunidade (ex., família, colegas, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Programas de treinamento^k Mediação de colegas ou aconselhamento de colegas^l Programas temporários de assistência para delinquentes graves e crônicos Terapia familiar^m 	<ul style="list-style-type: none"> Programas para fortalecer as relações com a família, os pais e os colegas e para reduzir a exposição a ambientes com comportamentos violentos
Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de segurança para os jovens em um voluntariado e educação de outras atividades comunitárias Melhoria da comunidade, ex. inclusão política ou atividades políticas existentes e a segurança Atividades comunitárias Programas de prevenção contra ganguesⁿ Treinamento de trabalho voluntário e educação de assistência à comunidade para que identifiquem e encaminhem os jovens sob risco de violência Políticas comunitárias Redução da disponibilidade de álcool Melhoria na resposta de emergência, ex. assistência ao trauma e acesso a serviços de saúde Compra de armas de fogo^o Desarmamentação da população Redução da má distribuição de renda Campañas de informação pública Educação da violência pública pela mídia Educação de voluntários da lei que previnem a manifestação ilegal de armas para os jovens Prevenção de armazenamento seguro de armas de fogo Fortalecimento e melhoria dos sistemas policiais e judiciais Reformar os sistemas judiciais 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de segurança para adultos Fortalecimento comunitário Redução da violência comunitária Melhoria na resposta de emergência, ex. assistência ao trauma e acesso a serviços de saúde Compra de armas de fogo^o
Social	<ul style="list-style-type: none"> Desarmamentação da população Redução da má distribuição de renda Campañas de informação pública Educação da violência pública pela mídia Educação de voluntários da lei que previnem a manifestação ilegal de armas para os jovens Prevenção de armazenamento seguro de armas de fogo Fortalecimento e melhoria dos sistemas policiais e judiciais Reformar os sistemas judiciais 	<ul style="list-style-type: none"> Desarmamentação da população Redução da má distribuição de renda Criação de programas de proteção de emprego para as pessoas com desemprego crônico Campañas de informação pública Prevenção de armazenamento seguro de armas de fogo Fortalecimento e melhoria dos sistemas policiais e judiciais

^a Programas de liberdade violenta em que a pena é suspensa enquanto o formando o bom comportamento (ex. Índia) (N. da R.).^b Demonstrou ser eficaz em reduzir a violência, ex. redução de homicídios (ex. Índia) para a violência juvenil.^c Demonstrou ser eficaz em reduzir a violência juvenil em 15 países de risco para a violência juvenil.

Unidos 7,7%, Finlândia 5,9% e Suíça 11,6%).

Iniciação sexual forçada

Um número crescente de estudos, especialmente na África subsaariana, indica que a primeira experiência sexual das meninas comumente é indesejada e forçada. Por exemplo, em um estudo com controle de casos - realizado entre 191 meninas adolescentes (com média de idade de 16,3 anos) que eram atendidas em uma clínica pré-natal na Cidade do Cabo, África do Sul, e 353 adolescentes que não estavam grávidas, agrupadas por idade e vizinhança ou escola - 31,9% dos casos do estudo e 18,1% dos controles relatavam que houve o uso da força na sua iniciação sexual. Quando inquiridas sobre as consequências de negar sexo, 77,9% dos casos do estudo e 72,1% dos controles disseram que temiam apanhar se recusassem a fazer sexo (4).

A iniciação sexual forçada e a coação durante a adolescência foram relatadas em diversos estudos sobre jovens de ambos os sexos (ver Tabela 6.3 e Quadro 6.1). Nos casos em que os estudos incluíram na amostra tanto homens quanto mulheres, a ocorrência de estupro ou de coação sexual relatados foi maior entre as mulheres do que entre os homens (5, 6, 54 - 60). Por exemplo, em um estudo realizado em diversos países do Caribe, cerca de metade das adolescentes sexualmente ativas relataram que sua primeira relação sexual foi forçada, em comparação a um terço dos adolescentes (60). Em Lima, no Peru, o percentual de mulheres jovens que relataram uma iniciação sexual forçada foi aproximadamente quatro vezes maior do que o percentual relatado pelos homens jovens (40% contra 11% respectivamente) (56).

Estupro cometido por gangues

Há muitos relatos em várias partes do mundo sobre a ocorrência de estupro envolvendo dois ou mais perpetradores. Contudo, as informações sistemáticas sobre a extensão do problema são limitadas. Em Joanesburgo, na África do Sul, estudos de vigilância sobre mulheres que são atendidas em clínicas médico-legais após um estupro revelaram que um terço dos casos era de estupro cometido por gangue (61). Dados nacionais sobre estupro e agressão sexual nos Estados Unidos indicam que cerca de uma em cada dez agressões sexuais envolve diversos perpetradores. A maior parte dessas agressões é praticada por pessoas desconhecidas das vítimas (62). Esse padrão, portanto, difere do padrão observado na África do Sul, onde os namorados estão envolvidos nos estupros cometidos por gangues.

Tráfico sexual

A cada ano, centenas de milhares de mulheres e jovens no mundo todo são compradas e vendidas para prostituição ou escravidão sexual (30 - 32, 63, 64). Uma pesquisa realizada no Quirguistão estimou que, em 1999, cerca de 4 mil pessoas foram traficadas do país e que o destino principal dessas pessoas era a Alemanha, o Cazaquistão, a China, os Emirados Árabes Unidos, a Federação Russa e a Turquia. Das pessoas traficadas, 62% relataram ter sido forçadas a trabalhar sem pagamento, enquanto mais de 50%

relataram ter sofrido abuso físico ou tortura por parte de seus empregadores (31). Um relatório da Organização Mundial contra Tortura (OMCT) indica que mais de 200 mil mulheres de Bangladesh foram traficadas de 1990 a 1997 (65). Cerca de 5 mil a 7 mil mulheres e meninas nepalesas são ilegalmente comercializadas para a Índia a cada ano, e também foi relatado o tráfico de mulheres tailandesas para o Japão (32). O tráfico de mulheres ocorre, ainda, dentro de alguns países, geralmente das áreas rurais para as cidades.

A América do Norte também é um importante destino para o tráfico internacional. Um estudo vendido à força no estrangeiro (30). Na Itália, um estudo realizado entre 19 mil a 25 mil prostitutas estrangeiras estimou que 2 mil delas haviam sido traficadas (66). A maioria dessas mulheres tinham menos de 25 anos de idade, muitas delas estando na faixa etária de 15 a 18 anos (30, 66). Elas vinham principalmente da Europa central e oriental, particularmente da Albânia, bem como da Colômbia, da Nigéria e do Peru (66).

Violência sexual contra trabalhadores do sexo

Quer sejam traficados ou não, os trabalhadores do sexo correm maior risco tanto de violência física quanto sexual, especialmente onde o trabalho sexual é ilegal (67). Uma pesquisa entre as trabalhadoras sexuais em Leeds, na Inglaterra, e Glasgow e Edimburgo, na Escócia, revelou que 30% delas haviam sido esbofeteadas, socadas ou chutadas por um

TABELA 6.3

Porcentagem de adolescentes que relataram iniciação sexual forçada. Pesquisas baseadas em população selecionada, 1993 - 1999

País ou área	População do estudo	Ano	Amostra		Porcentagem que relatou a primeira relação sexual como sendo forçada (%)	
			Tamanho a	Faixa etária (anos)	Mulheres	Homens
África do Sul	Transkei	1994-1995	1.975	15-18	28,4	6,4
Camarões	Bamenda	1995	616	12-15	37,3	29,9
Caribe	Novo país b	1997-1998	15.695	10-18	47,62	31,9 c
Estados Unidos	Nacional	1995	2.042	15-24	9,1	-
Gana	Três cidades urbanas	1996	750	12-24	21,0	5,0
Mozambique	Maputo	1999	1.659	13-18	18,8	6,7
Nova Zelândia	Dunedin	1993-1994	935	Coorte de nascimento	7,0	0,2
Peru	Lima	1995	611	16-17	40,0	11,0
República Unida da Tanzânia	Mwanza	1996	892	12-19	29,1	6,9

Fonte: referências 5, 6 e 54 - 60.

a. Número total de adolescentes no estudo. Os índices são baseados nos que já tiveram relações sexuais.

b. Antígua, Bahamas, Barbados, Ilhas Virgens Britânicas, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica e Saint Lucia.

c. Porcentagem de adolescentes que responderam que sua primeira relação sexual foi forçada ou "um pouco" forçada.

d. Estudo longitudinal de uma coorte nascida em 1972/1973. As pessoas foram entrevistadas aos 18 anos de idade e depois novamente aos 21 anos de idade para responderem questões referentes ao seu comportamento sexual atual e anterior.

QUADRO 6.1

A violência sexual contra homens e meninos

A violência sexual contra homens e meninos é um problema de grande importância. Exceto pelo abuso sexual durante a infância, a violência sexual contra homens e meninos é muito negligenciada nas pesquisas. O estupro e outras formas de coação sexual contra homens e meninos acontecem em diversos cenários, inclusive em casa, no local de trabalho, nas escolas, nas ruas, no serviço militar, durante a guerra, bem como em prisões e delegacias.

Nas prisões, o sexo forçado pode acontecer entre os colegas de cela para estabelecer hierarquias de respeito e disciplina. A violência sexual praticada por agentes penitenciários, policiais e soldados também é relatada com bastante frequência em muitos países. Essa violência pode se apresentar sob a forma de prisioneiros forçados a fazer sexo uns com os outros como uma forma de "diversão", ou oferecer sexo aos soldados ou oficiais no comando. Em outros lugares, homens que fazem sexo com outros homens podem ser "punidos", por meio de estupro, por seu comportamento ser tido como uma transgressão das normas sociais.

A extensão do problema

Estudos realizados principalmente em países desenvolvidos indicam que de 5 a 10% dos homens relatam uma história de abuso sexual na infância. Em uns poucos estudos de população realizados com adolescentes em países emergentes, o percentual de homens que relatam ter sido vítima alguma vez de uma agressão sexual varia de 3,6% na Namíbia e 13,4% na República Unida da Tanzânia a 20% no Peru. Estudos realizados tanto em países industrializados quanto em emergentes também revelam que não é raro a primeira relação sexual ser forçada. Infelizmente, existem poucas estatísticas confiáveis sobre a quantidade de meninos e homens estuprados em locais como escolas, prisões e campos de refugiados.

A maioria dos especialistas acredita que as estatísticas oficiais subestimam muito o número de vítimas masculinas de estupro. A evidência disponível sugere que a probabilidade de as vítimas masculinas denunciarem a agressão às autoridades é muito menor do que a probabilidade de as vítimas femininas o fazerem. Há diversos motivos pelos quais o estupro masculino não é denunciado, inclusive por vergonha, culpa e medo de não acreditarem ou de ser denunciado pelo que ocorreu. Os mitos e os fortes preconceitos sobre a sexualidade masculina também fazem com que os homens evitem seguir adiante.

Consequências da violência sexual

Assim como acontece com as mulheres vítimas de agressão sexual, as pesquisas indicam que as vítimas masculinas também estão sujeitas a sofrer diversas consequências psicológicas, tanto no período imediatamente após a agressão quanto em longo prazo. Dentre essas consequências, estão culpa, raiva, ansiedade, depressão, distúrbios de estresse pós-traumático, disfunção sexual, problemas somáticos, distúrbios do sono, fuga dos relacionamentos e tentativa de suicídio. Além dessas reações, os estudos realizados entre adolescentes revelaram ainda uma associação entre ser estuprado e abuso de substâncias [drogas], comportamento violento, roubo e absenteísmo da escola.

Respostas políticas e de prevenção

As respostas políticas e de prevenção em relação à violência sexual contra os homens precisam ter como base uma compreensão do problema, suas causas e as circunstâncias em que ocorre. Em muitos países, o fenômeno não é tratado de forma adequada na legislação. Além disso, o estupro masculino frequentemente não é tratado como um crime equivalente ao estupro feminino.

Muitas das considerações relativas ao apoio a mulheres que foram estupradas - inclusive um entendimento sobre o processo de recuperação, as necessidades mais urgentes logo após uma agressão e a efetividade dos serviços de apoio - também são relevantes para os homens. Alguns países já obtiveram progressos em suas respostas à agressão sexual a homens, oferecendo linhas diretas especiais,

(continuação)

aconselhamento, grupos de apoio e outros serviços para vítimas masculinas. Em muitos lugares, contudo, esses serviços não estão disponíveis ou são muito limitados, por exemplo, voltando-se principalmente para as mulheres, com poucos conselheiros (se houver) que tenham experiência em discutir os problemas com as vítimas masculinas.

Na maioria dos países, ainda há muito a ser feito antes de a questão da violência sexual contra os homens e meninos poder ser devidamente reconhecida e tratada sem negação ou vergonha. Um avanço tão necessário, portanto, possibilitará que sejam implementadas medidas preventivas mais abrangentes e um melhor apoio às vítimas.

cliente enquanto estavam trabalhando, 13% haviam apanhado, 11% haviam sido estupradas, 22% haviam vivenciado uma tentativa de estupro (68). Apenas 34% das que sofreram violência nas mãos de um cliente fizeram denúncia na polícia. Uma pesquisa com trabalhadores do sexo em Bangladesh revelou que 49% das mulheres haviam sido estupradas e 59% haviam apanhado da polícia no ano anterior; os homens relataram níveis muito mais baixos de violência (69). Na Etiópia, um estudo sobre trabalhadores do sexo também revelou altos índices de violência física e sexual cometida pelos clientes, especialmente contra crianças trabalhadoras sexuais (70).

Violência sexual em escolas, estabelecimentos de assistência à saúde, conflitos armados e locais de refugiados

Escolas

Para muitas jovens, o lugar onde a coação e o assédio sexual acontecem com maior frequência é na escola. Em um caso extremo de violência em 1991, 71 adolescentes foram estupradas por seus colegas de classe e 19 outras foram assassinadas em uma escola em Meru, no Quênia (71). Visto que grande parte da pesquisa neste campo provém da África, não fica claro se ela reflete uma ocorrência particularmente alta do problema naquele lugar ou se simplesmente reflete o fato de que o problema tem se tornado mais aparente lá do que em outras partes do mundo.

O assédio dos meninos às meninas parece ser um problema global. No Canadá, por exemplo, 23% das meninas passaram pela experiência do assédio sexual quando freqüentavam a escola (72). A pesquisa realizada na África, contudo, tem dado destaque ao papel que os professores desempenham ao facilitar ou perpetrar a coação sexual. Um relatório preparado

pelo Africa Rights [Direitos da África] (28) revelou casos - ocorridos na África do Sul, em Gana, na Nigéria, na República Democrática do Congo, na Somália, no Sudão, na Zâmbia e no Zimbábue - de professores tentando obter sexo em troca de boas notas ou para não reprovarem os alunos. Uma pesquisa nacional recente, realizada na África do Sul, que incluía perguntas sobre experiência com estupro antes dos 15 anos de idade, chegou à conclusão de que os professores das escolas eram responsáveis por 32% dos estupros infantis revelados (34). No Zimbábue, um estudo retrospectivo de denúncias de casos de abuso sexual infantil que cobria um período de oito anos (1990 a 1997) revelou altos índices de abuso sexual cometido por professores em escolas primárias rurais. Muitas das vítimas eram meninas na faixa etária de 11 a 13 anos e o tipo de abuso sexual predominante era sexo com penetração (73).

Estabelecimentos de assistência à saúde

Há, em muitos lugares, relatos de violência sexual contra pacientes em estabelecimentos de saúde (74 - 79). Por exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos sobre médicos que foram submetidos a medidas disciplinares por causa de crimes sexuais revelou que o número de casos havia aumentado de 42 em 1989 para 147 em 1997, com a proporção de toda ação disciplinar relacionada a sexo aumentando de 2,1% para 4,4% no mesmo período (76). Contudo, o aumento poderia refletir uma maior boa vontade para instaurar processos.

Outras formas documentadas de violência contra pacientes do sexo feminino incluem o envolvimento de funcionários médicos na prática de clitoridectomia no Egito (80), exames ginecológicos forçados e ameaça de abortos forçados na China (81), e inspeções de virgindade na Turquia (82). A violência sexual é parte de um problema maior de violência contra pacientes do sexo feminino perpetrada pelos funcionários da área de saúde que

tem sido relatado em muitos países e, até recentemente, foi muito negligenciado (83 - 87). Também há relatos de assédio sexual praticado por médicos contra enfermeiras (88, 89).

Conflitos armados e locais de refugiados

O estupro tem sido utilizado como uma estratégia em muitos conflitos, inclusive na Coreia durante a Segunda Guerra Mundial e em Bangladesh durante a guerra da independência. Também foi utilizado em diversos conflitos armados, como os da Argélia (90), da Índia (Cachemira) (91), da Indonésia (92), da Libéria (29), de Ruanda e de Uganda (93). Em alguns conflitos armados - por exemplo, os de Ruanda e dos Estados da antiga Iugoslávia - o estupro tem sido utilizado como uma estratégia deliberada para arruinar os laços comunitários e, conseqüentemente, o inimigo, além de ser usado como um instrumento de "dominação étnica". No Timor Leste, houve relatos de violência sexual extensiva contra as mulheres, cometida pelos militares indonésios (94).

Um estudo realizado em Monróvia, na Libéria, revelou que, durante o conflito, as mulheres na faixa etária abaixo de 25 anos tinham maior probabilidade de terem passado por uma tentativa de estupro ou coação sexual do que as mulheres na faixa etária acima de 25 anos (18% contra 4%) (29). As mulheres que foram forçadas a cozinhar para uma facção guerrilheira estavam sob risco significativamente maior.

Outra conseqüência inevitável dos conflitos armados é a quebra econômica e social que pode forçar um grande número de pessoas à prostituição (94), uma observação que pode ser igualmente aplicada à situação dos refugiados, estejam eles fugindo de conflitos armados ou de desastres naturais tais como enchentes, terremotos ou fortes tempestades.

Os refugiados que estão fugindo de conflitos ou de outras condições ameaçadoras geralmente ficam sob risco de estupro em seu novo ambiente. Dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, por exemplo, indicam que entre as "pessoas de barco" que fugiram do Vietnã no final da década de 1970 e no início da década de 1980, 39% das mulheres foram raptadas ou estupradas por piratas enquanto estavam no mar - um número que parece estar subestimado (27). Da mesma forma, em muitos campos de refugiados, inclusive os do Quênia e da República Unida da Tanzânia,

descobriu-se que o estupro é um grande problema (95, 96).

Formas "costumeiras" de violência sexual

Casamento infantil

O casamento geralmente é utilizado para legitimar diversas formas de violência sexual contra as mulheres. O costume de casar crianças pequenas, especialmente as meninas, é observado em muitas partes do mundo. Essa prática, legal em muitos países, é uma forma de violência sexual, já que as crianças envolvidas não são capazes de dar ou negar seu consentimento. A maioria delas pouco ou nada sabe sobre sexo antes de se casarem. Assim sendo, freqüentemente temem o sexo (97) e seus primeiros encontros sexuais geralmente são forçados (98).

O casamento precoce é mais comum na África e no sul da Ásia, apesar de também ocorrer no Oriente Médio e em partes da América Latina e da Europa Oriental (99, 100). Na Etiópia e em partes da África Ocidental, por exemplo, o casamento na idade de 7 ou 8 anos não é raro. Na Nigéria, a média de idade no primeiro casamento é de 17 anos, mas no Estado de Kebbi no norte da Nigéria, a média de idade no primeiro casamento é de 11 anos (100). Também foram observados altos índices de casamento infantil na República Democrática do Congo, em Mali, em Niger e em Uganda (99, 100).

No sul da Ásia, o casamento infantil é comum especialmente em áreas rurais, mas ocorre também em áreas urbanas (100 - 102). No Nepal, a média de idade no primeiro casamento é de 19 anos. Sete por cento das meninas, contudo, se casam antes dos 10 anos de idade, e 40% por volta dos 15 anos (100). Na Índia, a média de idade para as mulheres no primeiro casamento é de 16,4 anos. Uma pesquisa realizada entre 5 mil mulheres no Estado de Rajasthan, na Índia, revelou que 56% das mulheres haviam se casado antes dos 15 anos e, dessas, 17% se casaram antes dos 10 anos de idade. Outra pesquisa, realizada no Estado de Madhya Pradesh, revelou que 14% das meninas se casaram na idade de 10 a 14 anos (100).

Em outros lugares como na América Latina, por exemplo, verificou-se que o primeiro casamento ocorre em idade tenra em Cuba, na Guatemala, em Honduras, no México e no Paraguai (99, 100). Na América do Norte e na Europa Ocidental, menos de 5% dos casamentos envolve meninas com idade abaixo de 19 anos (por exemplo, 1% no Canadá, na Suíça e no Reino Unido, 2% na Alemanha e na

Bélgica, 3% na Espanha e 4% nos Estados Unidos) (103).

Outros costumes que levam à violência

Em muitos lugares, há costumes diferentes do casamento infantil que resultam em violência sexual em relação às mulheres. No Zimbábue, por exemplo, há o costume *dongozi*, segundo o qual uma menina pode ser dada a uma família como compensação pela morte de um homem que tenha sido causada por um membro da família da menina. Ao atingir a puberdade, espera-se que a menina tenha relação sexual com o irmão ou com o pai da pessoa morta, para gerar um filho para substituir o que morreu. Há ainda outro costume, o *chimutsa mapfiwa* - herança da mulher - conforme o qual, quando uma mulher casada morre, sua irmã é obrigada a substituí-la no lar matrimonial.

Quais os fatores de risco para a violência sexual?

Devido às múltiplas formas que adquire e aos contextos onde ocorre, é complicado explicar a violência sexual contra as mulheres. Há uma grande justaposição entre as formas de violência sexual e a violência praticada por parceiro íntimo; muitas das causas são semelhantes às discutidas no Capítulo 4. Há fatores que aumentam o risco de alguém ser forçado ao sexo, fatores que aumentam o risco de um homem forçar o sexo com outra pessoa e fatores dentro do ambiente social, inclusive colegas e família, que influenciam a probabilidade de estupro e a reação a ele. Pesquisas indicam que os diversos fatores se agregam, de modo que quanto mais fatores houver, maior será a probabilidade de violência sexual. Além disso, um determinado fator pode variar em importância dependendo do estágio da vida.

Fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres

Uma das formas mais comuns de violência sexual no mundo todo é a perpetrada por um parceiro íntimo, levando à conclusão que, em termos de sua vulnerabilidade à agressão sexual, um dos principais fatores de risco para as mulheres é ser casada ou viver junto com um parceiro. Outros fatores que influenciam o risco de violência sexual incluem:

- ser jovem,
- consumir álcool ou drogas,

- já ter sido estuprada ou ter sofrido abuso sexual,
- ter muitos parceiros sexuais,
- envolvimento em trabalho sexual,
- vir a ter maior educação e poder econômico, pelo menos quando a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo está envolvida e
- pobreza.

Idade

Normalmente as mulheres jovens estão sob maior risco de estupro do que as mulheres mais velhas (24, 62, 104). Conforme dados dos sistemas judiciários e dos centros de crise para estupro no Chile, nos Estados Unidos, na Malásia, no México, em Papua Nova Guiné e no Peru, de um terço a dois terços das vítimas de agressão sexual têm 15 anos ou menos (62, 104). Determinadas formas de violência sexual, por exemplo, estão fortemente associadas à juventude, especialmente a violência que acontece nas escolas e nas faculdades, bem como o tráfico de mulheres para exploração sexual.

Consumo de álcool e drogas

Também há uma forte relação entre o aumento de vulnerabilidade à violência sexual e o uso de álcool e outras drogas. O consumo de álcool ou drogas faz com que seja mais difícil as mulheres se protegerem, interpretando os indícios e efetivamente agindo diante deles. A ingestão de álcool também pode colocar a mulher em locais onde suas chances de encontrar um potencial agressor são maiores (105).

Já ter sido estuprada anteriormente ou ter sofrido abuso sexual

Há evidências que vinculam a experiência de abuso sexual na infância ou adolescência aos padrões de vitimização na fase adulta (24, 37, 105 - 108). Um estudo nacional sobre violência contra as mulheres, realizado nos Estados Unidos, concluiu que as mulheres que foram vítimas de estupro antes dos 18 anos de idade tinham o dobro da probabilidade de serem estupradas quando adultas, comparadas às mulheres que não haviam sido estupradas quando crianças ou adolescentes (18,3% e 8,7%, respectivamente) (37). Os efeitos do abuso sexual em idade tenra também podem estender-se a outras formas de vitimização e a problemas durante a fase adulta. Por exemplo, um estudo de controle

de caso realizado na Austrália sobre o impacto, em longo prazo, do abuso mostrou que o abuso sexual infantil e a experiência de estupro têm associações significativas com problemas de saúde sexual e mental, problemas de violência doméstica e outros problemas em relações íntimas - mesmo depois de levar em consideração várias outras características do histórico familiar (108). As pessoas que passaram por experiências de abuso envolvendo relação sexual tiveram resultados mais negativos do que as que sofreram outro tipo de coação.

Ter muitos parceiros sexuais

As jovens que têm muitos parceiros sexuais estão sob maior risco de violência sexual (105, 107, 109). Contudo, não está claro se ter mais parceiros sexuais é uma causa ou uma consequência do abuso, inclusive do abuso sexual na infância. Por exemplo, os resultados de uma amostra representativa de homens e mulheres em León, Nicarágua, revelaram que mulheres que haviam vivenciado o estupro, tentado ou consumado, durante a infância ou a adolescência tinham maior probabilidade de ter um número maior de parceiros sexuais na fase adulta, em comparação a mulheres que não haviam sofrido abuso ou que sofreram abuso moderado (110). Estudos longitudinais sobre mulheres jovens realizados na Nova Zelândia e na Noruega apresentaram resultados semelhantes (107, 109).

Nível de educação

Quando aumentam seu nível de educação e, conseqüentemente, adquirem maior poder, as mulheres ficam sob maior risco de violência sexual, assim como de violência física cometida por parceiro íntimo. As mulheres que não têm educação, segundo uma pesquisa realizada na África do Sul, têm uma probabilidade muito menor de vivenciar a violência sexual do que as mulheres com níveis mais elevados de educação (34). No Zimbábue, a probabilidade de uma mulher que estivesse trabalhando relatar episódios de sexo forçado por um cônjuge era muito maior do que as mulheres que não trabalhavam (42). Uma explicação possível é que um aumento no poder traz consigo mais resistência por parte das mulheres em relação às normas patriarcais (111), de tal forma que os homens podem recorrer à violência em uma tentativa de retomar o controle. A relação entre aumento de poder e a violência física assume forma de U invertido - onde o maior poder corresponde a um maior risco até um certo nível, depois do qual

começa a se tornar uma proteção (105, 112). Contudo, não se sabe se essa situação também é válida para a violência sexual.

Pobreza

As mulheres e as meninas pobres correm mais risco de estupro enquanto desempenham suas tarefas diárias do que as que desfrutam de uma situação melhor. Um exemplo desse risco é quando elas voltam do trabalho para casa sozinhas, tarde da noite, ou quando trabalham nos campos ou quando recolhem madeira sozinhas. Os filhos de mulheres pobres podem ter menos supervisão dos pais, uma vez que suas mães podem estar no trabalho e não terem condições de pagar uma creche. Na verdade, as próprias crianças podem estar trabalhando e, portanto, ficarem vulneráveis à exploração sexual.

A pobreza força muitas mulheres e muitas meninas a ocupações que trazem um risco relativamente alto de violência sexual (113), especialmente o trabalho sexual (114). Ela também cria enormes pressões para que as mulheres e meninas encontrem ou mantenham trabalhos, busquem atividades comerciais e, se estiverem estudando, para que obtenham boas notas - tudo isso as deixa mais vulneráveis à coação sexual por parte dos que podem prometer algo (28). As mulheres mais pobres também estão sob maior risco de violência cometida por parceiro íntimo, da qual a violência sexual geralmente é uma manifestação (41, 115).

Fatores que aumentam o risco de homens cometerem estupro

Os dados sobre homens sexualmente violentos são limitados e apresentam muitos desvios em relação aos possíveis estupradores, exceto nos Estados Unidos, onde também foram feitas pesquisas entre estudantes do sexo masculino. Apesar da quantidade limitada de informações sobre homens sexualmente violentos, parece que a violência sexual pode ser encontrada em quase todos os países (embora com diferenças na prevalência), em todas as classes socioeconômicas e em todas as faixas etárias a partir da infância. Os dados sobre homens sexualmente violentos também mostram que a maioria deles age contra mulheres que eles já conhecem (116, 117). Entre os fatores que aumentam o risco de um homem cometer estupro, há os relacionados a atitudes e crenças, bem como o comportamento que surge a partir de situações e condições sociais que oferecem

TABELA 6.4

Fatores que aumentam o risco de homens cometerem estupro

Fatores individuais	Fatores de relacionamento	Fatores comunitários	Fatores sociais
<ul style="list-style-type: none">• Uso de álcool e drogas• Fantasias de violência sexual e outras atitudes e crenças que apoiam a violência sexual• Tendências impulsivas e anti-sociais• Preferência por sexo impessoal• Hostilidade em relação às mulheres• Histórico de abuso sexual quando criança• Testemunham violência familiar quando era criança	<ul style="list-style-type: none">• Associação a colegas sexualmente agressivos e delinquentes• Ambiente familiar caracterizado por violência física e poucos recursos• Parte ambiente familiar ou relacionamento paterno-filial• Ambiente familiar que não dá apoio emocional• Alcoolismo da família é considerado mais importante do que a saúde e a segurança da vítima	<ul style="list-style-type: none">• Pobreza, resultando em formas de crise de identidade masculina• Falta de oportunidades de emprego• Falta de apoio institucional pela polícia e pelo sistema judiciário• Tolerância geral na comunidade, em relação à agressão sexual• Sanções comunitárias fracas contra os perpetradores de violência sexual	<ul style="list-style-type: none">• Normas sociais que apoiam a violência sexual• Normas sociais que apoiam a superioridade masculina e o direito sexual• Leis e políticas fracas relacionadas à violência sexual• Leis e políticas fracas relacionadas à igualdade de gênero• Altos níveis de crimes e de outras formas de violência

oportunidades e apoio para o abuso (ver Tabela 6.4).

Consumo de álcool e drogas

Em certos tipos de agressão sexual, o álcool tem mostrado desempenhar um papel desinibidor (118), assim como as drogas, especialmente a cocaína (119). O álcool produz efeito psicofarmacológico de reduzir as inibições, anuviando os julgamentos e impedindo a capacidade de interpretar os indícios (120). Os vínculos biológicos entre a violência e o álcool, contudo, são complexos (118). Pesquisas sobre a antropologia social do consumo de álcool sugerem que as ligações entre violência, consumo de álcool e embriaguez são socialmente aprendidas, em vez de serem universais (121). Alguns pesquisadores observaram que o álcool pode atuar como um "intervalo" cultural, oferecendo a oportunidade para um comportamento anti-social. Assim, é mais provável que os homens ajam com violência quando estão embriagados, porque acham que não serão responsabilizados por seu comportamento. Algumas formas da violência sexual em grupo também estão associadas ao consumo de álcool. Nesses ambientes, o consumo de álcool é um ato de união do grupo, onde as inibições são coletivamente reduzidas e o julgamento individual é desconsiderado em favor do julgamento do grupo.

Fatores psicológicos

Nos últimos tempos, muito tem sido feito em termos de pesquisa a respeito do papel das variáveis cognitivas entre o conjunto de fatores que podem conduzir ao estupro. Os homens sexualmente violentos têm mostrado uma maior probabilidade de considerar as vítimas responsáveis pelo estupro e têm menos conhecimento do impacto do estupro sobre as vítimas (122). Esses homens podem

interpretar mal os indícios dados pelas mulheres em situações sociais e podem não ter as inibições que atuam para suprimir as associações entre sexo e agressão (122, 123). Eles têm fantasias sexuais vexatórias (122, 123), geralmente estimuladas pelo acesso à pornografia (124) e, de forma geral, são mais hostis às mulheres do que os homens que não são sexualmente violentos (106, 125, 126). Além desses fatores, acredita-se que os homens sexualmente violentos sejam diferentes dos outros homens em termos de impulsividade e tendências anti-sociais (105). E também tendem a ter um senso de masculinidade exagerado.

A violência sexual também está associada a uma preferência por relações sexuais impessoais em oposição aos laços emocionais, a ter muitos parceiros sexuais e uma inclinação a satisfazer os desejos pessoais às custas dos outros (125, 127). Uma outra associação é com atitudes adversas sobre gênero, que afirmam que as mulheres são oponentes a serem desafiadas e conquistadas (128).

Fatores relacionados aos amigos e à família

Estupro cometido por gangue

Algumas formas de violência sexual, tal como o estupro cometido por gangue, são predominantemente cometidas por homens jovens (129). Em geral, a agressão sexual é uma característica que define a masculinidade em um grupo e está bastante ligada ao desejo de ser tido em alta consideração (130). O comportamento sexualmente agressivo dos jovens tem sido vinculado à participação em gangues e ao fato de ter colegas delinquentes (126, 131). As pesquisas também sugerem que os homens que têm colegas

sexualmente agressivos têm muito mais probabilidade de revelar relações coagidas ou forçadas fora do contexto da gangue, do que os homens que não têm colegas sexualmente agressivos (132).

De forma geral, os homens envolvidos no estupro cometido por gangue – e às vezes outras pessoas também – encaram o estupro como legítimo, uma vez que o vêem como uma forma de desencorajar ou punir comportamentos "imorais" entre as mulheres, como usar saias curtas ou frequentar bares. Por este motivo, os perpetradores não encaram o estupro como um crime. Em diversas áreas de Nova Papua Guiné, as mulheres podem ser punidas com estupro coletivo, geralmente sancionado pelos mais velhos (133).

Ambientes da primeira infância

Há evidências que indicam que, para alguns homens, a violência sexual também é um comportamento aprendido, especialmente no que diz respeito ao abuso sexual. Estudos sobre meninos que sofreram abuso sexual mostraram que um em cada cinco continua a molestar crianças quando mais velhos (134). Essas experiências podem levar a um padrão de comportamento onde o homem geralmente justifica sua violência, nega que esteja fazendo algo errado e tem noções falsas e doentias sobre sexualidade.

Ambientes da infância fisicamente violentos, sem apoio emocional e caracterizados pela competição por escassos recursos têm sido associados à violência sexual (105, 126, 131, 135). O comportamento sexualmente agressivo do jovem, por exemplo, tem sido vinculado ao testemunho de violência familiar e ao fato de ter pais emocionalmente afastados e que não cuidam dos filhos (126, 131). Os homens criados em famílias com fortes estruturas patriarcais, também estão mais propensos a se tornarem violentos, cometerem estupro e utilizarem a coação sexual contra as mulheres, bem como abusarem de suas parcerias íntimas, do que os homens criados em lares que são mais igualitários (105).

Honra da família e pureza sexual

Outro fator que envolve os relacionamentos sociais é uma resposta da família à violência sexual que culpa as mulheres sem punir os homens, concentrando-se em restaurar a honra da família que foi "perdida". Esse tipo de resposta cria um ambiente

onde o estupro pode acontecer impunemente.

Enquanto as famílias normalmente tentarão proteger suas mulheres contra o estupro, até mesmo oferecendo contraceptivos a suas filhas para, caso o estupro venha a ocorrer, evitar sinais visíveis (136), dificilmente há muita pressão social para controlar os homens jovens ou convencê-los de que forçar o sexo é errado. Em muitos países acontece exatamente o contrário, onde frequentemente há apoio para os membros da família fazerem o que for necessário – inclusive cometer assassinato – para aliviar a "vergonha" associada ao estupro ou a outra transgressão sexual. Em uma análise sobre todos os crimes de honra acontecidos na Jordânia em 1995 (137), os pesquisadores descobriram que em mais de 60% dos casos, a vítima morreu de múltiplos ferimentos a bala, principalmente nas mãos de um irmão. Em casos onde a vítima era uma mulher solteira grávida, o criminoso era absolvido de assassinato ou recebia uma sentença reduzida.

Apesar de geralmente a pobreza ser a força motriz subjacente ao casamento infantil, fatores tais como manter a pureza sexual de uma menina e protegê-la do sexo antes do casamento, de infecção por HIV e de investidas sexuais também são razões geralmente apresentadas pelas famílias para justificar tais casamentos (100).

Fatores comunitários

Pobreza

A pobreza está ligada tanto à perpetração de violência sexual quanto ao risco de ser vítima dela. Diversos autores argumentam que a relação entre pobreza e a perpetração de violência sexual aparece em formas de crise de identidade masculina (95, 112, 138 - 140). Bourgois, quando escreve sobre a vida no Harlem, Nova Iorque, Estados Unidos (138), descreve como os homens jovens se sentiam pressionados pela estrutura familiar e pelos modelos de masculinidade "bem sucedida" herdados das gerações de seus pais e avós, junto com os ideais atuais de masculinidade que também enfatizam o consumo material. Entrincheirados em suas favelas, com pouca ou nenhuma oportunidade de emprego, é pouco provável que eles cheguem a realizar algum desses modelos ou das expectativas de "sucesso" masculino. Nessas circunstâncias, os ideais de masculinidade são reformulados para enfatizar a misoginia, o abuso de substâncias e a participação em crimes (138) – e geralmente também a xenofobia e o racismo. O estupro cometido por gangue e a conquista sexual são

regularizados, uma vez que, ao não conseguirem mais exercer o controle patriarcal ou dar apoio econômico, os homens voltam sua agressão contra as mulheres.

Ambiente físico e social

Embora o medo de estupro seja normalmente associado ao fato de estar fora de casa (141, 142), a grande maioria da violência sexual na verdade acontece na casa da vítima ou do perpetrador do abuso. Contudo, o seqüestro cometido por um estranho geralmente é o prelúdio de um estupro e as oportunidades para se cometer tal seqüestro são influenciadas pelo ambiente físico.

Entretanto, o ambiente social dentro de uma comunidade é, em geral, mais importante do que a vizinhança física. Quanto mais enraizadas forem as crenças de uma comunidade na superioridade masculina e no direito masculino ao sexo, maior será a influência sobre a possibilidade de a violência sexual ocorrer, e de haver tolerância geral na comunidade em relação à agressão sexual e isso influenciar o peso das sanções, caso haja alguma, contra os perpetradores (116, 143). Por exemplo, em alguns lugares o estupro pode acontecer até mesmo em público e os transeuntes se recusam a intervir (133). As queixas de estupro também podem ser tratadas com descaso pela polícia, especialmente se a agressão for cometida durante um encontro ou pelo marido da vítima. Quando as investigações policiais e os casos no tribunal realmente têm prosseguimento, os procedimentos também podem ser extremamente indulgentes ou corruptos - por exemplo, "perdendo" a documentação legal em troca de suborno.

Fatores sociais

Os fatores que atuam em nível social e que influenciam a violência sexual incluem leis e políticas nacionais relativas à igualdade de gêneros em geral e, mais especificamente, à violência sexual, bem como as normas que tratam do uso da violência. Enquanto os diversos fatores atuam bastante em nível local, dentro das famílias, das escolas, dos locais de trabalho e das comunidades, há também influências das leis e das normas que atuam em nível nacional e até mesmo internacional.

Leis e políticos

Entre os países, há variações consideráveis no tocante às abordagens da violência sexual. Alguns países têm uma legislação e procedimentos legais de longo alcance, com uma ampla definição de estupro,

que inclui estupro marital, e com pesadas penalidades para os condenados e uma forte resposta de apoio às vítimas. O compromisso com a prevenção ou o controle da violência sexual também se reflete em ênfase no treinamento policial e alocação apropriada não só dos recursos da polícia para o problema priorizando a investigação de casos de agressão sexual, mas também dos recursos disponibilizados para apoio às vítimas e provisão de serviços médico-legais. Na outra ponta da escala, há os países com abordagens muito fracas em relação ao assunto - onde não é permitida a condenação de um perpetrador acusado com base somente na evidência fornecida pelas mulheres, onde certas formas ou determinados cenários de violência sexual são especificamente excluídos da definição legal, e onde as vítimas de estupro são bastante desencorajadas a levar o assunto aos tribunais, por medo de serem punidas por abrirem um processo de estupro "sem provas".

Normas sociais

A violência sexual cometida pelos homens é, em grande parte, enraizada em ideologias do direito sexual masculino. Esses sistemas de crenças garantem às mulheres pouquíssimas opções legitimadas de negar as investidas sexuais (139, 144, 145). Assim, muitos homens simplesmente excluem a possibilidade de poderem ser rejeitadas suas investidas sexuais contra uma mulher ou de uma mulher ter o direito a tomar uma decisão autônoma sobre sua participação no sexo. Em muitas culturas, as mulheres, assim como os homens, consideram que o casamento confere à mulher a obrigação de estar sexualmente disponível praticamente sem limites (34, 146), apesar de o sexo poder ser culturalmente proibido em determinados períodos, tais como após o nascimento de um filho ou durante a menstruação (147).

As normas sociais sobre o uso da violência como uma forma de atingir os objetivos têm sido extremamente associadas à ocorrência de estupro. Em sociedades onde a ideologia da superioridade masculina é forte - enfatizando o domínio, a força física e a honra masculina - o estupro é mais comum (148). Os países com uma cultura de violência, ou onde estão acontecendo conflitos violentos, vivenciam um aumento em quase todas as formas de violência, inclusive a violência sexual (148 - 151).

Tendências mundiais e fatores econômicos

Muitos dos fatores que operam em nível nacional

têm uma dimensão internacional. As tendências mundiais em relação ao livre comércio, por exemplo, têm sido acompanhadas por um aumento no movimento de mulheres e meninas para o trabalho, inclusive para o trabalho sexual (152), no mundo todo. Os programas de ajuste econômico, preparados por agências internacionais, têm acentuado a pobreza e o desemprego em diversos países, aumentando assim a probabilidade do tráfico sexual e da violência sexual (153) – um fato particularmente observado na América Central, no Caribe (114) e em partes da África (113).

As conseqüências da violência sexual

Nem sempre a força física é necessariamente utilizada no estupro e as lesões físicas nem sempre são uma conseqüência. Sabe-se que acontecem mortes associadas a estupro, apesar de no mundo todo a ocorrência de fatalidades variar consideravelmente. Entre as conseqüências mais comuns da violência sexual, há aquelas relacionadas à saúde reprodutiva, mental e ao bem-estar social.

Gravidez e complicações ginecológicas

Um estupro pode resultar em gravidez, apesar de o índice variar conforme os cenários e depender especialmente de até que ponto estarem sendo usados contraceptivos que não são de barreira. Um estudo sobre adolescentes na Etiópia revelou que, dentre as adolescentes que relataram ter sido estupradas, 17% ficaram grávidas depois do estupro (154), um número semelhante aos 15 - 18% relatados pelos centros de crises de estupro no México (155, 156). Um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos com mais de 4 mil mulheres acompanhadas por três anos consecutivos revelou que o índice nacional de gravidez relacionada a estupro era de 5,0% por estupro entre as vítimas na faixa etária de 12 a 45 anos, resultando, a cada ano, em mais de 32 mil gravidezes decorrentes de estupro no país (7). Em muitos países, as mulheres que foram estupradas são forçadas a criar a criança ou colocar suas vidas em risco devido a abortos clandestinos.

A experiência de sexo forçado em idade tenra reduz a capacidade de uma mulher de encarar sua sexualidade como algo que ela controla. Consequentemente, é menos provável que uma adolescente que tenha sido forçada ao sexo venha a usar preservativos ou outras formas de contracepção, aumentando a probabilidade de ficar grávida (4, 16, 157, 158). Um estudo sobre os fatores associados à

gravidez na adolescência realizado na Cidade do Cabo, África do Sul, constatou que a iniciação sexual forçada era o terceiro fator mais relacionado à gravidez, depois da frequência de relações sexuais e do uso de contraceptivos modernos (4). O sexo forçado também pode resultar em uma gravidez indesejada entre as mulheres adultas. Na Índia, um estudo sobre homens casados revelou que os homens que admitem forçarem o sexo com suas esposas tinham 2,6 mais possibilidade de terem causado uma gravidez indesejada do que os que não admitiam tal comportamento (41).

Geralmente, são observadas complicações ginecológicas relacionadas ao sexo forçado. Dentre essas complicações, há o sangramento ou a infecção vaginal, tumores fibróides, diminuição do apetite sexual, irritação genital, dor durante a relação sexual, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário (8 - 15). As mulheres que passam por abuso físico e sexual perpetrado por parceiros íntimos estão, de forma geral, sob maior risco de problemas de saúde do que as que passam somente pela violência física (8, 14).

Doenças sexualmente transmitidas

As infecções por HIV e outras doenças sexualmente transmitidas são conseqüências reconhecidas do estupro (159). Pesquisas sobre mulheres em abrigos mostraram que as mulheres que passam pelo abuso sexual e físico cometido por seus parceiros íntimos estão muito mais propensas a terem tido doenças sexualmente transmitidas (160). No caso das mulheres que foram traficadas para o trabalho sexual, os riscos de HIV e de outras doenças sexualmente transmitidas são particularmente elevados. Os vínculos entre HIV e violência sexual, e as relevantes estratégias de prevenção, são discutidos no Quadro 6.2.

Saúde mental

A violência sexual tem sido associada a diversos problemas de saúde mental e de comportamento na adolescência e na fase adulta (17-20, 22, 23, 161). Em um estudo populacional, a ocorrência de sintomas ou sinais indicativos de um problema psiquiátrico foi de 33% em mulheres com um histórico de abuso sexual quando adultas, 15% em mulheres com um histórico de violência física perpetrada por um parceiro íntimo e 6% entre mulheres que não sofreram abusos (162). A violência sexual praticada por um parceiro íntimo agrava os efeitos da violência física sobre a saúde mental.

As mulheres que sofreram abuso e que relatam experiências de sexo forçado estão sob um risco muito maior de depressão e estresse pós-traumático do que as mulheres que não sofreram abuso (14, 18, 22, 23). Os problemas de estresse pós-traumático depois de um estupro são mais prováveis se houver lesão durante o estupro, ou um histórico de depressão ou abuso de álcool (24). Um estudo voltado para adolescentes realizado na França também constatou uma relação entre ter sido estuprada e dificuldades presentes de dormir, sintomas de depressão, queixas somáticas, fumo e problemas de comportamento, tais como comportamento agressivo, roubo e vadiagem (163). Na ausência de aconselhamento para o trauma, percebeu-se que os efeitos psicológicos negativos persistiram por, pelo menos, um ano após o estupro, enquanto os problemas e os sintomas de problemas de saúde física tendem a diminuir nesse período (164). Mesmo com aconselhamento, até 50% das mulheres mantêm os sintomas de estresse (165 - 167).

Comportamento suicida

As mulheres que passaram por agressão física na infância ou na fase adulta estão mais propensas a tentar suicídio, ou a cometê-lo, do que as outras mulheres (21, 168 - 173). A associação permanece, mesmo depois do controle de sexo, idade, educação, sintomas de problemas de estresse pós-traumático e a presença de problemas psiquiátricos (168, 174). A experiência de ser estuprada ou agredida sexualmente pode levar ao comportamento suicida logo no início da adolescência. Na Etiópia, 6% das estudantes estupradas relataram ter tentado suicídio (154). Um estudo sobre adolescentes realizado no Brasil revelou que a ocorrência de abuso sexual é um dos principais fatores indicativos de diversos comportamentos de risco à saúde, inclusive pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (161).

As experiências de diversos assédios sexuais também podem resultar em distúrbios emocionais e comportamento suicida. Um estudo com mulheres adolescentes no Canadá revelou que 15% das que vivenciam contato sexual indesejado e freqüente mostraram um comportamento suicida nos seis meses anteriores, em comparação a 2% das que nunca haviam sofrido tal assédio (72).

Ostracismo social

Em muitos cenários culturais, sustenta-se que os

homens não conseguem controlar suas necessidades sexuais e que as mulheres são responsáveis por provocar o desejo sexual nos homens (144). A maneira como as famílias e as comunidades reagem aos atos de estupro em tais cenários é determinada pelas idéias predominantes sobre sexualidade e condição da mulher.

Em algumas sociedades, a "solução" cultural para o estupro é que a mulher deve se casar com o estuprador, preservando assim a integridade da mulher e de sua família ao legalizar a união (175). Essa "solução" encontra-se refletida nas leis de alguns países, que permitem que um homem que tenha cometido o estupro seja desculpado de seu crime se ele se casar com a vítima (100). Independentemente do casamento, as famílias podem pressionar a mulher a não denunciar ou dar continuidade ao caso, ou a concentrar-se em obter a indenização por "danos", a ser paga pela família do estuprador (42, 176). Os homens rejeitam suas mulheres caso tenham sido estupradas (27) e, em alguns países, como mencionado anteriormente, a recuperação da honra requer que a mulher seja posta para fora ou, em casos extremos, assassinada (26).

O que pode ser feito para evitar a violência sexual?

O número de iniciativas voltadas para a violência sexual é limitado e poucas foram avaliadas. A maioria das intervenções foi desenvolvida e implementada em países industrializados. Ainda não se sabe bem a relevância das mesmas em outros cenários. As intervenções desenvolvidas até o momento podem ser classificadas como segue.

Abordagens individuais

Assistência e apoio psicológicos

O aconselhamento, a terapia e as iniciativas de grupos de apoio têm-se mostrado de grande auxílio logo após as agressões sexuais, especialmente onde puder haver fatores complicadores relativos à violência propriamente dita ou ao processo de recuperação. Há algumas evidências de que um programa cognitivo-comportamental breve, administrado logo após a agressão, pode acelerar o índice de melhora do dano psicológico resultante do trauma (177, 178). Como mencionado anteriormente, as vítimas de violência sexual às vezes se culpam pelo incidente, e o fato de lidarem com essa questão na terapia psicológica também se tem mostrado

Quadro 6.2

Violência sexual e HIV/AIDS

O sexo violento ou forçado pode aumentar o risco de transmissão de HIV. Na penetração vaginal forçada, comumente ocorrem abrasões e cortes, facilitando assim a entrada do vírus - quando presente - através da mucosa vaginal. As adolescentes são especialmente suscetíveis à infecção por HIV por meio do sexo forçado, e mesmo pelo sexo não forçado, porque o muco de sua membrana vaginal ainda não adquiriu a densidade celular que provê uma barreira eficaz, que só é desenvolvida nos últimos anos da adolescência. As pessoas que sofrem estupro anal - homens e meninas, bem como mulheres e meninas - também são bem mais suscetíveis ao HIV do que o seriam se o sexo não fosse forçado, uma vez que os tecidos anais são facilmente danificados, novamente oferecendo ao vírus uma entrada mais fácil para o corpo.

O fato de ser uma vítima de violência sexual e o de ser suscetível ao HIV compartilham de diversos comportamentos de risco. O sexo forçado na infância ou na adolescência, por exemplo, aumenta a probabilidade de participar de sexo sem proteção, ter diversos parceiros, participar de trabalho sexual e abuso de substâncias. As pessoas que passam pelo sexo forçado em relacionamentos íntimos geralmente têm dificuldade em negociar o uso de preservativos - ou porque usar um preservativo poderia ser interpretado como duvidar de seu parceiro ou admitir a promiscuidade, ou por causa do medo de experimentar a violência de seu parceiro. A coação sexual entre adolescentes e adultos também está associada à baixa auto-estima e à depressão, fatores que são associados a muitos dos comportamentos de risco para infecção por HIV.

Estar infectado com HIV ou ter um membro da família soropositivo também pode aumentar o risco de sofrer violência sexual, especialmente para as mulheres. Devido ao estigma associado ao HIV e à AIDS em muitos países, uma mulher infectada pode ser expulsa de sua casa. Além disso, uma doença ou morte relacionada à AIDS pode resultar em uma situação econômica desesperadora em um lar pobre. As mulheres podem ser forçadas ao trabalho sexual e, conseqüentemente, estarem sob maior risco tanto de HIV/AIDS quanto de violência sexual. As crianças que ficam órfãs por causa da AIDS, empobrecidas e sem ninguém para cuidar delas, podem ser forçadas a viver nas ruas, sob um considerável risco de abuso sexual.

Dentre as várias formas de reduzir a incidência tanto da violência sexual quanto da infecção por HIV, a educação talvez seja a mais importante. Para as pessoas jovens principalmente deve haver intervenções abrangentes em escolas e em outros estabelecimentos de educação, em grupos jovens e nos locais de trabalho. Os currículos escolares deveriam cobrir aspectos relevantes de saúde sexual e reprodutiva, relacionamentos e violência. Deveriam também ensinar habilidades para a vida, inclusive como evitar situações de risco ou ameaçadoras relacionadas, por exemplo, a sexo, violência ou drogas, e como negociar um comportamento sexual seguro.

Para a população adulta em geral deveria haver informações completas e acessíveis sobre saúde sexual e as conseqüências de determinadas práticas sexuais, bem como intervenções para mudar os padrões prejudiciais de comportamento e as normas sociais que impedem a comunicação em assuntos relacionados a sexo.

É importante que os trabalhadores da área de saúde e outros provedores de serviço recebam treinamento integrado sobre gênero e saúde reprodutiva, inclusive violência de gênero e doenças sexualmente transmitidas, como infecção por HIV.

Para as vítimas de estupro, deveria haver uma seleção e um encaminhamento para serviços voltados para infecção por HIV. Além disso, pode-se considerar o uso de profilaxia pós-exposição ao HIV administrada logo após a agressão, juntamente com aconselhamento. Da mesma forma, é necessário que haja uma investigação minuciosa em relação às mulheres portadoras de HIV, a fim de se avaliar um possível histórico de violência sexual. Os programas voluntários de aconselhamento para HIV devem analisar a possibilidade de incorporar estratégias de prevenção contra a violência.

importante para a recuperação (179). O aconselhamento em curto prazo e os programas de tratamento após atos de violência sexual, contudo, requerem muito mais avaliação.

O apoio psicológico formal para quem passou por violência sexual tem sido oferecido em grande parte pelo setor não governamental, especialmente por centros de crise de estupro e diversas organizações de mulheres. Inevitavelmente, o número de vítimas de violência sexual que têm acesso a esses serviços é pequeno. Uma solução para expandir o acesso é criar serviços de linha direta, preferencialmente gratuitos. Uma linha direta chamada Stop Woman Abuse [Pare o Abuso contra as Mulheres] na África do Sul, por exemplo, atendeu 150 mil chamadas nos primeiros 5 meses de funcionamento (180).

Programas para perpetradores

Os poucos programas direcionados aos perpetradores de violência sexual são, de forma geral, voltados para homens condenados por agressão. Esses programas são encontrados principalmente em países industrializados e apenas recentemente começaram a ser avaliados (ver Capítulo 4 para obter mais informações sobre os programas). Uma resposta comum dos homens que cometem a violência sexual é negar que são responsáveis e que aquilo que eles estão fazendo seja violento (146, 181). A fim de serem eficazes, os programas que trabalham com perpetradores precisam fazer com que esses homens admitam sua responsabilidade e que sejam considerados publicamente como responsáveis por suas ações (182). Uma forma de se conseguir isso é através de programas cujo objetivo seja que homens perpetradores de violência sexual colaborem com os serviços de apoio às vítimas, bem como com as campanhas contra violência sexual.

Habilidades para a vida e outros programas educacionais

Nos últimos anos, diversos programas voltados para promoção de saúde sexual e reprodutiva, especialmente os que promovem a prevenção contra HIV, começaram a introduzir a questão de gênero e a lidar com o problema da violência física e sexual contra as mulheres. Dois exemplos notáveis - desenvolvidos para a África, mas utilizados em diversas partes do mundo em desenvolvimento - são o "Stepping Stones" [Passo das Pedras] e o "Men As Partners" [Homens como Parceiros] (183, 184).

Esses programas foram elaborados para serem usados em grupos semelhantes de homens e mulheres e são apresentados em diversas sessões sob forma de oficinas de trabalho, utilizando abordagens de aprendizagem participativa. Sua abordagem abrangente ajuda os homens, que de outra forma relutariam em participar de um programa que se concentrasse somente na violência contra as mulheres, a participarem e discutirem diversos assuntos relativos à violência. Além disso, mesmo que os homens sejam perpetradores de violência sexual, os programas têm muito cuidado em evitar rotulá-los como tal.

Uma análise sobre o efeito do programa *Stepping Stones* na África e Ásia, revelou que as oficinas ajudaram os homens participantes a assumir maior responsabilidade por suas ações, se relacionarem melhor com os outros, terem maior respeito pelas mulheres e se comunicarem mais efetivamente. Como resultado do programa, foram relatadas reduções na violência contra as mulheres no Camboja, em Gâmbia, na África do Sul, em Uganda e na República Unida da Tanzânia. Contudo, as avaliações realizadas até o momento utilizaram, de forma geral, métodos qualitativos e ainda são necessárias mais pesquisas para testar adequadamente a eficácia do programa (185).

Abordagens de desenvolvimento

Para evitar a violência sexual, as pesquisas têm realçado a importância de criar os filhos com incentivos e desempenhar o papel de pais de um modo melhor e mais equilibrado (124, 125). Ao mesmo tempo, Schwartz (186) desenvolveu um método de prevenção que adota uma abordagem de desenvolvimento com intervenções antes do nascimento, durante a infância, na adolescência e no início da fase adulta. Nesse modelo, o elemento pré-natal incluiria discussões sobre habilidades de ser pai e mãe, estereótipo dos papéis dos gêneros, estresse, conflito e violência. Nos primeiros anos da infância, os provedores de saúde buscariam essas questões e introduziriam o abuso sexual infantil e a exposição à violência na mídia para formar a lista de tópicos de discussão, bem como promoveriam o uso de materiais educacionais não sexistas. No final da infância, a promoção de saúde incluiria elementos para modelar comportamentos e atitudes a fim de evitar os estereótipos, estimulando as crianças a diferenciarem entre o toque "bom" e o "mau", e melhorando sua capacidade e sua confiança para

tomarem o controle sobre seus próprios corpos. Essa intervenção daria espaço para conversas sobre a agressão sexual. Durante a adolescência e o início da fase adulta, as discussões cobririam mitos sobre estupro, maneira de se estabelecer limites para a atividade sexual e quebras de vínculos entre sexo, violência e coação. Mesmo que o modelo de Schwartz tenha sido desenvolvido para ser usado em países industrializados, alguns dos princípios envolvidos poderiam ser aplicados a países emergentes.

Respostas da assistência à saúde

Serviços médico-legais

Em muitos países, onde se observa a existência de violência sexual, o setor de saúde tem a tarefa de coletar evidências médicas e legais para corroborar o depoimento das vítimas ou para ajudar a identificar o perpetrador. Uma pesquisa realizada no Canadá indica que a documentação médico-legal pode aumentar a chance de um perpetrador ser preso, processado ou condenado (187, 188). Por exemplo, um estudo concluiu que a lesão física documentada, especialmente do tipo moderado a grave, estava associada a processos sendo impetrados - independente do nível de renda do paciente ou se o paciente conhecia o agressor, tanto como mero conhecido quanto como parceiro íntimo (188). Contudo, um estudo realizado em Nairóbi, no Quênia, sobre mulheres que procuravam um hospital logo após um estupro, destacou o fato de que em muitos países as vítimas de estupro não são examinadas por um ginecologista ou um perito da polícia, bem como não há protocolos ou diretrizes padrões sobre essa questão (189).

O uso de protocolos e diretrizes padrões pode aumentar significativamente a qualidade do tratamento e o apoio psicológico às vítimas, assim como as evidências que são coletadas (190). Os protocolos e as diretrizes abrangentes para mulheres vítimas de agressão deveriam conter:

- registro de uma descrição detalhada do incidente, listando todas as evidências coletadas;
- listagem do histórico ginecológico e contraceptivo da vítima;
- documentação padronizada dos resultados de um exame físico completo;
- avaliação do risco de gravidez;
- teste e tratamento de doenças sexualmente transmitidas inclusive, quando necessário, teste para HIV;
- fornecimento de contraceptivo de emergência

e, quando legal, aconselhamento sobre aborto;

- fornecimento de apoio psicológico e encaminhamento.

Em alguns países, o protocolo é parte do procedimento de um "conjunto de evidências de agressão sexual" que inclui instruções e recipientes para coletar evidências, formulários e documentos legais adequados para registrar as histórias (191). Os exames em vítimas de estupro são, por natureza, extremamente estressantes. O uso de um vídeo para explicar o procedimento antes de um exame tem se mostrado de grande valor para reduzir o estresse envolvido (192).

Treinamento para profissionais de assistência à saúde

As questões que envolvem violência sexual precisam ser tratadas no treinamento de todo o pessoal de serviços de saúde, inclusive psiquiatras e conselheiros, tanto em programas de treinamento básico quanto em cursos de pós-graduação especializados. Em primeiro lugar, tal treinamento daria aos trabalhadores da área de assistência à saúde um maior conhecimento e uma melhor consciência sobre a violência sexual, tornando-os mais capazes de detectar e lidar com casos de abuso, de uma forma sensível mas eficaz. Isso também ajudaria a reduzir os exemplos de abuso sexual no setor de saúde, algo que pode ser um problema significativo, apesar de geralmente não reconhecido.

Nas Filipinas, a Task Force on Social Science and Reproductive Health [Força-Tarefa em Ciência Social e Saúde Reprodutiva], um órgão que inclui médicos, enfermeiros e cientistas sociais e que tem o apoio do Departamento de Saúde produziu módulos de treinamento sobre violência de gênero para estudantes de enfermagem e de medicina. Os objetivos do programa são (193):

- compreender as raízes da violência no contexto de cultura, gênero e outros aspectos sociais;
- identificar situações, nas famílias ou nos lares sob alto risco de violência, onde seja necessário realizar:
- intervenções primárias, especialmente em colaboração com outros profissionais;
- intervenções secundárias, inclusive Identificar vítimas de violência, compreender os procedimentos básicos legais e a maneira como apresentar as evidências, encaminhar e acompanhar os pacientes e ajudar as vítimas a se reintegrarem à sociedade.

Esses módulos de treinamento são embutidos nos currículos para alunos de enfermagem e medicina. Para o currículo de enfermagem, os onze módulos são distribuídos no decorrer dos quatro anos de instrução formal e, para os alunos de medicina, os módulos são apresentados nos três últimos anos de treinamento prático.

Profilaxia para infecção com HIV

A possibilidade de transmissão de HIV durante o estupro é um grande motivo de preocupação, especialmente em países com uma elevada ocorrência de infecção por HIV (194). Sabe-se que em determinados contextos é eficiente o uso de drogas anti-retrovírus em seguida à exposição ao HIV. Por exemplo, a administração do AZT a trabalhadores da área de saúde após uma exposição ocupacional a agulhas (perfurando a pele com uma agulha contaminada) tem provado reduzir em 81% o risco subsequente de desenvolver a infecção por HIV (195).

O risco médio de infecção por HIV em um único ato de sexo vaginal sem proteção com um parceiro infectado é relativamente baixo (aproximadamente 1-2 para cada 1 mil, de homem para mulher, e cerca de 0,5 - 1 para cada 1 mil de mulher para homem). O risco, na verdade, é de uma ordem semelhante a de uma lesão com agulha (cerca de 3 para cada 1 mil), onde a profilaxia pós-exposição agora é um tratamento de rotina (196). Contudo, o risco médio de infecção por HIV resultante de sexo anal sem proteção é consideravelmente mais alto, cerca de 5 - 30 para cada 1 mil. No entanto, durante o estupro, devido à força utilizada, é muito provável que haja rupturas macro ou microscópicas na mucosa vaginal, o que aumentaria em muito a probabilidade de transmissão de HIV (194).

Não há informações sobre a viabilidade ou a relação custo/efetividade da oferta rotineira de profilaxia de HIV para vítimas de estupro em cenários de recursos escassos. O teste de infecção por HIV após o estupro é difícil de qualquer forma. Imediatamente após um incidente, muitas mulheres não estão em condições de entender totalmente a complicada informação sobre o teste e os riscos de HIV. Também é difícil garantir um acompanhamento adequado, visto vez que muitas vítimas não comparecem às outras visitas marcadas, por motivos que provavelmente estão relacionados ao seu estado psicológico depois da agressão. Os efeitos colaterais do tratamento anti-retrovírus também podem ser significativos, fazendo com que as pessoas larguem

o tratamento (195, 197), embora as pessoas que se percebem em risco sejam mais propensas a prosseguir com o tratamento (197).

Apesar da falta de conhecimento sobre a eficácia da profilaxia de HIV após o estupro, muitas organizações têm recomendado sua utilização. Por exemplo, os programas de assistência médica em países de alta renda estão incluindo essa profilaxia cada vez mais em seus pacotes de assistência. É necessário que se faça, urgentemente, pesquisas em países de renda média e baixa sobre a eficácia do tratamento anti-retrovírus após o estupro e como ele poderia ser incluído nos serviços de assistência ao paciente.

Centros que oferecem ampla assistência às vítimas de agressão sexual

Devido à falta de médicos em muitos países, enfermeiros com treinamento especial têm sido utilizados em alguns lugares para auxiliar as vítimas de agressão sexual (187). No Canadá, enfermeiros conhecidos como "enfermeiros examinadores de agressão sexual" são treinados para oferecer uma ampla assistência às vítimas de violência sexual. Esses enfermeiros encaminham os clientes para um médico quando é necessária uma intervenção médica. Na província de Ontário, Canadá, o primeiro centro de assistência à agressão sexual foi aberto em 1984 e, desde então, foram criados outros 26 centros. Esses centros oferecem e coordenam uma ampla gama de serviços, inclusive assistência médica de emergência e acompanhamento médico, aconselhamento, coleta de evidências forenses de agressão, apoio legal e consulta e educação comunitárias (198). Estão sendo criados em muitos países centros que oferecem diversos serviços para as vítimas de agressão sexual, geralmente localizados em lugares como hospitais e delegacias de polícia, (ver Quadro 6.3). Centros especializados desse tipo têm a vantagem de contar com um quadro de pessoal devidamente treinado e com experiência. Em alguns lugares, por outro lado, existem centros integrados que prestam serviços às vítimas de diferentes formas de violência.

Esforços comunitários *Campanhas de prevenção*

As tentativas de mudar as atitudes públicas em relação à violência sexual utilizando a mídia incluem publicidade em *outdoors* e em transportes públicos,

bem como em rádio e televisão. A televisão tem sido eficientemente utilizada na África do Sul e no Zimbábue. A série de televisão inédita da África do Sul, *Soul City*, está descrita no Quadro 9.1 do Capítulo 9. No Zimbábue, a organização não governamental Musasa tem produzido iniciativas de conscientização utilizando o teatro, reuniões públicas e debates, bem como uma série de televisão onde os sobreviventes da violência descrevem suas experiências (199).

Outras iniciativas, além das campanhas da mídia, têm sido utilizadas em muitos países. O Sisterhood Is Global Institute (Instituto Irmandade É Global), em Montreal no Canadá, por exemplo, desenvolveu um manual adaptado para as comunidades muçulmanas visando a conscientizar e estimular o debate acerca de questões relacionadas à igualdade de gêneros e violência contra as mulheres e meninas (200). O manual foi testado inicialmente no Egito, na Jordânia e no Líbano e, em uma adaptação para cenários não muçulmanos, usado no Zimbábue.

Uma iniciativa interórgãos das Nações Unidas para combater a violência de gênero está sendo realizada em 16 países da América Latina e do Caribe

(201). A campanha é elaborada para:

- aumentar a consciência acerca dos custos humanos, sociais e econômicos da violência contra mulheres e meninas;
- promover a capacitação em nível governamental para desenvolver e implementar legislação contra a violência de gênero;
- fortalecer as redes de organizações públicas e privadas e realizar programas para evitar a violência contra mulheres e meninas.

Ativismo comunitário por parte dos homens

Um elemento importante para prevenir violência sexual e física contra as mulheres são as iniciativas coletivas partindo dos homens. Existem grupos de homens contra a violência doméstica e o estupro na Austrália, na África, na América Latina e no Caribe, bem como na Ásia, em muitas partes da América do Norte e na Europa. O ponto de partida fundamental

QUADRO 6.3

Serviços integrados para vítimas de estupro nos hospitais da Malásia

Em 1993, o primeiro "One-Stop Crisis Centre" [Centro Único para Crise] para mulheres espancadas foi criado no departamento de acidentes e emergências do Hospital de Kuala Lumpur na Malásia. Seu objetivo era oferecer uma resposta à violência contra as mulheres, coordenada interórgãos, de forma a possibilitar que as vítimas de agressão pudessem cuidar de seus problemas médicos, legais, psicológicos e sociais em um único lugar. Inicialmente, o centro lidava exclusivamente com violência doméstica, mas expandiu seu alcance para abranger estupro, com procedimentos específicos para vítimas de estupro.

No Hospital de Kuala Lumpur, uma equipe de intervenção em crises lida com cerca de 300 casos de estupro e 70 casos de violência doméstica por mês. Essa equipe traz expertise do próprio hospital e de diversos grupos de mulheres, da polícia, do departamento de assistentes sociais médicos, do escritório de assistência legal e do Escritório Religioso Islâmico.

Em 1996, o Ministro de Saúde da Malásia resolveu expandir essa estratégia inovadora de assistência à saúde e criar centros semelhantes em todos os hospitais públicos do país. Em três anos, 34 centros desse tipo foram criados. Nesses centros, psiquiatras, conselheiros e assistentes sociais médicos realizam aconselhamento sobre estupro e alguns dos clientes se tornam pacientes não internos do departamento de psiquiatria do hospital. Os assistentes sociais treinados precisam ficar à disposição 24 horas por dia.

À medida que foi se desenvolvendo o programa "One-Stop Crisis Center", vários problemas vieram à tona. Um desses problemas foi a necessidade de um melhor treinamento para o pessoal do hospital conseguir lidar de forma sensível com questões de violência sexual. Alguns funcionários do hospital culpavam as próprias vítimas de estupro pela violência que haviam sofrido, enquanto outros as consideravam com uma curiosidade de voyeur, em vez de se concentrarem em oferecer apoio. Havia também falta de médicos forenses e de abrigos suficientes para as vítimas de estupro. A identificação desses problemas foi o primeiro passo importante para melhorar o programa e oferecer um serviço de melhor qualidade para as vítimas de estupro.

para esse tipo de iniciativa é que os homens, como indivíduos, devem adotar medidas para reduzir o uso de violência por parte deles (202). As atividades típicas incluem discussões em grupo, campanhas e reuniões educativas, trabalho com homens violentos e oficinas em escolas, prisões e locais de trabalho. As ações normalmente são realizadas em cooperação com organizações de mulheres envolvidas na prevenção contra a violência e na prestação de serviços para mulheres vítimas de abuso.

Só nos Estados Unidos, há mais de 100 grupos de homens desse tipo, muitos dos quais com foco especificamente sobre a violência sexual. O grupo "Men Can Stop Rape" [Homens Podem Parar o Estupro] em Washington, DC, por exemplo, busca promover formas alternativas de masculinidade que fomentem a não violência e a igualdade de gêneros. Suas atividades recentes incluem apresentações em escolas secundárias, elaboração de cartazes, produção de um manual para professores e publicação de uma revista para jovens (202).

Programas nas escolas

A ação nas escolas é vital para reduzir a violência sexual e outras formas de violência. Em muitos países, uma relação sexual entre um professor e um aluno não é um crime disciplinar sério e as políticas sobre assédio sexual nas escolas ou não existem, ou não são implementadas. Nos últimos anos, contudo, alguns países introduziram leis que proíbem relações sexuais entre professores e alunos. Tais medidas são importantes para ajudar a erradicar o assédio sexual nas escolas. Ao mesmo tempo, também é necessária uma maior variedade de ações, inclusive mudanças no treinamento e recrutamento de professores e reformas de currículos, de forma a transformar as relações de gêneros nas escolas.

Respostas legais e políticas

Denunciar e lidar com casos de violência sexual

Muitos países têm algum sistema para encorajar as pessoas a denunciarem incidentes de violência sexual para a polícia e para melhorar a rapidez e sensibilidade do processamento dos casos nos tribunais. Os mecanismos específicos incluem unidades dedicadas à violência doméstica, unidades de crime sexual, treinamento em gênero para a polícia e funcionários do tribunal, delegacias de mulher e tribunais para crimes de estupro. Alguns desses mecanismos são discutidos no Capítulo 4.

Há vezes em que a má vontade dos peritos médicos em comparecer ao tribunal acarreta problemas. O motivo para isso é que freqüentemente os horários dos tribunais são imprevisíveis e, geralmente, casos são adiados em cima da hora e há longas esperas por testemunhas que vão dar pequenos testemunhos. Na África do Sul, para contornar esse problema, o Corpo de Diretores dos Promotores Públicos tem treinado magistrados para, em processos de casos de violência sexual, fazer uma interrupção quando o perito médico chega, de forma que o testemunho pode ser tomado e a testemunha ser examinada sem demora.

Reforma legal

As intervenções legais adotadas em muitos lugares incluem:

- estender o conceito de estupro;
- reformar as regras sobre sentenças e admissibilidade de evidência;
- eliminar requisitos de corroboração dos relatos das vítimas.

Em 1983, as leis canadenses sobre estupro foram reformadas, eliminando especialmente o requisito de que os relatos de estupro sejam corroborados. Contudo, uma avaliação concluiu que os promotores tendem a ignorar esse relaxamento da necessidade de corroboração e que poucos casos chegam ao tribunal sem evidência forense (203).

Diversos países na Ásia, inclusive as Filipinas, promulgaram recentemente legislações que redefinem radicalmente estupro e obrigam a assistência do Estado às vítimas. O resultado tem sido um aumento significativo no número de casos denunciados. Também deve haver campanhas para informar o público em geral sobre seus direitos legais, caso se deseje que a legislação reformada seja totalmente eficaz.

Para assegurar que informações irrelevantes não sejam admitidas nos tribunais, o International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia [Tribunal Criminal Internacional para a Antiga Iugoslávia] criou algumas regras que podem servir como um modelo útil para leis e procedimentos eficazes em outros lugares. A Lei 96 do Tribunal especifica que, em casos de agressão sexual, não há necessidade de corroboração do testemunho da vítima e que o histórico sexual anterior da vítima não deve ser apresentado como evidência. A lei também trata da possível alegação do acusado de ter havido consentimento para o ato, dizendo que o consentimento como defesa não deve

ser permitido se a vítima houver sido sujeita ou ameaçada por violência física ou psicológica, detenção, ou se tiver motivos para temer tal violência ou detenção. Além disso, o consentimento não deve ser permitido sob a regra de que se a vítima tiver bons motivos para acreditar que, se ele ou ela não se sujeitarem, outra pessoa poderia ser sujeitada, ameaçada ou colocada sob medo. Mesmo onde a alegação de consentimento é permitida, o acusado deve convencer o tribunal de que a evidência para tal alegação é relevante e crível, antes da evidência poder ser apresentada.

Em muitos países, os juízes proferem sentenças particularmente curtas para violência sexual (204, 205). Uma forma de superar esse problema tem sido introduzir uma pena mínima para condenações por estupro, exceto mediante circunstâncias atenuantes.

Tratados internacionais

Os tratados internacionais são importantes porque eles estabelecem padrões para a legislação nacional e proporcionam uma alavanca para que os grupos locais façam campanha pelas reformas legais. Entre os tratados relevantes que tratam de violência sexual e sua prevenção, podemos citar:

- a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979);
- a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e seu Protocolo Opcional sobre a Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil (2000);
- a Convenção contra o Crime Organizado Transnacional (2000) e seu Protocolo Complementar para Prevenir, Eliminar e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (2000);
- a Convenção contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984).

Diversos outros acordos internacionais estabelecem normas e limites de comportamento, inclusive comportamento durante conflitos, que precisa de provisões na legislação nacional. O Estatuto de Roma sobre o Tribunal Criminal Internacional (1998), por exemplo, cobre um amplo espectro de crimes de gênero, inclusive estupro, escravidão sexual, prostituição forçada, gravidez forçada e esterilização forçada. Ele também inclui determinadas formas de violência sexual que constituem uma quebra ou uma séria violação da

Convenção de Genebra de 1949, bem como outras formas de violência sexual que são comparáveis em gravidade aos crimes contra a humanidade. A inclusão de crimes de gênero nas definições do estatuto é um importante avanço histórico no direito internacional (206).

Ações para evitar outras formas de violência sexual

Tráfico sexual

De forma geral, as iniciativas para evitar o tráfico de pessoas para fins sexuais visam a:

- criar programas econômicos, em determinados países, para mulheres sob risco de serem traficadas;
- oferecer informações e conscientizar as mulheres sob risco potencial, de forma que elas saibam sobre o perigo do tráfico.

Além disso, diversos programas de organizações governamentais e não governamentais estão desenvolvendo serviços para as vítimas do tráfico (102). Em Chipre, o Departamento de Estrangeiros e Imigração aborda mulheres que estão entrando no país para trabalhar nos setores de entretenimento ou de serviços domésticos. O Departamento avisa as mulheres sobre seus direitos e suas obrigações, bem como sobre as diversas formas disponíveis de proteção contra abuso, exploração e prostituição. Na União Européia e nos Estados Unidos, as vítimas de tráfico que desejarem cooperar com o sistema jurídico para processar os traficantes podem receber licenças temporárias de residentes. Na Bélgica e Itália, foram construídos abrigos para as vítimas de tráfico. Em Mumbai, na Índia, foi criado um centro contra tráfico para facilitar a prisão e a condenação dos criminosos, e para oferecer assistência e informação para as mulheres traficadas.

Mutilação genital feminina

Para lidar com práticas culturais sexualmente violentas, é necessária uma compreensão de seu contexto social, cultural e econômico. Khafagi (208) argumentou que tais práticas, que incluem a mutilação genital feminina, devem ser entendidas sob o ponto de vista dos que as praticam e que esse conhecimento pode ser utilizado para elaborar intervenções culturalmente adequadas para evitar tais práticas. No distrito de Kapchorwa em Uganda, o programa REACH tem tido sucesso na redução dos índices de mutilação genital feminina. O programa, liderado pela

Sabiny Elder's Association, tentou angariar o apoio dos mais velhos da comunidade para retirar a prática de mutilação genital feminina dos valores culturais aos quais ela parece servir. Em seu lugar, foram colocadas atividades substitutivas alternativas para a tradição cultural original (209). O Quadro 6.4 descreve outro programa, no Egito, de prevenção contra a mutilação genital feminina.

Casamento infantil

O casamento infantil tem uma base cultural e geralmente é legal, o que dificulta a tarefa de se conseguir mudanças. Para evitar essa prática não será suficiente simplesmente tornar o casamento infantil ilegal. Em muitos países, o processo de registro de nascimentos é tão irregular que a idade no primeiro casamento pode ser desconhecida (100). Abordagens que lidam com a pobreza - um importante fator subjacente a muitos desses casamentos - e as que enfatizam metas educacionais, as consequências de saúde resultantes de dar à luz muito nova e os direitos das crianças têm maior probabilidade de obter êxito.

Estupro durante conflitos armados

A questão da violência sexual em conflitos armados foi recentemente trazida à tona por organizações como a Association of the Widows of the Genocide (AVEGA) [Associação das Viúvas do Genocídio] e o Forum for African Women Educationalists [Fórum para Mulheres Educadoras Africanas]. A primeira tem dado apoio às viúvas das guerras e às vítimas de estupro em Ruanda, e a última tem oferecido assistência médica e aconselhamento para as vítimas em Serra Leoa (210).

Em 1995, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados lançou diretrizes sobre a prevenção e a resposta à violência sexual entre as populações refugiadas (211). Essas diretrizes incluem provisões para:

- projeto e planejamento de acampamentos, para reduzir a suscetibilidade à violência;
- documentação de casos;
- educação e treinamento para os funcionários identificarem, responderem e evitarem a violência sexual;
- assistência médica e outros serviços de apoio, inclusive procedimentos para evitar mais traumas para as vítimas.

As diretrizes também cobrem as campanhas de conscientização pública, atividades educacionais e o estabelecimento de grupos de mulheres para

denunciarem e responderem à violência.

Com base em um trabalho realizado na Guiné (212) e na República Unida da Tanzânia (96), o Comitê Internacional de Resgate desenvolveu um programa para combater a violência sexual em comunidades refugiadas. Esse programa inclui o uso de métodos participativos para avaliar a ocorrência de violência sexual e de gênero em populações refugiadas, o treinamento e o emprego de trabalhadores comunitários para identificar casos e criar sistemas adequados de prevenção, e medidas para os líderes comunitários e outros oficiais levarem os perpetradores a julgamento. O programa tem sido usado em muitos lugares contra a violência sexual e de gênero, inclusive na Bósnia-Herzegovina, no Quênia, na República da Macedônia da antiga Iugoslávia, na República Democrática do Congo, em Serra Leoa e no Timor Leste.

Recomendações

Geralmente, a violência sexual tem sido uma área de pesquisa negligenciada em quase todas as partes do mundo, mesmo que as evidências indiquem tratar-se de um problema de saúde pública de grandes proporções. Ainda é necessário fazer muito mais para compreender o fenômeno e evitá-lo.

Mais pesquisa

O que contribui para a falta de visibilidade do problema nas agendas não só das pessoas que elaboram as políticas mas também dos doadores é a ausência de um consenso sobre a definição de violência sexual e a escassez de dados que descrevam a natureza e a extensão do problema no mundo todo. Há necessidade de pesquisas significativas a respeito de quase todos os aspectos da violência sexual, inclusive:

- a incidência e a ocorrência da violência sexual em diversos cenários, utilizando-se um instrumento padrão de pesquisa para mensurar a coação sexual,
- os fatores de risco para ser uma vítima ou um perpetrador da violência sexual,
- as consequências sociais e de saúde das diferentes formas de violência sexual,
- os fatores que influenciam a recuperação da saúde logo após uma agressão sexual, e
- os contextos sociais das diferentes formas de violência sexual, inclusive o tráfico sexual e as relações entre a violência sexual e outras formas de violência.

QUADRO 6.4

Dando um fim à mutilação genital feminina: o caso do Egito

A mutilação genital feminina é extremamente comum entre as mulheres casadas no Egito. O Censo Demográfico e de Saúde de 1995 revelou que a faixa etária onde a prática era utilizada com mais frequência era de 9 a 13 anos. Quase metade dos que executores de circuncisão feminina eram médicos e 32% eram parteiras ou pessoas da área de enfermagem. Uma pesquisa sociológica concluiu que as principais razões alegadas para praticar a circuncisão feminina eram para manter a tradição, para controlar os desejos sexuais das mulheres, para tornar as mulheres "limpas e puras" e, o mais importante, para torná-las elegíveis ao casamento.

Em grande parte devido à conscientização pública resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, foi criado um movimento contra a mutilação genital feminina, atingindo diversos setores.

Em termos de resposta dos funcionários e profissionais de saúde, uma declaração conjunta datada de 1998 da Sociedade Egípcia de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Egípcia de Assistência à Fertilidade declarou que a mutilação genital feminina era tanto inútil quanto danosa, e se constituía em uma prática não ética de um médico. O Ministro Egípcio de Saúde e População também emitiu um decreto proibindo qualquer pessoa de executar a mutilação genital feminina.

Os líderes religiosos no mundo muçulmano também expressaram sua oposição à prática. O Grande Mufti fez uma declaração ressaltando que não havia menção à circuncisão feminina no Alcorão e que ditos (*hadith*) atribuídos ao Profeta Maomé sobre o assunto não foram definitivamente confirmados por evidências. Além disso, em 1998 a Conferência sobre População e Saúde Reprodutiva no Mundo Muçulmano adotou uma recomendação que convoca os países islâmicos a abolirem todas as formas de violência contra as mulheres, com um lembrete que sob a lei islâmica (*sharia*) não há obrigação de circuncidar as meninas.

Organizações não governamentais egípcias se mobilizaram ao redor da questão, disseminando informações sobre a mutilação genital feminina e incluindo esse tema em programas de desenvolvimento comunitário, conscientização de saúde e outros. Uma força-tarefa composta por cerca de 60 organizações não governamentais foi criada para combater essa prática.

Diversas organizações não governamentais – geralmente que trabalham com homens líderes comunitários – estão agora envolvendo ativamente os homens, instruindo-os sobre os perigos da mutilação genital feminina. Nesse processo, os jovens estão sendo incentivados a declarar que se casarão com mulheres que não foram circuncidadas.

No Alto Egito há um programa voltado para vários grupos sociais - inclusive líderes comunitários, líderes religiosos e profissionais – com o intuito de treiná-los para fazerem campanha contra a mutilação genital feminina. Também é oferecido aconselhamento às famílias que optam por não fazer circuncisão em suas filhas e são realizadas discussões com funcionários da área de saúde para dissuadi-los de executar essa prática.

Determinando respostas eficazes

As intervenções também devem ser estudadas para produzir um melhor entendimento sobre o que, em diferentes cenários, é eficaz para evitar a violência sexual e para tratar das vítimas e apoiá-las. As seguintes áreas precisam ser priorizadas:

- Documentar e avaliar os serviços e as intervenções de apoio aos sobreviventes ou

trabalhar com os perpetradores de violência sexual.

- Determinar as respostas do setor de saúde mais adequadas em relação à violência sexual, inclusive o papel da terapia profilática anti-retrovírus após o estupro, para prevenção contra o HIV - com diferentes pacotes básicos de serviços sendo recomendados para diferentes cenários, dependendo do nível de recursos.

- Determinar qual o apoio psicológico adequado para diferentes cenários e circunstâncias.
- Avaliar os programas voltados para a prevenção contra a violência sexual, inclusive intervenções comunitárias - especialmente as que têm como foco os homens - e programas nas escolas.
- Estudar o impacto das reformas legais e sanções criminais.

Maior atenção à prevenção primária

A prevenção primária contra a violência sexual normalmente é marginalizada em favor da prestação de serviços aos sobreviventes. Os responsáveis pela elaboração de políticas, os pesquisadores, os doadores e as organizações não governamentais devem, portanto, dar muito mais atenção a essa área importante. Os seguintes pontos devem ser priorizados:

- prevenção primária contra todas as formas de violência sexual, a ser realizada por meio de programas em comunidades, escolas e locais de refugiados;
- apoio para abordagens participativas e que levem em consideração a cultura, para assim mudar as atitudes e os comportamentos;
- apoio a programas que lidam com a prevenção contra a violência sexual no contexto mais amplo de promoção da igualdade de gêneros;
- programas que lidam com algumas das causas socioeconômicas subjacentes à violência, inclusive pobreza e falta de educação, oferecendo, por exemplo, oportunidades de emprego para os jovens;
- programas para melhorar a criação dos filhos, reduzir a vulnerabilidade das mulheres e promover noções de masculinidade que tenham maior equilíbrio de gêneros.

Lidando com o abuso sexual dentro do setor de saúde

A violência sexual que ocorre contra os pacientes dentro do setor de saúde existe em muitos lugares, mas geralmente não é reconhecida como um problema. É necessária a adoção de várias medidas para superar essa negação e enfrentar o problema, inclusive (83, 85):

- incorporar tópicos pertinentes à violência de gênero e sexual, inclusive considerações éticas

relevantes para a profissão médica, nos currículos para treinamento básico e de pós-graduação de médicos, enfermeiros e outros funcionários da área de saúde;

- buscar ativamente formas de identificar e investigar possíveis casos de abuso de pacientes dentro dos estabelecimentos de saúde;

- utilizar organismos internacionais das profissões médicas e de enfermagem, bem como organizações não governamentais (inclusive organizações de mulheres) para monitorar e compilar evidências de abuso e fazer campanhas para a ação por parte do governo e dos serviços de saúde;

- estabelecer códigos adequados de práticas e procedimentos para denúncias, bem como procedimentos disciplinares específicos para funcionários da área de saúde que pratiquem abuso contra os pacientes dentro dos estabelecimentos de assistência à saúde.

Conclusão

A violência sexual é um problema de saúde pública comum e sério que afeta milhões de pessoas a cada ano no mundo todo. Ela é motivada por diversos fatores que agem em vários contextos sociais, culturais e econômicos. No cerne da violência sexual direcionada às mulheres está a desigualdade dos gêneros.

Em muitos países, faltam dados sobre a maioria dos aspectos da violência sexual e há uma grande necessidade, em todos os lugares, de pesquisas sobre todos os aspectos da violência sexual. Igualmente importantes são as intervenções. Há vários tipos de intervenção, mas as essenciais dizem respeito à prevenção primária contra a violência sexual, voltada tanto para homens quanto mulheres, intervenções de apoio às vítimas de agressão sexual, medidas para aumentar a possibilidade dos perpetradores de estupro serem pegos e punidos, bem como estratégias para mudar as normas sociais e melhorar a condição das mulheres. É essencial que se desenvolvam intervenções para cenários carentes de recursos e que se faça uma avaliação rigorosa dos programas, tanto em países industrializados quanto países emergentes.

Os profissionais da área de saúde têm um importante papel a desempenhar no tocante ao apoio às vítimas de agressão sexual – em termos médicos e psicológicos – e na coleta de evidências para auxiliar nos julgamentos. O setor de saúde é muito mais eficaz

em países onde há protocolos e diretrizes para administrar os casos e coletar as evidências, onde os funcionários são bem treinados e onde há uma boa cooperação com o sistema judiciário. Por fim, para colocar um fim à violência sexual, serão necessários um forte comprometimento e envolvimento dos governos e da sociedade civil, junto com uma resposta coordenada entre diversos setores.

Referências

1. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. Candies in hell: domestic violence against women in Nicaragua. Umeå, Umeå University, 1997.
3. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north London. London, Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5:733-744.
5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571-582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523-527.
7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320-324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563-576.
9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417-425.
10. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737-746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451-457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115-120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903-907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017-1035.
15. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87-92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24:4-11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:575-582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31:1237-1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198-201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71:59-65.
21. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365-1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:1746-1752.
24. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships.

Journal of Anxiety Disorders, 1999, 13:541-563.

25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11:3-20.

26. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65-84.

27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:363-379.

28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).

29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:625-629.

30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.

31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes).

32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.

33. *The economics of sex*. Geneva, International Labour Organization, 1998 (World of Work, No. 26).

34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine (in press)*.

35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.

36. *Victims of crime in the developing world*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.

37. 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 (NCJ 183781).

38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech

Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265-269.

39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017-1035.

40. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género [Reproductive health and violence against women: an analysis from the gender perspective]*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Colegio de México, 1996.

41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967-1972.

42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57-65.

43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple [Domination and violence against women in the couple]*. Lausanne, Payot-Editions, 1997.

44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-22.

45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6-31.

46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.

47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and nonmarital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257-276.

48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995-1996 [Puerto Rico: reproductive health survey 1995-1996]*. San Juan, University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247-253.

50. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki, Statistics Finland, 1998.

51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates*

- revealed in two national surveys in Palestinian society. Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66-75.
53. 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).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118-123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, practicas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA. [A KAP study in schools: knowledge, attitudes, practices and behaviour regarding sexual and reproductive health during an AIDS era]*. Maputo, Geração Biz and Ministry of Youth and Sport, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361-367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12-18.
58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29-33.
59. *Adolescents*. (Programme brief on the findings from the Operations research and technical assistance, Africa Project II.) Nairobi, The Population Council, 1998.
60. Halcón L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minneapolis, MN, University of Minnesota and Pan American Health Organization, 2000.
61. Swart L et al. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996-1998: findings, evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:1-10.
62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.
64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. London, Virago Press, 2001.
65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report*. Geneva, World Organization Against Torture, 1999.
66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation*. Geneva, International Organization for Migration, 1996.
67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683-705.
68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524-525.
69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. In: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998*. Dhaka, 1998.
70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153-163.
71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 June 1990.
72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361-366.
73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517-1534.
74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú [Silence and complicity: violence against women in public services in Peru]*. Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154-157.
76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883-1888.
77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sex-related contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419-420.
78. Lamont JA, Woodward C. Patient-physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433-1439.

79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519-1520.
80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision)*. Cairo, Star Press, 2000.
81. *Human rights are women's rights*. London, Amnesty International, 1999.
82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485-490.
83. Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002, 359:1681-1685.
84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225-1232.
85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781-1795.
86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767-780.
87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069-1073.
88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130-131.
89. Kisa A, Dziegielewska SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9:243-253.
90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351:1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir: a crime of war*. New York, NY, Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent: Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21:16-17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612-615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5:1-3.
95. Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
97. George A. *Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai: an exploratory study*. Baroda, Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44:1-8.
99. *Early marriage: whose right to choose?* London, Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
101. Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India: problems and needs of adolescent girls*. New Delhi, Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women: the legal system and institutional responses*. Lahore, AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. In: 1997 *Demographic yearbook*, 49th ed. New York, NY, United Nations Statistics Division, 1999.
104. Heise L, Pitangy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255).
105. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242-250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:789-803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:145-159.
109. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565-581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579-1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (in press).

112. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 359:1423-1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2:37-43.
114. Faune MA. Centroamérica: los costos de la guerra y la paz [Central America: the costs of war and of peace] *Perspectivas*, 1997, 8:14-15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
117. *Violence against women: a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHO/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1993:377-570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:1899-1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. In: Watson RR, ed. *Drug and alcohol reviews. Vol. 5. Addictive behaviors in women*. Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
121. McDonald M, ed. *Gender, drink and drugs*. Oxford, Berg Publishers, 1994.
122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57-77.
123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449-455.
124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:26-91.
125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113-146.
126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117-130.
127. Malamuth NM et al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59:670-681.
128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584-589.
129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10:355-362.
131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35:276-282.
133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. In: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, DC, International Network on Violence Against Women, 1998.
134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33:197-248.
135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. London, Routledge, 1992.
136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria, Medical Research Council, 1997 (Technical Report).
137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357-359.
138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412-427.
139. Wood K, Jewkes R. "Dangerous" love: reflections on violence among Xhosa township youth. In: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural

- and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29:657-671.
141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88:237-250.
142. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22:231-244.
143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in crosscultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499-514.
144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang, Women's Crisis Centre, 1997.
145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
146. Sen P. *Ending the presumption of consent: nonconsensual sex in marriage*. London, Centre for Health and Gender Equity, 1999.
147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, CA, University of California, 1998.
148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37:5-27.
149. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92-106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3-16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil [El Salvador: socialization and juvenile violence]. In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud [Central America in the 90s: youth problems]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151-187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359:1232-1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women's health. In: Antrobus P et al., eds. *We speak for ourselves: population and development*. Washington, DC, Panos Institute, 1994:6-8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36:167-174.
155. *Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990 [An evaluation of a project to provide education, training and care for women and minors affected by sexual violence, January-December 1990]*. Mexico City, Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas [Basic information file for mutually supportive feminist care for women rape victims]*. Mexico City, Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.
157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:119-130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risktaking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29:200-227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322:713-716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:270-275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:295-302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i:841-845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823-832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:333-340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:194-200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:571-575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America: a report to the nation*. Arlington, VA, National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault

- and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550-555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:131-142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362-1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93:570-575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:1336-1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3-9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28:839-855.
175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, eds. *The health of women: a global perspective*. Boulder, CO, Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354:659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:948-955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17):29-34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:1226-1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. In: Dobash E, Dobash R, eds. *Rethinking violence against women*. London, Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44:9-14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. New York, NY, AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, DC, Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7:363-373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19:779-792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Journal of the Canadian Medical Association*, 1999, 160:1565-1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200-202.
190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10:283-289.
191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of postsexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (in press).
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359-370.
193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.08).
195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44:929-933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1451-1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to

- people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:641-645.
198. Du Mont J, MacDonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7:46-54.
200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montreal, Sisterhood Is Global Institute, 1998.
201. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44:42-47.
203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions: the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6:1109-1136.
204. *Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action*. New York, NY, Women, Peace and Development, United Nations, 2000 (Outcome Document, United Nations General Assembly Special Session, Women 2000: Beijing Plus Five).
205. *Reproductive rights 2000: moving forward*. New York, NY, Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6:65-85.
207. Coomaraswamy R. Integration of the human rights of women and the gender perspective. *Violence against women*. New York, NY, United Nations Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 2000 (Report of the Special Rapporteur on violence against women).
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos: the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44:74-78.
209. *Reproductive health effects of gender-based violence*. New York, NY, United Nations Population Fund, 1998 (available on the Internet at <http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm>.) (Annual Report 1998: programme priorities).
210. *Sierra Leone: rape and other forms of sexual violence against girls and women*. London, Amnesty International, 2000.
211. *Sexual violence against refugees: guidelines on prevention and response*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1995.
212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.

CAPÍTULO 7

VIOLÊNCIA AUTO-INFLIGIDA

Antecedentes

No ano de 2000, no mundo todo, estima-se que se suicidaram cerca de 815 mil pessoas, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 14,5 em cada 100 mil pessoas - uma morte a cada 40 segundos. O suicídio é a décima terceira maior causa de mortes no mundo. (ver anexo Estatísticas). Entre pessoas com idade de 15 a 44 anos, os ferimentos auto-inflingidos são a quarta maior causa de morte e a sexta maior origem de problemas de saúde e incapacitação física (1).

As mortes por suicídio são apenas uma parte desse sério problema. Além dos que morrem, muitos sobrevivem aos atentados contra a própria vida e às tentativas de ferir-se, o que é sério o bastante para exigir cuidados médicos (2). Além disso, toda pessoa que se suicida deixa para trás muitos outros - familiares e amigos - cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente. Estima-se que os custos relativos à morte auto-infligida sejam de bilhões de dólares todos os anos (3).

Como é definido suicídio?

O comportamento suicida vai desde simplesmente pensar em acabar com a vida até o desenvolvimento de um plano para cometer o suicídio e conseguir os meios de realizá-lo, ou seja, tentando se matar até finalmente realizar o ato ("suicídio completado"). O termo "*suicídio*" em si traz uma referência direta à violência e à agressividade. Aparentemente, Sir Thomas Browne foi quem desenvolveu a palavra "suicídio" em seu livro *Religio Medici* (1642). Médico e filósofo, Browne baseou-se na palavra latina *sui* (si próprio) e *caedere* (matar). O novo termo refletia o desejo de distinguir entre o homicídio contra si próprio e o contra uma outra pessoa (4).

Uma definição muito conhecida de suicídio é a que aparece na edição de 1973 da Enciclopédia Britânica, citada por Shneidman: "o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida" (5). Certamente, em qualquer definição de suicídio, a intenção de morrer é o elemento chave. Todavia, é extremamente difícil reconstruir os pensamentos das pessoas que cometem suicídio, a não ser que elas façam declarações claras sobre suas intenções antes de sua morte, ou deixem um bilhete de suicida. Nem todos os que sobrevivem a um ato suicida pretendem viver, e nem todas as mortes suicidas são planejadas.

Desta forma, estabelecer uma correlação entre a intenção e a realização pode ser difícil. Em muitos sistemas legais, se as circunstâncias forem consistentes com o suicídio e a possibilidade de assassinato, morte acidental ou morte por causas naturais é eliminada, a morte é confirmada como suicídio.

Existe muita discrepância a respeito da terminologia mais apropriada a ser adotada para descrever o comportamento suicida. Recentemente, foi proposto um termo, fundamentado no resultado, de "comportamento suicida fatal" para atos suicidas que resultam em morte e, similarmente, "comportamento suicida não fatal" para atos suicidas que não resultam em morte (6). Essas ações também são chamadas de "tentativas de suicídio" (um termo comum nos Estados Unidos), "parasuicídio" e "autolesão deliberada" (termos que são comuns na Europa).

O termo "idéias suicidas" em geral é utilizado na literatura técnica e refere-se ao pensamento de matar-se, em vários graus de intensidade e elaboração. Na literatura, o termo também se refere à sensação de estar cansado da vida, uma crença de que a vida não vale a pena, assim como o desejo de não acordar do sono (7, 8). Embora esses diferentes sentimentos - ou ideações - expressem diferentes graus de gravidade, não existe necessariamente um continuum entre eles. Adicionalmente, a intenção de morrer não é necessariamente um critério para o comportamento suicida não-fatal.

Uma outra forma comum de violência auto-infligida é a automutilação. Trata-se da destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente. Favazza (9) propôs três categorias principais:

- Automutilação grave - inclusive cegar-se e auto-amputar-se dedos, mãos, braços, membros, pés ou genitália.
- Automutilação estereotipada - tal como bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, cortar os olhos ou a garganta, ou arrancar o cabelo.
- Automutilação superficial a moderada - como cortar-se, arranhar-se ou queimar a pele, enfiar agulhas na pele ou arrancar os cabelos compulsivamente.

A automutilação envolve fatores muito diferentes oriundos de comportamento suicida e não será discutida aqui. Para uma revisão extensa a respeito da automutilação, consultar Favazza (9).

Tabela 7.1

Tendências de suicídios por país, 1960 a 2000, em número de suicídios

País ou área	Ano	Número total de suicídios	Indicadores anuais por cada 100 mil pessoas			
			Totais	Homens	Mulheres	Relação Homens/Mulheres
Áustria	1968	165	7.1	9.5	5.8	2.0
Alemanha	1996	11 191	14.1	22.5	6.9	3.3
Argélia	1996	2275	8.7	11.2	3.9	3.0
Armênia	1996	67	2.3	3.6	.8	.8
Austrália	1998	2 633	17.9	28.9	7.0	~1
Áustria	1996	1 555	20.9	37.7	13.0	3.0
Azerbaijão	1996	31	1.1	1.7	.6	.6
Bélgica	1996	3 418	41.5	26.5	11.5	3.0
Bélgica	1997	2 155	21.0	36.3	12.7	2.9
Bósnia-Herzegovina	1997	53	14.8	25.3	4.2	6.1
Brasil	1995	6 584	6.3	10.3	2.5	~1
Bulgária	1996	1 307	16.4	26.0	7.7	3.4
Canadá	1999	3 691	18.0	29.1	6.1	3.9
Coreia do Sul	1996	4 014	71.4	67.1	11.6	5.8
Chile	1991	861	8.1	15.0	1.9	8.1
China						
Hong Kong SAR	1996	788	14.9	19.5	10.4	1.9
Aracatuba (ilha) e Ilhas do Salomão	1996	16 856	18.3	18.0	18.8	1.0
Cingapura	1998	371	12.7	18.8	12.7	1.0
Colômbia	1996	1 177	4.5	7.4	1.8	~1
Costa Rica	1992	211	6.8	11.1	3.0	~1
Grécia	1996	989	24.8	40.6	11.6	2.5
Guiné	1997	3 029	23.0	32.1	14.2	2.3
Honduras	1996	897	18.4	27.0	10.1	2.7
El Salvador	1992	129	11.2	18.5	6.8	2.7
Equador	1996	583	7.7	10.4	5.1	2.0
Eslovênia	1996	692	15.1	27.9	7.5	6.5
Eslovênia	1996	590	33.0	33.0	14.4	3.0
Espanha	1998	3 261	8.7	14.2	5.8	3.8
Estados Unidos	1998	30 575	13.9	23.0	5.3	~1
Estônia	1996	469	27.9	68.5	12.0	3.0
Federção Russa	1996	51 730	43.1	77.8	12.6	6.2
Filipinas	1992	851	3.1	2.5	1.6	1.6
Finlândia	1998	1 228	26.4	45.8	11.7	3.9
Frância	1998	10 554	20.0	31.5	9.0	3.0
Geórgia	1997	767	5.3	8.7	2.5	3.4
Grécia	1996	463	4.2	6.7	1.8	3.0
Hongria	1996	2 379	26.1	61.5	14.4	4.3
Índia	1997	466	16.8	27.1	6.3	~1
Israel	1997	379	8.7	14.6	3.3	~1
Itália	1997	4 634	8.4	13.4	5.8	3.5
Japão	1997	23 502	19.5	28.0	11.5	2.4
Quênia	1996	42	0.0	0.0	.6	.6
Letônia	1996	264	26.5	61.7	13.0	~1
Lituânia	1996	1 552	31.6	93.0	15.0	6.0
Malásia	1996	174	19.2	26.5	14.1	2.0
México	1997	3 360	5.1	9.1	1.4	6.5
Moldova	1998	379	20.7	37.7	6.3	6.0
Montenegro	1996	230	9.6	11.2	~1	~1
Nauru	1997	575	14.6	21.6	8.0	2.7
Nova Zelândia	1998	376	19.8	31.2	8.9	3.5
Países Baixos (Holanda)	1996	1 517	11.0	15.2	7.1	2.1
Países Baixos (Zemlja) Canadá	1997	145	7.8	13.2	2.3	5.7
Paraguai	1991	109	4.2	6.5	1.8	3.6
Polónia	1996	8 349	17.9	21.0	8.8	2.4
Porto Rico	1996	221	10.8	20.9	2.3	10.4
Portugal	1996	345	3.4	9.0	2.4	3.8
Quênia	1996	559	18.7	31.9	6.3	5.1
Reino Unido	1996	4 448	5.2	14.6	3.0	3.8
Reino Unido (País de Gales)	1996	2 620	8.5	12.4	3.6	3.0
Irlanda do Norte	1996	121	9.9	17.0	.6	.6
Eslovênia	1996	637	15.7	25.3	6.3	~1
República da Coreia	1997	6 024	17.1	23.5	10.1	2.3
República da Coreia	1997	155	10.0	15.2	5.2	2.9
República Tcheca	1996	1 610	17.5	30.1	6.3	~1
Coreia	1996	2 770	14.3	24.6	4.8	5.1
Suécia	1996	1 253	15.9	22.9	9.2	2.5
Suiza	1996	1 431	22.5	33.7	12.3	2.7
Taijiquistão	1996	199	5.1	10.9	3.4	3.0
Taiilândia	1991	2 333	5.8	8.0	3.3	2.4
Trinidad e Tobago	1991	116	16.4	26.1	6.8	3.8
Trinidade e Tobago	1996	466	13.7	22.2	5.4	~1
Uruguai	1996	14 752	29.8	61.8	19.1	6.1
Uruguai	1996	318	12.8	22.0	4.8	~1
Uzbequistão	1996	1 621	10.6	17.0	~1	~1
Venezuela	1991	1 689	8.1	13.7	2.7	5.0

a. Ano mais recente disponível, entre 1960 e 2000, para países com população de 1 milhão.

b. Menos de 20 mortes registradas. Dados de população do país não calculados.

Extensão do problema

Comportamento suicida fatal

Os índices nacionais de suicídio variam consideravelmente (ver Tabela 7.1). Entre os países que relatam seus índices à Organização Mundial de Saúde, os índices mais elevados encontram-se nos países do leste Europeu (por exemplo, Belarus 41,5 para cada 100 mil pessoas, Estônia 37,9 para cada 100 mil, a Federação Rússia 43,1 para cada 100 mil e a Lituânia 51,6 para cada 100 mil). Índices elevados de suicídio também são reportados no Sri Lanka (37 para cada 100 mil em 1996), com base em dados do Escritório Regional da OMS para o sudeste da Ásia (10). Índices inferiores são encontrados, sobretudo, na América Latina (notadamente a Colômbia 4,5 para cada 100 mil e o Paraguai 4,2 para cada 100 mil) e em alguns países da Ásia (por exemplo, as Filipinas 2,1 para cada 100 mil e a Tailândia 5,6 para cada 100 mil). Países de outras partes da Europa, América do Norte e partes da Ásia e a região do Pacífico tendem a se encaixar em algum ponto desses extremos (por exemplo, Alemanha 14,3 para cada 100 mil, Austrália 17,9 para cada 100 mil, Bélgica 24,0 para cada 100 mil, Canadá 15,0 para cada 100 mil, Finlândia 28,4 para cada 100 mil, Estados Unidos 13,9 para cada 100 mil, França 20,0 para cada 100 mil, Japão 19,5 para cada 100 mil e Suíça 22,5 para cada 100 mil). Infelizmente, há poucas informações disponíveis sobre os índices de suicídio em países africanos. (11).

Dois países, Finlândia e Suécia, têm dados sobre os índices de suicídio desde o século XVIII e ambos mostram um índice crescente de suicídio (12). Durante o século XX, a Escócia, a Espanha, a Finlândia, a Irlanda, a Noruega, os Países Baixos e a Suécia apresentaram um aumento significativo dos índices de suicídio, enquanto que a Inglaterra e País de Gales (dados combinados), Itália, Nova Zelândia e Suíça apresentaram uma redução importante. Não houve mudanças significativas na Austrália (12). Durante o período de 1960-1990, pelo menos 28 países ou territórios apresentaram números crescentes nos índices de suicídio, inclusive a Bulgária, China (Província de Taiwan), Cingapura, Costa Rica e Maurício enquanto oito países apresentaram índices decrescentes, inclusive Austrália, Inglaterra e País de Gales (dados combinados) (12).

Os índices de suicídio não estão distribuídos igualmente em toda a população. Um marcador demográfico importante para o risco de suicídio é a idade. No mundo todo, os índices de suicídio tendem

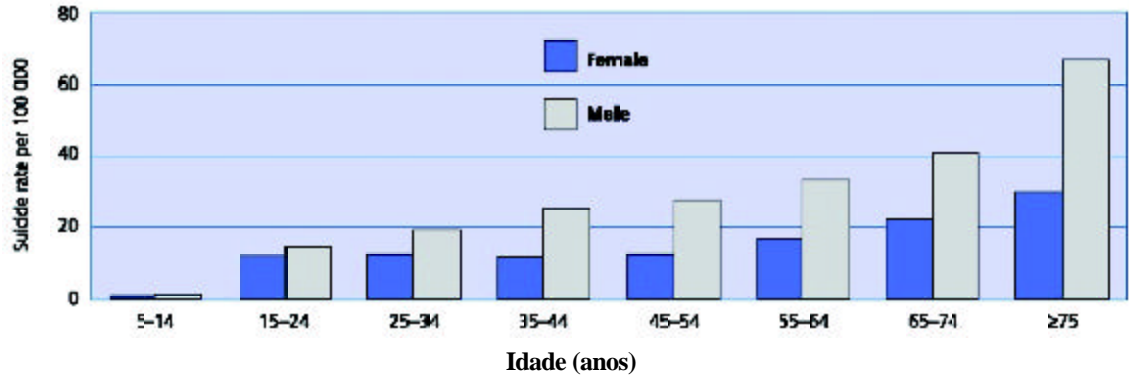
a aumentar com a idade, embora alguns países, como o Canadá, tenham recentemente apresentado um pico secundário entre pessoas jovens, com idade entre 15 e 24 anos. A Figura 7.1 mostra os índices globais registrados por idade e sexo em 1995. Os índices variaram de 0,9 para cada 100 mil no grupo etário entre 5 a 14 anos a 66,9 para cada 100 mil entre pessoas com idade de 75 anos ou mais. No geral, os índices de suicídio entre pessoas com 75 anos ou mais são aproximadamente três vezes mais elevados do que entre pessoas mais jovens, com idade entre 15 e 24 anos. Essa tendência é encontrada para ambos os sexos, mas é mais evidente entre os homens. Para as mulheres, os índices de suicídio apresentam padrões diferentes. Em alguns casos, os índices de suicídio entre as mulheres aumentam consistentemente com a idade, em outros, o índice apresenta seu pico com a idade mediana e, ainda, em outros, sobretudo em países emergentes e em grupos minoritários, os índices de suicídio em mulheres têm seu pico entre as adultas jovens (13).

Embora os índices de suicídio sejam geralmente mais elevados em pessoas mais velhas, devido a distribuições demográficas o número absoluto de casos registrados é ainda mais alto entre aqueles com menos de 45 anos, (ver Tabela 7.2). Esta é uma mudança notável em relação há 50 anos, quando o número absoluto de casos de suicídio aumentava pouco com a idade. Isto não se explica em termos do envelhecimento geral da população global e, na verdade, ocorre o contrário em relação a essa tendência demográfica. Atualmente, os índices de suicídio são mais elevados entre pessoas abaixo de 45 anos de idade, em comparação com as acima de 45 anos em aproximadamente um terço de todos os países, e este é um fenômeno que parece estar presente em todos os continentes, sem se correlacionar com níveis de industrialização ou riqueza. Exemplos de países e áreas em que os índices de suicídio (assim como em números absolutos de casos) são mais elevados entre pessoas abaixo de 45 anos do que entre as acima dessa idade são Austrália, Barein, Canadá, Colômbia, Equador, Guiana, Kuwait, Maurício, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido. Os índices de suicídio entre jovens são elevados em várias Ilhas do Pacífico, como Fiji (entre os de etnia Indiana) e Samoa, tanto entre homens como mulheres (14).

Sexo, cultura, raça e etnia também são fatores importantes na epidemiologia do suicídio. Os índices de suicídio são mais elevados entre homens do que entre mulheres. A proporção de suicídios entre homens em relação às mulheres varia de 1,0:1 a 10,4:1

FIGURA 7.1

Índices globais de suicídio por idade e sexo, 1995



(ver Tabela 7.1).

Tal proporção parece ser influenciada, em parte, pelo contexto cultural. Ela é relativamente baixa em partes da Ásia (por exemplo, 1,0:1 na China, 1,5:1 em Cingapura, 1,6:1 nas Filipinas), elevada em vários países da antiga União Soviética (6,7:1 em Belarus, 6,2:1 na Lituânia) e muito elevada no Chile (8,1:1) e Porto Rico (10,4:1). Em geral, parece ocorrerem cerca de três suicídios masculinos para cada suicídio feminino, sendo que isso é mais ou menos consistente em diferentes grupos etários, com exceção de pessoas em idade avançada, quando os homens tendem a apresentar índices ainda mais elevados. De uma forma geral, a diferença entre os sexos, em termos de índices de suicídio, é menor em países asiáticos (15) do que no resto do mundo. As diferenças, normalmente grandes entre países e por sexo, mostram como é importante para cada país monitorar suas tendências epidemiológicas de forma a determinar os grupos populacionais com o maior risco de suicídio.

Dentro de um mesmo país, a ocorrência de suicídios entre os caucasianos é duas vezes maior do que entre outras raças, embora os índices entre afro-americanos tenham aumentado nos Estados Unidos recentemente (2). Este padrão elevado entre os caucasianos também foi observado na África do Sul e no Zimbábue (16). Exceções a esse índice elevado entre os caucasianos são encontradas nas antigas repúblicas Soviéticas da Armênia, Azerbaidjão e Geórgia (17).

Pessoas que pertencem a um mesmo grupo étnico parecem apresentar índices de suicídio similares, como no interessante exemplo de Estônia, Finlândia e

Hungria, que apresentam índices muito elevados, embora a Hungria esteja geograficamente muito distante da Estônia e Finlândia. Por outro lado, grupos étnicos diferentes - mesmo quando vivendo no mesmo local - podem ter índices de suicídio muito diferentes. Em Cingapura, por exemplo, as pessoas de etnia chinesa e os de etnia indiana apresentam índices de suicídio muito mais elevados do que os de etnia malaia (18). Normalmente, os índices de suicídio são mais elevados em grupos indígenas, por exemplo, em grupos indígenas da América do Norte (21), Austrália (19) e China (Província de Taiwan) (20) (ver Quadro 7.1).

Cuidados no uso de dados sobre o suicídio

Varia muito entre os países a forma como todos os tipos de mortes são registrados e, assim, comparar índices de suicídio entre diferentes países torna-se algo extremamente difícil. Mesmo naqueles países que desenvolveram critérios padrão de registro, como a Austrália, a maneira como esses critérios são aplicados pode variar consideravelmente (24). Às vezes podem ocorrer estimativas incorretas de suicídio devido a circunstâncias simples, como data

Tabela 7.2

Porcentual de todos os suicídios, por idade e sexo

	Idade (anos)								Total
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Homens	0,7	2,7	16,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Mulheres	0,9	13,5	15,0	15,1	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Tópicos	0,8	3,8	17,5	19,2	16,4	13,9	12,7	8,9	100

a. Baseado em dados de países que se reportam à Organização Mundial de Saúde; ano mais recente disponível, entre 1990 e 2000.

de encerramento imposta pelo governo para as estatísticas oficiais ou atrasos devido às exigências do médico legista. Em Hong Kong SAR, China, por exemplo, considera-se que as estimativas de suicídios estão abaixo dos valores reais em aproximadamente 5% a 18% unicamente por motivos dessa natureza (25).

Em um determinado país, os índices de suicídio registrados também podem variar de acordo com a fonte dos dados. Por exemplo, na China, a estimativa vai de 18,3 para cada 100 mil (dados da Organização Mundial de Saúde), passando por 22 para cada 100 mil (dados do Ministério da Saúde), e chegando a 30 para cada 100 mil (estatística da Academia Chinesa de Medicina Preventiva) (26).

Os dados relacionados à mortalidade por suicídio geralmente subestimam a verdadeira ocorrência do suicídio em uma população. Esses dados são o produto final da cadeia de informações que inclui as pessoas (geralmente familiares) que encontram o corpo, médicos, policiais, médicos legistas e estatísticos. Essas pessoas, por uma série de motivos, podem relutar em chamar de suicídio uma morte. Isto ocorre em locais onde comportamentos religiosos e culturais condenam o suicídio. Contudo, Cooper e Milroy (27) revelaram um índice de 40% de suicídios encobertos em registros oficiais em determinadas regiões da Inglaterra. O suicídio pode ser mascarado para evitar o estigma à pessoa que tirou sua própria vida e às pessoas da família, por motivos de conveniência social, razões políticas, para as pessoas poderem se beneficiar de apólices de seguro, ou porque o suicídio foi deliberadamente mascarado como um acidente pela pessoa que o cometeu, por exemplo, como um acidente rodoviário. O suicídio também pode ser mal classificado como causa indeterminada de morte, ou como causa natural, por exemplo, quando pessoas - particularmente os idosos - deixam de tomar os medicamentos que mantêm sua vida.

O suicídio pode não ser reconhecido oficialmente quando usuários de drogas tomam uma *overdose*, quando pessoas deixam deliberadamente de alimentar-se (o que é denominado de "caquexia suicida" (28)), ou quando as pessoas morrem algum tempo depois da tentativa de suicídio. Nesses casos, e também nos casos de eutanásia ou suicídio assistido, oficialmente a causa clínica da morte, em geral, é aquela registrada. Os casos não reportados também podem relacionar-se à idade, com o fenômeno sendo mais freqüente em pessoas idosas. Apesar de todas essas limitações, tem-se

argumentado que as classificações dos índices nacionais de suicídio são razoavelmente precisas.

Comportamento suicida não fatal e idéias suicidas

Relativamente poucos países possuem dados confiáveis sobre o comportamento suicida não-fatal, sendo que o principal motivo é a dificuldade para se coletarem informações a esse respeito. Somente uma minoria dos que tentam o suicídio vão às clínicas ou hospitais buscando cuidados médicos. Além disso, em muitos países desenvolvidos, as tentativas de suicídio são uma ofensa sujeita à punição e, desta forma, os hospitais deixam de registrar as ocorrências. Adicionalmente, em muitos locais, os ferimentos não precisam ser relatados e as informações referentes aos mesmos não são coletadas em nenhum nível. Outros fatores também podem influenciar os registros, como idade, método utilizado para tentativa de suicídio, cultura e acesso a serviços de saúde. Em resumo, na maioria dos países, os índices de tentativas de suicídio não são claramente conhecidos.

Existem evidências sugerindo que, em média, apenas cerca de 25% dos que tentam um ato suicida entram em contato com hospitais públicos (possivelmente um dos melhores lugares para a coleta de dados) (29, 30) e esses casos não são necessariamente os mais graves. Os casos registrados são, desta forma, apenas a ponta do iceberg, e a grande maioria de suicidas permanece no anonimato. (31). Várias instituições, inclusive centros nacionais de controle e prevenção de ferimentos, departamentos de estatística e, em vários países, o departamento de justiça, mantêm registros de acontecimentos não-fatais registrados nos serviços de saúde. Estes registros fornecem dados úteis para a finalidade de pesquisa e prevenção, pois os que tentam o suicídio correm o risco subsequente de novo comportamento suicida, tanto fatal como não-fatal. Representantes oficiais da saúde pública também dependem dos dados de registros hospitalares, pesquisas populacionais e outros estudos, fontes que geralmente não detêm informações sobre os sistemas de dados de mortalidade.

Os números disponíveis demonstram - tanto em relação ao tamanho da população como em números absolutos - que o comportamento suicida não fatal é mais freqüente entre jovens do que entre pessoas

QUADRO 7.1**Suicídio entre povos indígenas: casos da Austrália e Canadá**

Nos últimos 20 ou 30 anos, os índices de suicídio aumentaram significativamente entre as populações indígenas da Austrália e do Canadá. Na Austrália, o suicídio entre os aborígenes e a população das ilhas do estreito de Torres era algo considerado muito incomum. Um pouco mais de um quarto dessas pessoas vive no estado de Queensland. O índice geral de suicídio em Queensland, no período de 1990 a 1995, foi de 14,5 para cada 100 mil pessoas, enquanto que a taxa entre os aborígenes e os habitantes das ilhas do estreito de Torres foi de 23,6 para cada 100 mil.

Os suicídios entre os indígenas australianos estão concentrados, sobretudo, entre homens jovens. Em Queensland, 84% de todos os suicídios de indígenas ocorreram entre homens jovens com idade entre 15 e 34 anos, e o índice de homens indígenas entre 15 e 24 anos foi de 112,5 para cada 100 mil (22). O método mais comum de suicídio entre homens jovens indígenas é o enforcamento.

No norte ártico do Canadá, o índice de suicídios entre os Inuit, relatado em vários estudos, ficou entre 59,5 e 74,3 para cada 100 mil, contra cerca de 15,0 para cada 100 mil considerando-se a população geral. Entre os Inuit, os homens jovens constituem o maior risco de suicídio, e esse índice vem aumentando. Índices de 195 para cada 100 mil foram registrados entre os jovens com idade entre 15 e 25 anos (23).

Várias explicações foram apresentadas para os elevados índices de suicídio e comportamento suicida entre as populações indígenas. Entre as causas propostas estão a enorme perturbação social e cultural criada pelas políticas do colonialismo e as dificuldades desde então encontradas pelos povos indígenas para se ajustar e integrar às sociedades modernas.

Na Austrália, até a década de 1960 os grupos aborígenes foram sujeitos a leis rígidas e discriminação. Quando essas leis, inclusive as restrições à venda de bebidas alcoólicas foram suspensas por um curto período na década de 1970, as rápidas mudanças sociais que oprimiam as pessoas indígenas levaram à instabilidade na vida comunitária e familiar. Essa instabilidade continua desde então, com elevados índices de criminalidade, delinquência e encarceramento, violência e acidentes, dependência alcoólica e uso de substâncias e uma taxa de homicídios que é dez vezes maior do que a encontrada na população em geral.

No ártico canadense, no início do século XIX, à medida que os primeiros estrangeiros - baleeiros e comerciantes de pele - chegaram, as epidemias assolaram a região tirando dezenas de milhares de vidas e, até 1900, reduzindo em dois terços o tamanho da população. No final de 1930, o comércio de peles tinha sido extinto e o Canadá introduziu um sistema de bem-estar no Ártico. Nas décadas de 1940 e 1950 vieram os missionários e houve uma tentativa de incorporar os Inuits. Uma explosão febril por petróleo teve início em 1959, o que aumentou ainda mais a desintegração social.

Pesquisas realizadas acerca do suicídio entre os Inuits canadenses identificaram vários fatores como causas indiretas do suicídio:

- pobreza;
- separação e perdas na infância;
- acesso às armas de fogo; - uso de bebida alcoólica e dependência;
- histórico de problemas de saúde pessoal ou familiar;
- histórico de abuso sexual ou físico.

Tanto na Austrália como no Canadá estão sendo empenhados esforços no intuito de se dar mais atenção ao comportamento suicida entre as populações indígenas. Na Austrália, uma estratégia nacional busca evitar o suicídio entre pessoas jovens através de vários programas voltados para os jovens indígenas. Esses programas visam a administrar as necessidades específicas dos jovens indígenas e são conduzidos em parceria com organizações que representam o interesse da população indígena, como o Conselho de Coordenação Aborígine.

Medidas construtivas para se evitar a ocorrência de suicídio no Ártico canadense incluem melhores respostas às crises, amplo e novo desenvolvimento comunitário e progresso em direção à autogovernância das áreas indígenas. O novo e vasto território de Nunavut foi criado em 1º de abril de 1999, dando à população Inuit local a autodeterminação e devolvendo a eles alguns de seus direitos e herança.

mais velhas. A proporção de comportamento suicida não fatal entre os que têm mais de 65 anos é geralmente estimada em cerca de 1:2-3, enquanto que, em pessoas jovens abaixo de 25 anos, essa proporção pode atingir 1:100-200 (32, 33).

Embora o comportamento suicida seja menos freqüente entre os mais velhos, a probabilidade de um suicídio fatal é mais elevada entre eles (28, 34). Em média, as tentativas de suicídio em pessoas de idade são, em termos psicológicos e médicos, mais graves, sendo que uma "falha" em uma tentativa de suicídio é geralmente resultado do acaso. Além disso, normalmente, os índices de comportamento suicida não fatal tendem a ser 2 a 3 vezes mais elevados em mulheres do que em homens. A Finlândia é uma exceção a este padrão (35).

Dados extraídos de um estudo contínuo do comportamento suicida fatal em 13 países mostram que no período de 1989 a 1992 a média mais elevada, padronizada por idade, de tentativas de suicídio em homens foi encontrada em Helsinque, Finlândia (314 para cada 100 mil), e a taxa mais baixa (45 para cada 100 mil) foi encontrada em Guipúzcoa, Espanha - uma diferença sete vezes menor (35). A média mais elevada padronizada por idade para mulheres foi encontrada em Cergy-Pontoise, França (462 para cada 100 mil) e a taxa mais baixa (69 para cada 100 mil) foi novamente encontrada em Guipúzcoa.

Com apenas uma exceção, a de Helsinque, os índices de tentativas de suicídio foram maiores entre mulheres do que entre homens. Na maioria dos centros, as maiores taxas de suicídio foram encontradas entre grupos de jovens, enquanto que os índices entre pessoas com 55 anos ou mais foram, em geral, os menores. O método mais comum utilizado foi o envenenamento, seguido de corte. Mais da metade dos que tentaram o suicídio fizeram mais de uma tentativa, sendo que aproximadamente 20% das segundas tentativas foram feitos num período de 12 meses após a primeira.

Dados de uma amostragem longitudinal, representativa de aproximadamente 10 mil adolescentes com idade entre 12 e 20 anos, na Noruega, mostraram que 8% tinham tentado uma vez o suicídio e 2,7% tinham feito essa tentativa durante os dois anos de duração do estudo. Análises de regressão logística dos dados mostraram que havia uma maior probabilidade de tentativa de suicídio se a pessoa tivesse feito uma tentativa anteriormente, se ela fosse do sexo feminino, estivesse na puberdade, tivesse idéias suicidas, consumisse álcool, não vivesse com ambos os pais

ou tivesse um nível de auto-estima baixo. (36).

As idéias suicidas são mais comuns do que a tentativa de suicídio e o suicídio realizado (8). Todavia, sua extensão ainda não é clara. Uma revisão dos estudos publicados após 1985 sobre populações de adolescentes (sobretudo entre estudantes do ensino médio) sugeriu que 3,5% a 52,1% dos adolescentes relatam ter pensamentos suicidas (31). É possível que essa ampla diferença de porcentagem possa ser explicada pelo uso de diferentes definições para idéias suicidas e por diferentes períodos de tempo a que os estudos se referiam. Existem evidências de que as mulheres, inclusive na idade avançada, são mais suscetíveis do que os homens de terem pensamentos suicidas (37). No geral, a ocorrência de ideação de suicídio entre adultos mais velhos de ambos os sexos foi estimada entre 2,3% (para os que tiveram pensamentos suicidas nas duas últimas semanas) e 17% (para os que sempre têm pensamentos suicidas) (38). Todavia, comparada a outras formas de comportamento suicida, as idéias suicidas podem não ser um indicador muito bom de quais adolescentes ou adultos necessitam mais de serviços preventivos.

Quais os fatores de risco para o comportamento suicida?

O comportamento suicida tem um grande número de causas subjacentes. Os fatores que colocam os indivíduos em risco de suicídio são complexos e interagem entre si. Identificar esses fatores e compreender seu papel tanto no suicídio fatal como no não-fatal é fundamental para evitarmos os suicídios. Epidemiologistas e especialistas em suicídio descreveram várias características específicas que estão intimamente associadas a um maior risco de comportamento suicida. Temos, além de fatores demográficos, como idade e sexo, ambos já mencionados anteriormente, entre outros, os psiquiátricos, biológicos, sociais e ambientais, e também os fatores relacionados ao histórico de vida da pessoa.

Fatores psiquiátricos

A maior parte do que se conhece sobre risco suicida provém de estudos em que os pesquisadores entrevistaram um dos pais que sobreviveram ao ato, ou outro parente próximo, ou amigo para identificar acontecimentos específicos da vida e sintomas psiquiátricos que uma vítima de suicídio tenha tido

nas semanas ou meses antes de morrer. Este tipo de trabalho é conhecido como "autópsia psicológica". Por meio dessa abordagem, as pesquisas descobriram que muitos adultos que cometeram suicídio exibiam evidências, sinais ou sintomas anteriores que sugeriam uma condição psiquiátrica, meses ou até anos antes da morte. (39, 40). Alguns dos principais fatores psiquiátricos ou psicológicos associados ao suicídio são (41-48):

- depressão profunda;
- outros transtornos relacionados ao estado de humor (afetivos), como transtorno afetivo bipolar (uma condição caracterizada por períodos de depressão que se alternam com períodos de euforia, ou mania, e na qual os estados alterados podem durar dias ou, até mesmo, meses);
- esquizofrenia;
- ansiedade e transtornos de conduta e personalidade;
- impulsividade;
- um sentimento de falta de esperança.

A depressão desempenha um papel fundamental no suicídio e considera-se que está envolvida em aproximadamente 65 a 90% de todos os casos de suicídio com patologias psiquiátricas (42).

Entre pacientes com depressão, o risco parece ser mais alto quando esses pacientes não fazem o tratamento corretamente por se considerarem não tratáveis, ou assim serem considerados pelos próprios especialistas (43) (ver Quadro 7.2). O risco de suicídio durante toda a vida nos que são afetados por grandes depressões com característica bipolares foi estimado em cerca de 12 a 15% (44, 45), embora um novo e recente exame dessa evidência tenha sugerido um nível de risco muito menor (46).

A esquizofrenia é uma outra condição psiquiátrica de elevada associação com o suicídio. O risco de suicídio durante a vida em pessoas com esquizofrenia é estimado em aproximadamente 10 a 12% (47). O risco é particularmente mais elevado em pacientes jovens do sexo masculino; pacientes em estágios iniciais da doença, especialmente os que tinham bom

QUADRO 7.2

Depressão e suicídio

QUADRO 7.2 Depressão e suicídio A depressão é uma doença mental normalmente associada ao suicídio. A ansiedade, uma força motriz poderosa no processo de suicídio, está intimamente ligada à depressão e os dois tipos de transtorno são, às vezes, indistintos. Os estudos revelaram que até 80% das pessoas que cometeram suicídio tiveram sintomas depressivos.

Pessoas de todas as idades podem sentir depressão. Todavia, ela é mais difícil de ser detectada em homens que, em geral, buscam ajuda médica mais raramente do que as mulheres. A depressão em homens é, às vezes, associada ao histórico de abuso ou violência, tanto dentro como fora da família. O tratamento da depressão em homens é muito importante, pois em muitas culturas o suicídio é, em larga escala, um fenômeno masculino.

Entre crianças e adolescentes, a natureza da depressão geralmente difere da que é encontrada em adultos. Pessoas jovens deprimidas tendem a "mostrar sinais" - faltas às aulas, baixas notas, mau comportamento, violência e abuso do álcool e drogas - e também tendem a dormir e comer mais. Ao mesmo tempo, a recusa em comer e o comportamento anoréxico são freqüentemente encontrados na depressão em jovens, especialmente entre as meninas, mas também entre os meninos. Estes transtornos graves de apetite são, por si próprios, um maior risco de suicídio. A depressão tem outras manifestações físicas, sobretudo em pessoas mais velhas, como doenças do estômago, tonturas, palpitações e dores em várias partes do corpo. A depressão em pessoas mais velhas pode ser acompanhada de outras doenças ou transtornos, tais como derrame, enfarto do miocárdio, câncer, reumatismo e mal de Parkinson ou de Alzheimer.

Essa tendência para o suicídio pode ser reduzida se a depressão e a ansiedade forem tratadas. Muitos estudos confirmaram os efeitos benéficos dos antidepressivos e de várias formas de psicoterapia, sobretudo a terapia comportamental cognitiva. Fornecer um bom apoio psicossocial para as pessoas mais velhas, inclusive o uso do telefone para contato com profissionais da área de saúde e outros, também tem demonstrado ser uma boa maneira de se obter uma redução significativa da depressão e do número de mortes por suicídio entre as pessoas mais velhas.

desempenho mental e social antes da manifestação da doença; pacientes com recaídas crônicas e pacientes com medo da "desintegração mental" (48).

Outros fatores, como a sensação de falta de esperança e a falta de esperança propriamente dita, também aumentam o risco de uma pessoa cometer suicídio. Em um estudo longitudinal de 10 anos realizado nos Estados Unidos, por exemplo, Beck et al. (49) demonstraram a importância do sentimento de falta de esperança como um dos grandes indicadores do comportamento suicida. Esse estudo sobre a falta de expectativas futuras identificou corretamente 91% dos pacientes que mais tarde cometeram suicídio.

O uso de álcool e drogas também desempenha um papel importante em relação ao suicídio. Nos Estados Unidos, pelo menos um quarto de todos os suicídios envolvem o uso do álcool (50). O risco de uma pessoa cometer o suicídio durante a vida entre os que são dependentes do álcool não é muito menor do que o que ocorre entre pessoas com transtornos depressivos (50). Existem, todavia, muitas ligações entre o uso do álcool e a depressão, e, em geral, é difícil determinar qual dos dois está provocando a condição. Por exemplo:

- O uso do álcool pode levar direta ou indiretamente à depressão, por meio da sensação de declínio e falha, sentida pela maioria das pessoas que são dependentes do álcool.
- O abuso do álcool pode ser uma forma de automedicação para aliviar a depressão.
- Tanto a depressão como o abuso do álcool podem ser o resultado de estresses específicos da vida de uma pessoa.

Entretanto, embora o suicídio entre os que sofrem de transtornos depressivos aconteça no início do histórico da doença, principalmente no grupo etário entre 30 e 40 anos, o suicídio entre os que sofrem de dependência alcoólica geralmente ocorre mais tarde. Além disso, quando esse problema ocorre, ele traz consigo outros fatores, como ruptura dos relacionamentos, marginalização social, pobreza e o início de uma deterioração física oriunda do abuso crônico do álcool. Considera-se que o álcool e o uso de drogas desempenham um papel de menor relevância em casos de suicídio em partes da Ásia, sendo que o mesmo não ocorre em outros locais. Em um estudo sobre o suicídio entre adolescentes em Hong Kong SAR, China, somente cerca de 5% dos que cometeram suicídio tinham um histórico de álcool e uso de drogas (51). Essa descoberta poderia explicar

a taxa relativamente baixa de suicídios entre adolescentes na Ásia, exceto na China.

Um histórico de tentativa anterior de suicídio é um dos mais importantes indicadores de comportamento suicida fatal subsequente (2). O risco é maior no primeiro ano, e especialmente nos primeiros 6 meses, após a tentativa. Quase 1% das pessoas que tentam suicídio morre dentro de um ano (52) e cerca de 10% eventualmente se suicidam. As estimativas de aumento de risco resultante de histórico de tentativas anteriores variam de um estudo para outro. Gunnell e Frankel, por exemplo, relatam um aumento de 20 a 30 vezes no risco de suicídio em comparação com a população em geral, o que é consistente com outros estudos (53). Embora a existência de uma tentativa anterior de suicídio aumente o risco de que a pessoa venha a cometer suicídio, a maioria dos que realmente o cometem não fez uma tentativa anterior (24).

Indicadores biológicos e médicos

Um histórico familiar é um indicador importante para o aumento de risco de suicídio. Para alguns pesquisadores, esse histórico sugere que pode haver um traço genético que predisponha algumas pessoas a um comportamento suicida. Na verdade, dados obtidos a partir de estudos sobre gêmeos e crianças adotivas confirmam a possibilidade de que fatores biológicos tenham um papel fundamental no comportamento suicida. Estudos realizados com gêmeos demonstraram que gêmeos monozigóticos, que compartilham 100% de seus genes, apresentam maior concordância em tentativas de suicídio e o suicídio em si do que gêmeos dizigóticos, que compartilham 50% de seus genes (54). Todavia, não houve ainda estudos sobre gêmeos monozigóticos criados separadamente - um pré-requisito para um estudo com uma metodologia sólida - e nenhum estudo sobre gêmeos controlou cuidadosamente os transtornos psiquiátricos. Pode ser que o comportamento suicida seja um transtorno psiquiátrico herdado, em vez de haver uma predisposição genética para o comportamento suicida, e que esse transtorno faça com que seja mais provável o comportamento suicida em indivíduos relacionados.

As descobertas feitas a partir de um estudo de controle de casos entre crianças adotadas mostraram que os que cometeram suicídio tendiam a ter parentes

que cometeram suicídio (55). Esses suicidas eram amplamente independentes da presença de um transtorno psiquiátrico, sugerindo que existe uma predisposição genética para o suicídio independente de - ou possivelmente somada a - graves transtornos psiquiátricos associados ao suicídio. Outros fatores sociais e ambientais provavelmente também interagem com o histórico da família para aumentar o risco de suicídio.

Evidências adicionais que sugerem uma base biológica para o suicídio se originam de estudos de processos neurobiológicos que estão sujeitos a condições psiquiátricas, inclusive as que predisõem os indivíduos ao suicídio. Alguns estudos, por exemplo, revelaram níveis alterados de metabólitos de serotonina no fluído cerebrospinal de pacientes psiquiátricos adultos que cometeram suicídio (56, 57). A serotonina é um neuromônio importante que controla o humor e a agressão. Foi demonstrado que níveis baixos de serotonina e resposta inadequada a esses testes, que interferem no metabolismo da pessoa, persistem durante algum tempo depois de surtos da doença (58, 59). Um funcionamento alterado desses neurônios que contêm a serotonina no córtex pré-frontal do cérebro pode ser a causa subjacente da incapacidade de uma pessoa de resistir a impulsos e agir sob pensamentos suicidas (60, 61).

O suicídio também pode ser o resultado de uma doença grave envolvendo muita dor, especialmente uma que cause incapacidades. A ocorrência de doença nos que cometem suicídio é estimada em pelo menos 25%, embora ela possa chegar a 80% entre pessoas mais velhas que cometem suicídio (62). Em mais de 40% dos casos, a doença física é considerada um fator contribuinte importante para o comportamento e a ideação suicida, especialmente se houver também transtornos de humor e sintomas depressivos (63). É compreensível que a idéia de um sofrimento insuportável e a humilhação da dependência possam levar pessoas a considerarem pôr um fim a sua vida. Todavia, várias investigações têm demonstrado que, na ausência de sintomas psiquiátricos, as pessoas que sofrem de uma doença física raramente cometem suicídio (42).

Acontecimentos da vida agindo como fatores desencadeantes

Determinados acontecimentos da vida podem servir como fatores desencadeantes do suicídio. Acontecimentos específicos que um pequeno

número de estudos tentou relacionar ao suicídio são: perdas pessoais, conflitos interpessoais, um relacionamento rompido ou perturbado, problemas legais ou relativos ao trabalho (64-67).

A perda de uma pessoa amada, quer seja através do divórcio, separação ou morte, pode provocar sentimentos profundos de depressão, especialmente se a pessoa que morreu era um parceiro ou extremamente íntima. Conflitos nos relacionamentos interpessoais ocorridos no lar, locais de estudo ou trabalho também podem liberar sentimentos de falta de esperança e de depressão. Em um estudo feito com mais de 16 mil adolescentes na Finlândia, por exemplo, os pesquisadores descobriram uma ocorrência muito grande de depressão e grave ideação suicida entre os que eram maltratados na escola e entre os que eram os perpetradores dos maus tratos (68). Um estudo retrospectivo realizado no sudoeste da Escócia controlando idade, sexo e transtornos mentais revelou que conflito interpessoal adverso pode estar associado ao suicídio (69). Em um estudo englobando todos os suicídios durante um período de 2 anos em Ballarat, Austrália, os pesquisadores descobriram que dificuldades sociais e pessoais estavam associadas ao suicídio em mais de um terço dos casos (70). A pesquisa também indicou uma maior probabilidade de depressão e tentativa de suicídio entre vítimas de violência entre parceiros íntimos (71-74).

Um histórico de abuso físico e sexual na infância aumenta o risco de suicídio na adolescência e fase adulta (75-77). Humilhação e vergonha são freqüentemente sentidas pelas vítimas de abuso sexual (2). As pessoas que foram vítimas de abusos durante a infância e adolescência geralmente não sentem confiança nos relacionamentos interpessoais e têm dificuldade para manter esses relacionamentos. Essas pessoas apresentam dificuldades sexuais persistentes e sensações intensas de inadequação e inferioridade. Pesquisadores na Holanda examinaram, em 1490 estudantes adolescentes, a relação existente entre abuso sexual e comportamento suicida, e descobriram que os que tinham sofrido abuso apresentavam comportamento suicida e outros problemas emocionais e comportamentais mais significativos do que os adolescentes que não tinham sido vítimas de abuso (78). Um estudo longitudinal de 17 anos, realizado entre 375 pessoas nos Estados Unidos, descobriu que 11% relataram ter sido vítimas de abuso físico ou sexual antes de 18 anos de idade. Pessoas com idade entre 15 e 21

anos que tinham sofrido abuso apresentavam comportamento suicida, depressão, ansiedade, desordens psiquiátricas e outros problemas emocionais e comportamentais mais do que os que não tinham sofrido abuso. (79).

A orientação sexual também pode estar relacionada a um maior risco de suicídio em adolescentes e jovens adultos (80, 81). Estima-se que a ocorrência de suicídio entre gays e lésbicas jovens, por exemplo, varie de 2,5% a 3,0% (82, 83). Os fatores que podem contribuir para o suicídio e tentativas de suicídio incluem a discriminação, estresse nos relacionamentos interpessoais, drogas e álcool, ansiedade em relação a HIV/AIDS e recursos de apoio limitados (84, 85).

O fato de se ter em um relacionamento matrimonial estável, por outro lado, parece, em geral, ser um fator "de proteção" contra o suicídio. As responsabilidades pela educação das crianças também são um elemento adicional de proteção (86). Estudos sobre a relação entre estado civil e suicídio revelam índices elevados de suicídio entre solteiros e pessoas que nunca se casaram nas culturas ocidentais, índices ainda maiores entre as pessoas viúvas e alguns dos índices mais altos já encontrados entre pessoas que eram separadas ou divorciadas (87, 88). Esse último fenômeno é particularmente evidente entre os homens, especialmente nos primeiros meses após a perda ou separação (89).

De acordo com alguns estudos (90, 91), uma exceção ao efeito normalmente protetor do casamento é o fato de que os que se casam cedo (antes de 20 anos de idade) apresentam índices mais elevados de comportamento suicida do que seus correspondentes não casados. Além disso, o casamento não é protetor em todas as culturas. Índices mais elevados de comportamento suicida fatal e não fatal foram relatados entre mulheres casadas no Paquistão em relação a homens casados e mulheres solteiras (92, 93). Isto pode ocorrer porque a discriminação social e legal cria uma carga psicológica que predispõe as mulheres ao comportamento suicida (92). Índices mais elevados de suicídio também foram registrados entre mulheres casadas acima de 60 anos de idade em Hong Kong SAR, China, em relação a mulheres viúvas e divorciadas no mesmo grupo etário (90).

Se de um lado os problemas de relacionamentos interpessoais aumentam o risco de comportamento suicida, o isolamento social também pode ser um fator desencadeante do comportamento suicida. O isolamento social provocaria, de acordo com os conceitos de Durkheim, o suicídio "egoísta" ou

"anômico" (94), ambos relacionados à idéia de interação social inadequada. Uma grande parte da literatura sugere que indivíduos que experimentam o isolamento em suas vidas são mais vulneráveis ao suicídio do que os que têm fortes elos sociais com outras pessoas (95-98). Depois da morte da pessoa amada, por exemplo, uma pessoa pode tentar o suicídio se, durante o período de luto, houver apoio insuficiente por parte das pessoas que são íntimas da pessoa enlutada.

Em um estudo comparativo sobre o comportamento social entre grupos de pessoas que tentaram o suicídio, pessoas que cometeram o suicídio e pessoas que morreram de causa natural, Maris (99) descobriu que os que cometeram o suicídio participavam menos da organização social, geralmente não tinham amigos e tinham demonstrado um declínio progressivo nos relacionamentos interpessoais, levando a um estado de total isolamento social. Estudos de autópsias psicológicas mostram que o isolamento social frequentemente precede o ato suicida (99). Isto também foi mostrado em um estudo feito por Negron et al. (100) que descobriram que as pessoas que tentavam o suicídio tinham mais tendência a se isolarem durante uma fase aguda suicida do que aquelas com ideação suicida. Wenz (101) identificou a anomia - o sentimento de alienação da sociedade causado pela sensação de ausência de uma estrutura social de apoio - como um fator de comportamento suicida em viúvas, juntamente com um isolamento social real e esperado. Com frequência, o isolamento social tem sido identificado como um fator contribuinte para idéias suicidas entre os idosos (102, 103). Um estudo sobre tentativas de suicídio entre adolescentes abaixo de 16 anos de idade que tinham sido encaminhados a um hospital geral mostrou que os problemas mais frequentes em um comportamento suicida eram dificuldades de relacionamento com os pais, problemas com os amigos e isolamento social (104).

Fatores sociais e ambientais

A pesquisa identificou uma série de importantes fatores sociais e ambientais relativos ao comportamento suicida. Entre eles, encontramos fatores muito diversos, como a disponibilidade de meios para o suicídio, local de residência de uma pessoa, status de residência ou imigração, afiliação religiosa e condições econômicas.

Método escolhido

O método escolhido é um fator importante para determinar se o comportamento suicida será fatal ou não. Nos Estados Unidos, revólveres são usados em aproximadamente dois terços de todos os suicídios (105). Em outras partes do mundo, o enforcamento é o mais comum, seguido do uso de revólver, pular de alturas e afogamento. Na China, a intoxicação por pesticida é o método mais comum (106, 107).

Nas duas últimas décadas, em alguns países como a Austrália, houve um aumento significativo de enforcamentos como um meio de suicídio, especialmente entre pessoas mais jovens, seguido de uma diminuição correspondente do uso de armas de fogo (108). No geral, pessoas mais velhas tendem a adotar métodos que envolvam menos força física, como afogamento e pular de alturas. Isto foi observado, sobretudo, em Hong Kong SAR, China, e Cingapura (18). Em quase todos os lugares, as mulheres tendem a adotar métodos mais "suaves", como por exemplo, doses muito altas de medicamentos, tanto em tentativas de suicídio fatais como não fatais (35). Uma notável exceção a isto é a prática de auto-imolação encontrada na Índia.

Sem levar em conta idade e sexo, a escolha do método de suicídio pode ser influenciada por outros fatores. No Japão, por exemplo, continua a ocorrer a prática tradicional de imolação com uma espada, também conhecida como hara-kiri. Sabe-se que, especialmente entre os jovens, ocorre a imitação do método de suicídio relacionado à morte de uma celebridade (109-111). Em geral, a letalidade do método escolhido está relacionada ao quão determinada pessoa está a se matar. Pessoas mais velhas, por exemplo, normalmente expressam uma determinação maior a morrer do que outras pessoas e tendem a escolher métodos mais violentos, como dar um tiro em si própria, pular de alturas ou enforçar-se, que deixam menos possibilidades de a pessoa ser salva do ato (112).

Diferenças entre áreas urbanas e rurais

Normalmente, existem grandes disparidades nos índices de suicídio entre as áreas urbanas e rurais. Em 1997, nos Estados Unidos, por exemplo, o distrito de Manhattan em Nova York registrou 1372 suicídios, um número três vezes maior do que o de grandes áreas rurais do estado de Nevada (411), mas no estado de Nevada, o índice foi mais de três vezes

superior ao índice registrado no estado de Nova York (24,5 para cada 100 mil - o índice mais elevado dos Estados Unidos - contra 7,6 para cada 100 mil) (113). Diferenças semelhantes entre áreas rurais e urbanas também foram registradas na Austrália (114), e em países europeus como a Inglaterra e País de Gales (dados combinados) e na Escócia, onde os índices elevados de suicídio aparecem entre os fazendeiros (115). Os índices de suicídio entre mulheres em áreas rurais da China também são mais elevados do que os de áreas urbanas (26).

Os motivos para índices mais elevados em muitas áreas rurais são o isolamento social e a maior dificuldade em detectar os sinais de aviso relacionados ao suicídio, o acesso limitado a médicos e às instituições de saúde, e níveis de educação mais baixos. Os métodos de suicídio utilizados nas áreas rurais também são diferentes dos utilizados em áreas urbanas. Nas comunidades rurais da Europa Oriental e partes do sudeste da Ásia, a disponibilidade de herbicidas e pesticidas os torna escolhas populares para a finalidade do suicídio. O mesmo ocorre em Samoa, onde o controle da venda do herbicida paraquat* levou a uma diminuição no número de suicídios (116). Em comunidades rurais da Austrália, onde é comum a posse de armas, um dos métodos de suicídio normalmente registrado é atirar em si próprio (114).

Imigração

O impacto da imigração sobre os índices de suicídio foi estudado em países como a Austrália, Canadá e Estados Unidos, todos eles apresentando uma grande mistura de grupos étnicos. Nesses países, o índice de comportamento suicida em um dado grupo imigrante foi relatado como sendo semelhante ao encontrado no país de origem desses imigrantes. Na Austrália, por exemplo, imigrantes da Grécia, Itália e Paquistão apresentam menores índices de suicídio do que os de imigrantes de outros países da Europa Oriental ou da Irlanda e Escócia, países que tradicionalmente possuem índices elevados de suicídio (117) (ver também Tabela 7.3). Isto sugere que no comportamento suicida existe um forte componente relacionado a fatores culturais.

Emprego e outros fatores econômicos

Vários estudos mostraram índices mais elevados de suicídio durante períodos de recessão econômica e desemprego elevado (119-123) e o contrário também

Tabela 7.3

Índice de suicídio padronizados por idade para cada 100 mil pessoas na Austrália, por local de nascimento, entre 1982 e 1992

Ano	Local de nascimento						Total de pessoas nascidas em outros países
	Ásia	Austrália	Oriental	Europa Meridional	Ocidental	Irlanda e Reino Unido	
1982	8	11	31	7	19	12	13
1983	13	11	21	8	16	13	12
1984	9	11	17	5	17	11	11
1985	7	11	20	6	17	12	12
1986	8	12	17	6	19	13	12
1987	8	14	28	7	17	14	13
1988	9	13	20	8	14	15	13
1989	8	12	16	7	16	13	12
1990	8	13	11	5	19	12	11
1991	8	14	22	9	19	14	12
1992	7	13	21	8	17	13	12

Fonte: Reproduzido com pequenas alterações editoriais a partir da referência 118 com a permissão do editor.
a Exceção Irlanda e Reino Unido.
b Exceção Austrália.

foi demonstrado. Em um estudo que examinou o impacto de fatores econômicos no suicídio na Alemanha, Weyerer e Wiedenmann (122) investigaram o efeito de quatro variáveis econômicas e sua relação com os índices de suicídio no período de 1881 a 1989. A correlação mais forte foi encontrada durante épocas de desintegração social, quando havia níveis elevados de desemprego, baixos níveis de bem-estar social ou proteção e elevados riscos de falência. Uma investigação preliminar dos índices de suicídio acima da média encontrados na bacia do Kuznetsk, Federação Russa, entre 1980 e 1995, citou a instabilidade econômica, a desintegração da antiga União Soviética e outros fatores históricos específicos como possíveis fatores contribuintes (123). Ao relatar suas visitas à Bósnia-Herzegovina, Berk (124) descreveu um índice maior do que o esperado, e também dependência alcoólica entre crianças. Embora elas tivessem sobrevivido às ameaças mais imediatas do conflito armado durante o período de 1992 a 1995, essas crianças tinham sucumbido ao estresse em longo prazo. No Sri Lanka, a comunidade tâmil, que tem uma longa história de violência e instabilidade política e econômica, apresenta elevados índices de suicídio. Já a comunidade cingalesa, que há 20 anos apresentava baixos índices de suicídio, agora registra índices elevados. Isto demonstra claramente uma associação íntima entre suicídio, violência social e colapso social.

No nível industrial, o comportamento suicida é mais freqüente entre desempregados do que entre empregados (119, 125, 126). Pobreza e baixo nível social, ambos resultantes do desemprego, geralmente parecem estar associados ao aumento

do comportamento suicida, especialmente quando o emprego foi perdido repentinamente. As pesquisas nesta área, todavia, apresentam algumas limitações. Elas, por exemplo, nem sempre levam em consideração a duração do desemprego. As pessoas que esperam pelo primeiro emprego são, às vezes, agrupadas com outros que perderam seus empregos. Além disso, as condições psiquiátricas e os transtornos de personalidade têm sido ignorados. (127, 128).

Religião

A religião é há muito tempo considerada um fator importante no comportamento suicida. Uma pesquisa apresentou uma classificação aproximada de países por afiliação religiosa, em ordem descendente de índices de suicídio, como segue:

- Países em que as práticas religiosas são proibidas ou fortemente desencorajadas (como no caso de países comunistas da Europa Oriental e da antiga União Soviética).
- Países em que predominam o budismo, o hinduísmo ou outras religiões asiáticas.
- Países em que muitas pessoas são protestantes. Países que são predominantemente católicos romanos.
- Países que são predominantemente muçulmanos.

A Lituânia é uma notável exceção a esse padrão. O país sempre foi extremamente católico, mesmo quando fazia parte da União Soviética, com muita atividade religiosa e uma forte influência da igreja. Todavia, seus índices de suicídio eram e continuam sendo extremamente elevados. A classificação aproximada fornecida acima obviamente não leva em conta dados referentes ao fato de as pessoas realmente acreditarem e seguirem sua religião (129). A classificação também não inclui o animismo, sobretudo na África, pois geralmente são desconhecidos os índices de suicídio entre os que seguem os credos animistas.

Durkheim acreditava que o suicídio se originava de uma falta de identificação com um grupo unitário e postulava que os índices de suicídio deveriam ser menores onde houvesse um alto nível de integração

religiosa. Desta forma, ele argumentou que as práticas e crenças religiosas compartilhadas, como as associadas ao catolicismo, são fatores de proteção contra o suicídio (94). Alguns estudos que testaram a hipótese de Durkheim tendem a apoiá-lo (130, 131). Outros estudos, todavia, não encontraram uma associação entre a proporção de católicos romanos em uma população e os índices de suicídio (132, 133). Um estudo desenvolvido por Simpson e Conlin (134) sobre a importância da religião mostrou que a crença no islamismo reduz os índices de suicídio mais do que a crença no cristianismo.

Alguns estudos tentaram usar a frequência à igreja e a extensão das redes religiosas como uma medida da fé religiosa, e procuraram, então, associá-las aos índices de suicídio. Suas descobertas sugerem que a frequência à igreja exerce uma influência preventiva forte (135), com o grau de comprometimento em relação a uma religião em particular sendo um inibidor de suicídios (136). Da mesma forma, um estudo feito por Kok (137) examinou os índices de suicídio entre três grupos étnicos de Cingapura. A conclusão foi que apresentavam os menores índices de suicídio aqueles de etnia malaia, seguidores sobretudo do islamismo, que se opõe radicalmente ao suicídio. Ao mesmo tempo, os de etnia indiana apresentavam o maior índice de suicídio na ilha. As pessoas de etnia indiana de Cingapura geralmente seguem o hinduísmo, uma fé que acredita na reencarnação e não proíbe radicalmente o suicídio. Um outro estudo que examinou as diferenças entre afro-americanos e populações caucasianas nos Estados Unidos revelou que o índice menor de suicídios entre os afro-americanos podia ser atribuído a uma maior devoção pessoal à religião (138).

Sumário

Os fatores de risco para o comportamento suicida são numerosos e interagem entre si. O fato de saber que os indivíduos têm uma predisposição para o suicídio e poder confrontar a combinação de fatores de risco são elementos que podem ajudar a localizar os que mais precisam de esforços de prevenção.

A existência de fatores de proteção fortes o suficiente, mesmo na presença de vários fatores de risco, como uma grande depressão, esquizofrenia, uso do álcool ou perda de uma pessoa amada, pode evitar que se desenvolvam condições para idéias suicidas ou o comportamento suicida no indivíduo. O estudo relacionado aos fatores de proteção ainda

está engatinhando. Para que haja um progresso real nas pesquisas relacionadas ao suicídio e sua prevenção, é preciso haver um conhecimento muito maior sobre os fatores de proteção a fim de se estabelecer relações entre os progressos feitos nas décadas recentes sobre a compreensão e a predisposição e os fatores desencadeantes do suicídio.

Além das observações de Durkheim sobre casamento e religião, várias outras investigações fornecem dados sobre as funções de proteção relativas a parentesco (139), apoio social e relacionamento familiar (36, 140-142), auto-estima (143) e repressão do ego (144). Outros estudos estabelecem relações diretas entre os riscos e os fatores de proteção, na tentativa de prever o comportamento suicida. Em um desses estudos, uma pesquisa sobre índios americanos e jovens nativos do Alaska, Borowsky et al. (145) revelaram que enfocar fatores de proteção, como bem-estar emocional e ligações familiares e de amizade, era tão eficaz ou mais eficaz do que tentar reduzir os fatores de risco na prevenção do suicídio. O estudo de fatores de proteção parece ser um campo promissor para pesquisas futuras.

O que pode ser feito para evitar o suicídio?

Com o aumento geral de comportamentos suicidas entre pessoas jovens, existe uma grande necessidade de intervenções efetivas. Como já foi visto, existe um grande número de fatores de risco possíveis para comportamentos suicidas e as intervenções, em geral, baseiam-se no conhecimento desses fatores. Embora muitas intervenções já existam há um tempo considerável, poucas demonstraram um efeito significativo na redução do comportamento suicida ou têm produzido resultados sustentáveis no longo prazo (146).

Abordagens de tratamento

Tratamento de transtornos mentais

Pelo fato de muitos dos materiais publicados e a experiência clínica terem demonstrado que vários transtornos mentais estão bastante associados ao suicídio, uma estratégia importante para se evitar o suicídio é a identificação precoce e o tratamento adequado desses transtornos. Particularmente relevantes aqui são os transtornos relacionados aos estados emocionais (humor), à dependência e ao

abuso do álcool e outras drogas, à esquizofrenia e certos tipos de transtorno da personalidade.

Há evidências de que instruir os profissionais responsáveis por cuidados médicos para diagnosticarem e tratarem pessoas com transtornos emocionais pode ser uma maneira eficiente de reduzir-se os índices de suicídio entre as pessoas de risco. Além disso, uma nova geração de medicamentos para o tratamento de transtornos emocionais e transtornos esquizofrênicos, que apresentam poucos efeitos colaterais e perfis terapêuticos mais específicos do que os utilizados anteriormente, parece melhorar a continuidade dos tratamentos por parte dos pacientes e levar a melhores resultados, reduzindo assim a probabilidade de comportamentos suicidas nesses pacientes.

Farmacoterapia

A farmacoterapia foi examinada pela sua eficácia nos processos neurobiológicos que são associados a determinadas condições psiquiátricas, inclusive as que se relacionam ao comportamento suicida. Verkes et al. (147), por exemplo, mostraram que a substância paroxetina pode ser eficiente na redução do comportamento suicida. O motivo para a escolha da paroxetina foi que o comportamento suicida tem sido associado a uma redução da função da serotonina. A paroxetina é conhecida como um inibidor seletivo da reabsorção de serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitor* -SSRI) e desta forma aumenta a disponibilidade de serotonina para a transmissão neural de sinais. Em um estudo experimental, realizado no período de um ano, no qual os pesquisadores e os pacientes não sabiam que os pacientes estavam recebendo o medicamento ativo, foram comparados a paroxetina e um placebo em pacientes que tinham histórico de tentativas de suicídio e tinham tentado o suicídio recentemente. Esses pacientes não haviam sofrido uma grande depressão, mas a maioria apresentava um "transtorno de personalidade grupo B" (que abrange transtornos de personalidade anti-social, narcisista, *borderline* e histriônica). Os resultados demonstraram que, ao melhorar a função da serotonina através do SSRI, neste caso a paroxetina, em pacientes com um histórico de tentativas de suicídio - mas não nos que sofriam de uma grande depressão - pôde-se reduzir o comportamento suicida.

Abordagens comportamentais

Embora muitos tratamentos focalizem principalmente o transtorno mental e assumam que uma melhoria nos transtornos levará a redução do comportamento suicida, outras abordagens visam diretamente ao comportamento (148). De acordo com essa abordagem, muitas intervenções foram desenvolvidas, algumas das quais são discutidas abaixo.

Terapia comportamental

Nas intervenções comportamentais, um profissional da área de saúde mental conduz sessões de terapia com o paciente, discutindo o comportamento suicida anterior, o atual e também os pensamentos suicidas. Por meio de perguntas de sondagem, procura-se estabelecer conexões com os possíveis fatores subjacentes (148). Resultados preliminares sobre a eficácia deste tipo de tratamento são promissores, embora não existam ainda respostas conclusivas.

Um estudo realizado em Oxford, Inglaterra, examinou pacientes de alto risco com múltiplas tentativas de suicídio, em idades de 16 a 65 anos, que tinham sido encaminhados a uma unidade de emergência após tomarem uma overdose de antidepressivos (149). Os pacientes receberam o tratamento padrão para tentativas de suicídio ou o tratamento padrão juntamente com uma intervenção rápida "voltada para o problema", uma forma de psicoterapia em curto prazo que enfocava o problema que o paciente identificava como o mais problemático. Seis meses após o tratamento, o estudo constatou um benefício importante para o grupo experimental (os que recebiam a intervenção juntamente com o tratamento padrão) em termos de redução dos índices de repetição de tentativas de suicídio. Infelizmente, essa diferença deixou de ser importante quando os pacientes foram reavaliados após dezoito meses.

Um estudo realizado nos Estados Unidos (150) examinou a eficácia de uma terapia comportamental dialética em pacientes que apresentavam transtornos de personalidade *borderline*, disfunções comportamentais múltiplas, transtornos mentais significativos e um histórico de tentativas de suicídio. A terapia comportamental dialética é um tratamento destinado a pacientes crônicos de suicídio. Ela utiliza a análise comportamental e uma estratégia de solução de problemas. Durante o primeiro ano de tratamento, os pacientes que tinham recebido a terapia apresentaram menos tentativas de suicídio do que

os que tinham recebido o tratamento padrão.

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos (151), que adotou uma abordagem de terapia comportamental, estudou pacientes com um histórico de tentativa de suicídio. A meta era ver se eles apresentavam um "déficit em pensar num futuro positivo", ou seja, se eles não tinham esperanças e expectativas para o futuro. Nesse caso, o estudo procurava verificar se esse déficit podia ser alterado por intermédio de uma intervenção psicológica breve conhecida como "terapia comportamental cognitiva assistida por manual" (*manual-assisted cognitive behaviour therapy* -MACT). Neste tipo de intervenção, o problema é trabalhado através da orientação de um manual, de forma a padronizar o tratamento. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente para receberem o MACT ou o tratamento padrão contra tentativas de suicídio e foram então reavaliados após seis meses. O estudo constatou que os pacientes com um histórico de tentativas de suicídio demonstravam menos esperança e tinham poucas expectativas positivas em relação ao futuro comparados ao grupo correspondente de controles da comunidade. Após a intervenção do MACT, as expectativas melhoraram consideravelmente, enquanto que os que receberam o tratamento padrão apresentaram melhoras pouco significativas.

Cartões verdes

O cartão verde [green card] é uma intervenção relativamente simples. O cliente recebe um cartão que lhe dá acesso direto e imediato a uma série de opções, como ligação para um psiquiatra ou hospitalização. Embora não tenha provado ser uma intervenção eficiente, o cartão verde parece ter algum efeito benéfico para os que consideram o suicídio pela primeira vez (152, 153).

Um estudo recente utilizou o cartão verde com pacientes que tinham tentado o suicídio pela primeira vez e em pacientes com um histórico de tentativas de suicídio (154). Os participantes do estudo foram aleatoriamente encaminhados aos grupos de controle que receberam apenas o tratamento padrão para tentativas de suicídio e para grupos experimentais que receberam o tratamento padrão e o cartão verde. O cartão verde oferecia, para momentos de crise, consulta telefônica 24 horas com um psiquiatra. O efeito do cartão verde foi diferente nos dois tipos de grupos experimentais. Ele apresentou um efeito de proteção nos que tinham tentado suicídio pela

primeira vez (embora estatisticamente não significativo), mas não surtiu qualquer efeito nos que tinham feito tentativas anteriores de suicídio. Pode ser que, no estudo, sozinho, o apoio telefônico oferecido pelo cartão verde não tenha sido suficiente e que o cartão devesse fornecer acesso fácil a outros serviços de apoio para momentos de crise.

Uma outra intervenção, que opera na Itália, baseada no princípio da conectividade, fácil acesso e disponibilidade de ajuda, é o serviço Tele-Help/Tele-Check para pessoas idosas (155). O Tele-Help é um sistema de alarme que o cliente pode ativar para solicitar ajuda. O serviço Tele-Check entra em contato com os clientes duas vezes por semana para verificar suas necessidades e oferecer apoio emocional. Em um estudo, 12.135 pessoas com idade de 65 anos ou mais receberam o serviço Tele-Help/Tele-Check durante quatro anos (155). Durante esse período, houve apenas um suicídio no grupo, comparado a uma estatística esperada de sete (156).

Abordagens de relacionamento

Sabe-se que a suscetibilidade ao suicídio está relacionada aos relacionamentos sociais que uma pessoa tem: quanto maior o número de relacionamentos sociais, em geral, menor é a suscetibilidade ao suicídio (156). Várias intervenções buscam melhorar os relacionamentos sociais para reduzir o comportamento de tentativas repetidas de suicídio. A abordagem geral visa a explorar o problema em diferentes áreas da vida social do paciente e ajudar o terapeuta a acompanhar esses problemas. Embora a meta principal seja prevenir a recorrência do comportamento suicida, a melhoria dos relacionamentos sociais é, por si só, também considerada importante.

Pesquisas sobre a eficácia das abordagens de relacionamento não demonstraram um benefício positivo em termos de reduzir o comportamento suicida. Todavia, a abordagem tem demonstrado melhorar os relacionamentos sociais.

Intervenções psicossociais

Litman e Wold (156) investigaram um método particular conhecido como "manutenção contínua dos relacionamentos" (*continuing relationship maintenance* - CRM). Nesse método, o conselheiro se aproxima ativamente da pessoa suicida e tenta manter um relacionamento constante com ela. Um total de 400 pessoas que apresentam um alto risco de suicídio passou pelo programa, em média por 18

meses, sendo encaminhadas para o grupo experimental (CRM) ou para um grupo de controle. No grupo de controle, os pacientes receberam um aconselhamento contínuo e tiveram de entrar por si próprios em contato com o seu conselheiro. A intervenção não conseguiu reduzir a ideação de suicídio, as tentativas de suicídio ou os suicídios realizados. Todavia, uma série de metas intermediárias foi alcançada, com o grupo CRM mostrando melhorias significativas em relação ao grupo de controle. Essas melhorias incluíam menos solidão, relacionamentos íntimos mais satisfatórios, menos depressão e maior confiança na utilização de serviços comunitários.

Em pacientes que tinham feito uma tentativa de suicídio anterior, Gibbons et al. (157) compararam a eficácia do "estudo de caso centralizado em tarefa" ("task-centered casework") - um método de solução de problemas que enfatiza a colaboração entre um paciente e uma assistente social em torno de assuntos relacionados à vida diária -, com o tratamento padrão. Não houve diferenças no índice de tentativas repetidas de suicídio entre os dois grupos, mas, comparado ao grupo de controle, o grupo do estudo de caso centralizado em tarefas conseguiu lidar melhor com os problemas sociais.

Em um estudo desenvolvido por Hawton et al. (158), 80 pacientes que haviam tomado uma overdose receberam aconselhamento ou foram encaminhados de volta ao seu clínico geral com recomendações de cuidados adicionais. Novamente, não houve diferença estatística nos índices de tentativas repetidas de suicídio, mas parece ter havido um certo grau de benefício para o grupo de pacientes externos quando avaliados quatro meses mais tarde. Uma proporção maior do grupo de pacientes externos, em relação ao segundo grupo, apresentou melhorias de ajuste social, ajuste matrimonial e relacionamentos com suas famílias. O aconselhamento pareceu benéfico, sobretudo, para mulheres e pacientes com problemas que envolviam o relacionamento um-a-um, como marido-mulher, pai-filho ou supervisor-funcionário.

Esforços baseados na comunidade

Centros de prevenção contra o suicídio

Além das intervenções antes descritas, para pessoas que apresentam um comportamento suicida, há serviços comunitários voltados para a saúde mental. Um centro de prevenção do suicídio destina-se a servir como um centro de atendimento a crises, oferecendo ajuda imediata, geralmente por telefone,

mas existem também programas de aconselhamento face-a-face e um tipo de trabalho que vai até o paciente.

Dew et al. (159) realizaram uma revisão literária quantitativa da eficácia dos centros de prevenção do suicídio e não encontraram um efeito geral, quer positivo ou negativo, em relação aos índices de suicídio. As limitações metodológicas do estudo em questão, todavia, tornam difícil chegar-se a uma conclusão definitiva. Os autores não acharam que a proporção de suicídios entre clientes que participavam de centros de prevenção era maior do que a proporção de suicídios na população em geral e que os indivíduos que levaram a cabo o suicídio tinham mais chance de terem sido clientes desses centros. Essas descobertas sugerem que os centros de prevenção de suicídio pelo menos estão atraindo uma população de alto risco que eles supostamente deveriam estar ajudando.

Lester (160) revisou 14 estudos que examinaram a eficácia dos centros de prevenção de suicídio em relação aos índices de suicídio. Sete desses estudos forneceram evidências de um efeito preventivo. Um estudo sobre os centros de prevenção de suicídio em 25 cidades da Alemanha, na verdade, encontrou um aumento nos índices de suicídio em três das cidades (161).

Intervenções baseadas na escola

Foram desenvolvidos programas para montar e treinar pessoal de escolas, membros da comunidade e funcionários da área de saúde para identificar pessoas que apresentam riscos de suicídio e encaminhá-las aos serviços de saúde mental. A extensão do treinamento varia de um programa a outro, mas em todos os casos é essencial haver um elo forte com os serviços locais de saúde mental.

Uma observação importante, contudo, foi a de Lester (162), ao sugerir que, à medida que as equipes escolares se tornam mais capacitadas, elas deixam de encaminhar os alunos para os profissionais da área de saúde mental, o que pode, em si, resultar em mais suicídios. Embora a educação das equipes escolares, parentes e outras pessoas envolvidas com os programas escolares seja muito importante, essas pessoas não conseguem substituir os profissionais da área de saúde mental. Por outro lado, as instalações médicas sozinhas não conseguem atender a todas as necessidades dos jovens, e as escolas devem ser capazes de agir como um mediador para a prevenção do suicídio.

Abordagens sociais

Restrição de acesso aos meios

Restringir o acesso aos meios do suicídio é particularmente relevante quando esse acesso pode ser facilmente controlado. Isto foi demonstrado pela primeira vez em 1972, na Austrália, por Oliver e Hetzel, (163) que descobriram haver uma redução nos índices de suicídio quando o acesso a sedativos - sobretudo barbitúricos, que são letais em doses muito elevadas - foi reduzido.

Além desse estudo sobre o uso de sedativos, também houve evidências de redução nos índices de suicídio ao serem controladas outras substâncias tóxicas, por exemplo, pesticidas, que são muito conhecidos nas áreas rurais de vários países emergentes. Talvez o melhor exemplo estudado tenha sido o observado em Samoa (116) onde, até 1972, quando o paraquat foi introduzido no país, o número de suicídios ficava abaixo de 10. Esse número começou a crescer vertiginosamente em meados da década de 1970 e chegou a quase 50 em 1981, quando tiveram início os esforços para controlar a disponibilidade do paraquat. Durante esse período, os índices de suicídio aumentaram em 367%, indo de 6,7 para cada 100 mil em 1972 a 31,3 para cada 100 mil em 1981. No prazo de três anos, a taxa de suicídio caiu de novo para 9,4 para cada 100 mil. Apesar do controle posterior do paraquat, mais de 90% de todos os suicídios ocorridos em 1988 foram efetuados por meios da utilização desse produto (ver Figura 7.2).

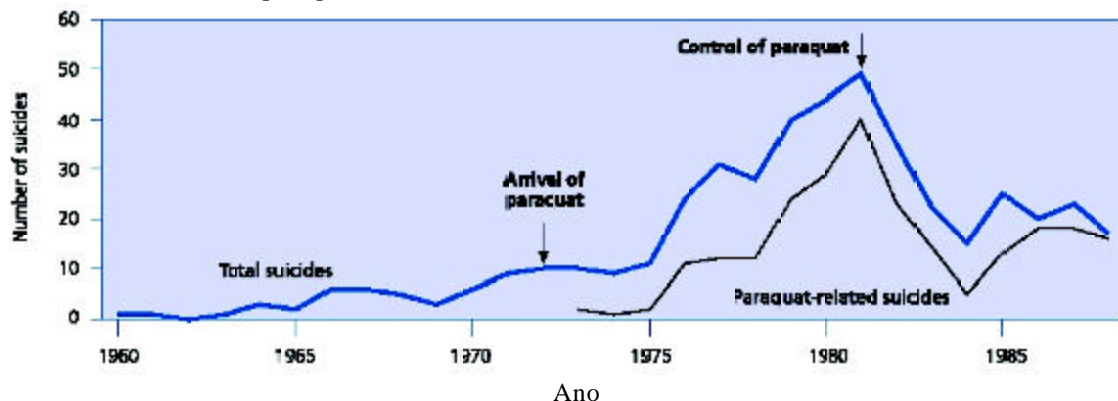
A desintoxicação do gases, ou seja, a remoção

do monóxido de carbono do gás de cozinha e dos escapamentos dos carros provou ser eficaz na redução dos índices de suicídio. Na Inglaterra, os suicídios por envenenamento com gás de cozinha começaram a declinar logo após o monóxido de carbono ser removido do gás (164) (ver figura 7.3). Redução semelhante nos índices de suicídio por gás de cozinha também foram observados na Escócia, nos Estados Unidos, no Japão, nos países Baixos e na Suíça (165). Outros estudos também mostraram uma redução nos índices de suicídios após a introdução de catalizadores que, removem o monóxido de carbono dos escapamentos dos veículos (165,166).

A associação entre a posse de armas no lar e o suicídio também tem sido observada (167-169). Há várias abordagens no sentido de reduzir os ferimentos causados por armas, sejam acidentais ou intencionais. Em geral, essas abordagens baseiam-se na legislação que regula a venda e posse de armas, e também a segurança em relação ao uso das mesmas. A segurança no uso de armas abrange educação e treinamento, várias práticas para armazenagem das armas, tal como, guardar a arma e a munição separadamente e manter as armas descarregadas e em locais trancados, e dispositivos de trava do gatilho. Em alguns países, inclusive Austrália, Canadá e Estados Unidos, as restrições relacionadas à posse de armas foram associadas a uma redução do uso das mesmas para o suicídio. (165, 169).

FIGURA 7.2

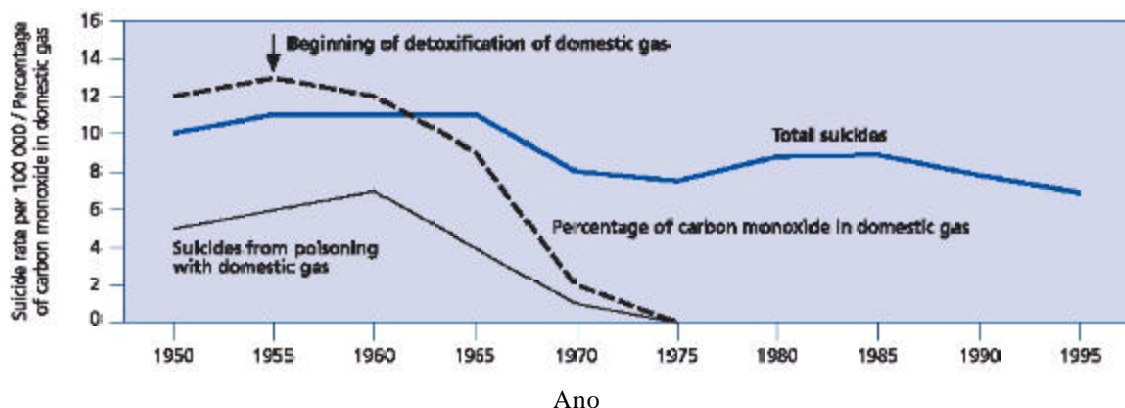
Número de suicídios ocorridos em Samoa em relação à chegada de pesticidas contendo paraquat e ao controle das vendas de paraquat.



Fonte: referência 116.

FIGURA 7.2

Número de suicídios ocorridos em Samoa em relação à chegada de pesticidas contendo paraquat e ao controle das vendas de paraquat.



Fonte: referência 164.

Informações divulgadas pelos meios de comunicação

O impacto em potencial dos meios de comunicação sobre os índices de suicídio já é conhecido há muito tempo. Há mais de dois séculos, um romance muito lido inspirou uma série de suicídios. *Die Leiden des jungen Werther* (Os Sofrimentos do Jovem Werther), de Johann Wolfgang Goethe, escrito em 1774 e baseado no caso de um amigo do autor, descrevia o sofrimento interior de Werther, à medida que ele se angustiava devido ao seu amor não correspondido por Lotte. "O efeito sobre os primeiros leitores foi esmagador. O romance inspirou não apenas a emoção, mas também a emulação, em uma onda de suicídios similarmente caracterizados com os trajes [que Werther usava] casaco azul, colete amarelo." (170).

Evidências atuais sugerem que o efeito dos meios de comunicação encorajando suicídios imitados depende muito da maneira como o suicídio é relatado, ou seja, o tom e a linguagem utilizados, a maneira como os relatos são destacados e o fato de materiais gráficos ou outros tipos de materiais serem utilizados ou não. A preocupação é que a vulgarização extrema dos relatos de suicídios possa criar uma cultura suicida, em que o suicídio seja visto como uma forma normal e aceitável de se abandonar um mundo difícil.

É absolutamente necessário o relato responsável de suicídio pelos meios de comunicação, e todas as maneiras de se obter esse tipo de relato são bem-vindas. Várias organizações e instituições

governamentais têm proposto diretrizes para o relato do comportamento suicida, inclusive o Befrienders International no Reino Unido, os Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controle e Prevenção de Doenças) nos Estados Unidos, a Organização Mundial de Saúde e os governos da Austrália e Nova Zelândia (171).

Intervenção após o suicídio

A perda de uma pessoa por suicídio pode provocar, em parentes e amigos íntimos daqueles que cometeram o suicídio, sentimentos de pesar diferentes dos que ocorrem quando a morte é natural. Em geral, ainda existe um tabu relativo às discussões sobre o suicídio e aqueles que são separados pelo suicídio podem ter menos oportunidades de compartilhar seu pesar com outras pessoas. Comunicar os sentimentos decorrentes de tal violência é uma parte importante do processo de cicatrização. Por este motivo, grupos de apoio desempenham um papel importante. Em 1970, começaram a surgir na América do Norte os primeiros grupos de apoio e auto-ajuda para parentes e amigos de pessoas que tinham cometido suicídio (172). Grupos semelhantes foram estabelecidos posteriormente em vários países no mundo todo. Os grupos de apoio e auto-ajuda são administrados por seus membros, mas com acesso à ajuda e recursos externos. Esses grupos de auto-ajuda parecem trazer benefícios às pessoas que perderam alguém devido ao suicídio. A experiência comum da perda pelo suicídio une as pessoas e as encoraja a compartilhar

seus sentimentos (172).

Respostas políticas

Em 1996, o Departamento das Nações Unidas para Coordenação de Políticas e Desenvolvimento Sustentado (United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development) apresentou um documento destacando a importância de uma política de orientação sobre a prevenção do suicídio (173). Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde publicou uma série de documentos sobre a prevenção do suicídio (171, 172, 174-177), e duas outras publicações sobre transtornos mentais, neurológicos e psicossociais (41, 178). Outros relatórios e diretrizes sobre a prevenção do suicídio também foram desenvolvidos (179).

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde lançou uma iniciativa global para a prevenção do suicídio com os seguintes objetivos:

- Obter uma redução duradoura na frequência dos comportamentos suicidas com ênfase em países emergentes e em países em transição social e econômica.
- Identificar, avaliar e eliminar no estágio inicial, o máximo possível, fatores que possam levar jovens a cometer o suicídio.

– Aumentar a conscientização geral sobre o suicídio e fornecer apoio psicossocial às pessoas com pensamentos suicidas ou que já tentaram o suicídio, bem como, aos amigos e parentes dos que tentaram ou realizaram o suicídio.

A principal estratégia para a implementação dessa iniciativa global segue dois direcionamentos básicos associados às linhas de ação da estratégia cuidados básicos com a saúde da Organização Mundial de Saúde:

- Organização de atividades multissetoriais regionais, nacionais e globais para aumentar a conscientização sobre o comportamento suicida e como efetivamente evitá-lo.
- Fortalecimento dos recursos dos países para desenvolver e avaliar políticas e programas nacionais para a prevenção do suicídio, que podem incluir:
 - apoio e tratamento das populações em risco, como pessoas com depressão, idosos e jovens; redução da disponibilidade de meios para se cometer o suicídio, como, por exemplo, as substâncias tóxicas, e do acesso a elas;
 - apoio e reforço às entidades dedicadas aos sobreviventes do suicídio;

– treinamento de profissionais da área de assistência básica à saúde e de outros setores relevantes.

Atualmente, a iniciativa foi complementada por um estudo que busca identificar fatores específicos de risco e intervenções específicas que podem ser eficazes na redução do comportamento suicida.

Recomendações

Várias recomendações importantes para reduzir o comportamento suicida fatal e não fatal podem ser extraídas deste capítulo.

Melhores dados

Nacional e internacionalmente, existe uma necessidade urgente de mais informações sobre as causas do suicídio, sobretudo entre grupos minoritários. Deveriam ser encorajados estudos interculturais, pois podem levar a uma melhor compreensão das causas do suicídio e dos fatores de proteção a ele relacionados, e, conseqüentemente, podem ajudar a melhorar os esforços de prevenção. A seguir estão algumas recomendações específicas que visam a fornecer melhores informações sobre o suicídio.

- Os governos deveriam ser encorajados a coleta de dados sobre o comportamento suicida fatal e não fatal e disponibilizar esses dados à Organização Mundial de Saúde. Hospitais e outros serviços médicos e sociais deveriam ser bastante encorajados a manter registros de comportamentos suicidas não-fatais.
- Os dados sobre suicídio e tentativas de suicídio deveriam estar sempre corretos e atualizados. Deveria haver um conjunto de critérios e definições uniformes que, uma vez estabelecidos, deveriam ser aplicados de maneira consistente e revisados continuamente.
- A coleta de dados deveria ser organizada de forma a evitar duplicação de registros estatísticos e, ao mesmo tempo, as informações deveriam estar facilmente acessíveis a pesquisadores que realizam pesquisas analíticas e epidemiológicas.
- Deveriam ser empenhados esforços com o intuito de melhorar os dados de uma série de órgãos, inclusive hospitais, instituições psiquiátricas e outras instituições médicas, os legistas e os departamentos de polícia.
- Todos os profissionais da área de saúde e diretores de importantes agências ligadas ao problema deveriam ser treinados para detectar e

encaminhar pessoas com risco de comportamento suicida, e codificar esses casos corretamente nos sistemas de coleta de dados.

- Há necessidade de se obter informações sobre os indicadores sociais, tais como indicadores de qualidade de vida, taxas de divórcio e mudanças sociais e demográficas, em sincronia com os dados relacionados ao comportamento suicida, a fim de melhorar a atual compreensão do problema.

Pesquisas adicionais

Deveriam ser conduzidas mais pesquisas para examinar a contribuição relativa de fatores psicossociais e biológicos no comportamento suicida. Uma ligação maior entre esses dois tipos de fatores em programas de pesquisa permitiria grandes avanços no atual conhecimento acerca do suicídio. Uma área particularmente promissora e que está crescendo rapidamente é a pesquisa genética molecular que, entre outras coisas, apresenta um maior conhecimento relacionado ao controle do metabolismo da serotonina.

Mais pesquisas clínicas deveriam ser feitas em relação ao papel de condições co-mórbidas, como, por exemplo, a interação entre a depressão e o abuso de álcool. Uma ênfase maior também deveria ser dada ao subgrupos da população baseados na idade (visto que o suicídio entre os idosos apresenta características diferentes do suicídio entre pessoas jovens), na personalidade e no temperamento. Uma outra área que requer mais esforço de pesquisa é a das imagens diagnósticas cerebrais. Finalmente, deveria haver mais pesquisas sobre o papel da hostilidade, agressão e impulsividade no

Melhores tratamentos psiquiátricos

Em relação ao comportamento suicida, a contribuição considerável trazida pelos fatores psiquiátricos sugere que melhorar o tratamento dos que apresentam transtornos psiquiátricos é importante para prevenir o suicídio. A este respeito, as medidas a seguir deveriam ser adotadas.

- Deveria ser solicitado às empresas farmacêuticas que desenvolvessem mais medicamentos eficazes contra os transtornos psiquiátricos. O advento de inibidores seletivos da reabsorção da serotonina, por exemplo, pode ter provocado uma redução dos índices de suicídio na Escandinávia (180).
- Patrocínio à pesquisa visando a descobrir técnicas mais eficazes de psicoterapia e

aconselhamento para pessoas suicidas. Sobretudo, deveria haver técnicas mais específicas para as pessoas cujos transtornos de personalidade estejam intimamente associados ao comportamento suicida.

- Muito mais pessoas precisam estar cientes dos sinais e sintomas do comportamento suicida e dos locais onde, se necessário, a ajuda pode ser obtida - quer de familiares ou amigos, médicos, assistentes sociais, líderes religiosos, empresas ou professores e equipes escolares. Os médicos e outros profissionais da área de saúde, em particular, deveriam ser educados e treinados para reconhecer, encaminhar e tratar pessoas com transtornos psiquiátricos, especialmente os transtornos afetivos.

- Uma prioridade urgente para os governos e seus departamentos de planejamento de assistência à saúde é a identificação precoce e o tratamento de pessoas que sofrem não apenas de transtornos mentais, mas também do abuso e dependência de drogas e álcool. O programa desenvolvido em Gotland, Suécia, por Rutz (181) pode fornecer um modelo útil a ser seguido por outros países.

Mudanças ambientais

Uma série de mudanças ambientais foi sugerida para restringir o acesso a métodos de suicídio, como:

- Cercar pontes elevadas.
- Limitar o acesso a telhados e parte externa de prédios altos.
- Obrigar os fabricantes de carro a mudar o formato dos canos de escapamento e introduzir um mecanismo pelo qual o motor automaticamente se desliga após funcionar com o carro parado, durante um período específico de tempo.
- O acesso a pesticidas e fertilizantes ser restrito a pessoas que sejam produtores rurais.
- Para medicamentos que são potencialmente letais:
 - exigir um monitoramento rigoroso das receitas médicas e farmacêuticas;
 - reduzir a quantidade máxima das receitas;
 - embalar os medicamentos em blisters plásticos;
 - quando possível, prescrever medicamentos na forma de supositórios.
- Reduzir o acesso a armas entre os grupos de risco de suicídio.

Fortalecendo os esforços comunitários

As comunidades locais são cenários importantes para as atividades de prevenção do suicídio, embora muito mais possa ser feito para fortalecer os esforços comunitários. A este respeito, deve ser dada maior atenção a:

- Desenvolvimento e avaliação dos programas comunitários.
- Melhoria da qualidade dos serviços desenvolvidos nos programas existentes.
- Maior patrocínio governamental e mais apoio profissional por parte do governo a atividades como:
 - centros de prevenção do suicídio;
 - grupos de apoio a pessoas que já conviveram com o suicídio de alguém muito íntimo (como uma criança, um parceiro ou um parente) e que possam desta forma, elas próprias, estar sob o risco elevado de suicídio;
 - redução do isolamento social, promovendo programas comunitários, tais como centros para jovens e centros para pessoas idosas;
- Estabelecimento de parcerias e melhoras na colaboração entre os órgãos apropriados.
- Desenvolvimento de programas educacionais para evitar o comportamento suicida, não apenas em escolas, como ocorre atualmente, mas também em locais de trabalho e outros locais das comunidades.

Conclusão

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo todo e é um problema importante de saúde pública. O suicídio e a tentativa de suicídio são fenômenos complexos que ocorrem, de forma muito individualista, a partir da inter-relação de fatores biológicos, psicossociais, psiquiátricos e sociais. A complexidade das causas requer necessariamente uma abordagem multifacetada de prevenção que deve levar em conta o contexto cultural. Os fatores culturais desempenham um papel fundamental no comportamento suicida (182), acarretando grandes diferenças nas características deste problema no mundo todo (183). Devido a essas diferenças, o que tem um efeito positivo para prevenir o suicídio em um local pode ser ineficaz ou, até mesmo, contraproducente em outros ambientes culturais.

São necessários maiores investimentos, tanto em pesquisa como nos esforços de prevenção. Embora os esforços de curto prazo contribuam para

o entendimento de porque o suicídio ocorre e o que pode ser feito para evitá-lo, estudos de pesquisa longitudinal são necessários para a total compreensão do papel dos fatores biológicos, psicossociais e ambientais em relação ao suicídio. Existe também uma grande necessidade de avaliações rigorosas e de longo prazo das intervenções. Até hoje, a maioria dos projetos foi de curta duração, com pouca avaliação, quando houve.

Finalmente, os esforços de prevenção do suicídio serão ineficazes se não forem estabelecidos dentro de uma estrutura que englobe planejamento em larga escala desenvolvido por equipes multidisciplinares que envolvam representantes governamentais, planejadores e profissionais da área de saúde pública, e pesquisadores e profissionais de diferentes disciplinas e setores. Grandes investimentos em planejamento, recursos e colaboração entre esses grupos precisam ser empreendidos a fim de se minimizar este importante problema de saúde pública.

Referências

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22-35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387-394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. New York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460-469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617-626.
9. Favazza A. Self-mutilation. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125-145.

10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553-574.
14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433-448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:495-500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1998, 394:5-12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267-279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197-202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255-263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990-1995. Brisbane, *Australian Institute for Suicide Research and Prevention*, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189-211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1-28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315-316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1-12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319-326.
28. De Leo D, Diekstra RFW. Depression and suicide in late life. *Toronto and Bern, Hogrefe/Huber*, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55-63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54-61.
31. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36-57.
32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. In: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224-249.
33. McIntosh JL et al. Elder suicide: research, theory and treatment. *Washington, DC, American Psychological Association*, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1-11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327-338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603-610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291-307.
38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209-218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. In: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33-46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*,

1999, 354:917-918.

41. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva, *World Health Organization*, 1998.
42. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Medical Clinics of North America, 1988, 72:937-971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190-195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437-438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447-452.
46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925-1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. Suicide. Baltimore, MD, *Williams & Wilkins*, 1986:97-112.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571-589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559-563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383-392.
51. Yip PSF et al. Teenage suicide in Hong Kong. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. Attempted suicide: a practical guide to its nature and management, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227-1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. In: Maris RW et al., eds. Assessment and prediction of suicide. New York, NY, *Guilford*, 1992:574-588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. Origin, prevention and treatment of affective disorders. London, *Academic Press*, 1979:227-287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193-1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45-50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587-599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442-446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25-30.
61. Van Praag H. Suicide and aggression. In: Lester D, ed. Suicide prevention. Philadelphia, *Brunner-Routledge*, 2000:45-64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. Elderly suicide in Hong Kong. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149-163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168-174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543-1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175-179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325-331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348-351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645-650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in

- Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26-30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416-1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121-126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59-72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161-1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490-1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41-52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793-800.
78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99-107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709-723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876-880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867-874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. In: Feinleib MR, ed. Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. *Prevention and interventions in youth suicide*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 89-1623):110-137.
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64-71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181-189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107-144.
86. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. New York, NY, Oxford University Press, 1992:16-48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254-261.
88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78-80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91-102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311-322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate selfharm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37-43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62-68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31-35.
94. Durkheim E. *Le Suicide* [Suicide]. Paris, Alcain, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65-72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343-358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153-158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of selfdestructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.

100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512-1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891-895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577-587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263-274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate selfpoisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976-93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202-208.
105. *National injury mortality reports, 1987-1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992-1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175-180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62-70.
108. De Leo D et al. Hanging as a means to suicide in young *Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: *new evidence for an old hypothesis*. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665-676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427-436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508-1510.
112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3-17.
113. Rates of suicide throughout the country: *fact sheet*. Washington, DC, American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964-1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77-80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. London, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995:173-206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. *Suicide in Queensland, 1990-1995*. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93-115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166-169.
121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419-422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76:1331-1341.
123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225-234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648-658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243-250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749-756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371-381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209-218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99-101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523-534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic

- religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300-318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on "Sociology's One Law". *Social Forces*, 1983, 62:521-528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's "one law". *Social Forces*, 1981, 60:495-516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945-964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457-466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362-374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236-239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12-16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122-123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325-340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823-832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612-619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129-146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318-1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573-580.
146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000:585-595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543-547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. In: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. New York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302-328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871-876.
150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971-974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371-379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111-112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569-577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23-27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632-634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. In: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. New York, NY, Grune & Stratton, 1976:528-546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111-118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient

- counseling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17:751-761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239-244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304-310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services ("crisis hotlines") on the suicide rate in 25 German cities. In: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. New York, NY, Springer Verlag, 1988:431-436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75-77.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919-923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960-1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86-93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7-24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114-120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151-154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467-472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606-608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).
173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York, NY, United Nations, 1996 (document ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.3).
176. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.4).
177. *Preventing suicide: a resource for prison officers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
179. *United States Public Health Service. The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:113-117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. In: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Philadelphia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173-187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53-55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81-89.

CAPÍTULO 8

VIOLÊNCIA COLETIVA

Antecedentes

A violência coletiva, em suas múltiplas formas, recebe um alto grau de atenção pública. Conflitos violentos entre nações e grupos, terrorismo de Estado e de grupos, estupro como arma de guerra, movimentos de grandes grupos de pessoas desalojadas de seus lares, guerra entre gangues e vandalismo de massas - tudo isso ocorre diariamente em muitas partes do mundo. Em termos de morte, doenças físicas, invalidez e angústia mental, os efeitos na saúde desses diferentes tipos de acontecimentos são muito grandes.

Há muito tempo que a medicina está envolvida com os efeitos da violência coletiva, tanto na condição de ciência, como na prática - desde a cirurgia militar até o trabalho do Comitê Internacional da Cruz Vermelha. A saúde pública, no entanto, começou a tratar do fenômeno só nos anos 1970, após a crise humanitária em Biafra, Nigéria. As lições lá aprendidas, principalmente por organizações não governamentais, foram a base para o que se tornou um organismo em crescimento no que tange ao conhecimento e às intervenções médicas no campo de cuidados preventivos com a saúde.

O mundo ainda está aprendendo como melhor reagir às várias formas de violência coletiva, mas agora está claro que a saúde pública tem um papel importante a desempenhar. Conforme a Assembléia Mundial da Saúde declarou em 1981 (1), o papel dos profissionais da saúde na promoção e conservação da paz é um fator significativo para se conseguir saúde para todos.

Este capítulo dedica-se principalmente aos conflitos violentos, com ênfase especial nas emergências complexas relacionadas a conflitos. Embora crises dessa natureza sejam em geral amplamente denunciadas, muitos de seus aspectos, incluindo-se o impacto não fatal nas vítimas e as causas e reações às crises, muitas das vezes permanecem ocultos, às vezes deliberadamente. Formas de violência coletiva sem objetivos políticos, como a violência de gangues, o vandalismo de massas e a violência criminal associada ao banditismo, não são tratadas neste capítulo.

Como se define violência coletiva?

A violência coletiva pode ser definida como:

O uso instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo - independente de esse grupo ser transitório ou possuir uma identidade mais permanente - contra outro grupo

ou um conjunto de indivíduos com o intuito de alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais.

Formas de violência coletiva

Várias formas de violência coletiva foram reconhecidas, incluindo:

- Guerras, terrorismo e outros conflitos políticos violentos que ocorrem dentro dos Estados ou entre eles.
- Violência perpetrada pelos Estados, tais como genocídio, repressão, desaparecimentos, tortura e outros abusos aos direitos humanos.
- Crime organizado violento, como banditismo e guerra de gangues.

Emergências Complexas

Conforme a definição do *Inter-Agency Standing Committee* [Comitê Permanente Interagencial] (2) - instrumento básico das Nações Unidas para a coordenação de assistência humanitária diante de emergências complexas e de grande porte - uma emergência complexa é:

"uma crise humanitária em um país, região ou sociedade onde haja ruptura total ou considerável de autoridade, resultante de conflito interno ou externo, que necessite de uma resposta internacional que ultrapasse o mandato ou a capacidade de qualquer organismo específico e/ou o programa em andamento das Nações Unidas para o país".

Apesar de ser usado ocasionalmente para descrever outras formas de desastres, naturais ou causados pelo homem, que tenham um impacto significativo, a expressão é usada aqui para descrever as emergências fortemente associadas a conflitos violentos, muitas vezes com implicações políticas importantes.

Leaning (3) identifica quatro resultados característicos de emergências complexas, todos com consequências profundas para a saúde pública:

- deslocamento de populações,
- destruição de redes sociais e de ecossistemas,
- insegurança afetando civis e outros não envolvidos na luta e
- desrespeito aos direitos humanos.

Alguns analistas (4) utilizam a expressão "emergências políticas complexas" para enfatizar a natureza política de crises específicas. As emergências políticas complexas tipicamente:

- ocorrem através de fronteiras nacionais,
- têm raízes relacionadas à disputa por poder e recursos,
- são de longa duração,
- ocorrem internamente e refletem estruturas e divisões sociais, políticas, econômicas e culturais existentes, e
- são frequentemente caracterizadas por dominação social "predatória".

Conflito armado

Embora "guerra" seja um termo amplamente utilizado para descrever conflito - e geralmente compreendido em seu sentido histórico como violência entre nações - sua definição jurídica é controversa. A controvérsia gira em torno de questões como quantificação (por exemplo, quantas mortes a luta deve causar para ser qualificada como guerra e com que duração de tempo), se as hostilidades foram ou não claramente declaradas e suas limitações geográficas (por exemplo, se a guerra é necessariamente entre nações ou interna a um país). Para evitar essas controvérsias e, particularmente para evitar falhas na aplicação das leis humanitárias, muitos instrumentos internacionais (como as Convenções de Genebra de 1949) usam a expressão "conflito armado".

No entanto, a grande variedade de conflitos armados e os combatentes envolvidos forçaram os observadores a buscar novas expressões para descrevê-los. Dentre os exemplos se incluem a expressão "novas guerras", para descrever conflitos em que se tornaram indistintas as fronteiras entre os conceitos tradicionais de guerra, de crime organizado e de violações dos direitos humanos em grande escala (5), e a expressão "luta armada assimétrica". Essa última expressão, intimamente associada ao fenômeno do terrorismo moderno (6), é usada para descrever uma forma de conflito em que um grupo organizado, desprovido de força militar convencional e de poder econômico, procura atacar os pontos fracos das sociedades relativamente prósperas e abertas. Os ataques são realizados com armas e táticas não convencionais e sem levar em conta códigos de comportamento militares ou políticos.

Genocídio

O genocídio é uma forma particularmente hedionda de violência coletiva, especialmente porque os perpetradores do genocídio se voltam para um grupo específico de população, com o intuito de destruí-lo. Assim, o genocídio tem, por definição, uma dimensão coletiva.

O conceito de genocídio, no entanto, é recente. Apesar de ter sido aplicado retrospectivamente, por historiadores e outros, a eventos ocorridos antes de 1939 (e, no sentido histórico, é aplicado em exemplos citados mais adiante neste capítulo), a expressão recebeu uma definição jurídica somente depois da Segunda Guerra Mundial. Os horrores do holocausto nazista provocaram o debate internacional que levou à codificação da expressão, em 1948, na Convenção para a Prevenção e Punição do Crime de Genocídio (Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide). Essa Convenção entrou em vigor em 12 de Janeiro de 1951. O Artigo 2 da convenção define genocídio como "qualquer dos atos a seguir, cometidos com a intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso e, para isso:

- assassinando membros do grupo;
- causando graves danos físicos ou mentais a membros do grupo;
- infligindo deliberadamente ao grupo condições de vida calculadas para resultar em sua destruição física, no todo ou em parte;
- impondo medidas destinadas a evitar nascimentos dentro do grupo;
- transferindo, pela força, crianças do grupo a outro grupo".

Consoante à Convenção, o crime de genocídio é passível de punição, bem como a cumplicidade em genocídio, conspiração, incitação direta e pública ao genocídio e a tentativa de cometer genocídio.

Após o conflito de 1994 em Ruanda, o Conselho de Segurança das Nações Unidas expressou, em várias resoluções, suas sérias preocupações sobre denúncias de genocídio e decidiu estabelecer um Tribunal Criminal Internacional *ad hoc* para Ruanda. O Tribunal já ditou, e confirmou na apelação, várias condenações por genocídio. Em agosto de 2001, a Corte de Justiça do Tribunal Criminal Internacional (*Trial Chamber of the International Criminal Tribunal*) para a antiga Iugoslávia ditou sua primeira condenação por genocídio no contexto do conflito

na Bósnia-Herzegovina, relativa ao massacre de muçulmanos bósnios ocorrido em Srebrenica, em julho de 1995.

Dados sobre violência coletiva

Fontes de dados

Uma série de institutos de pesquisa recolhem e analisam dados sobre vítimas de conflitos internacionais e de conflitos dentro de um único país. Dentre eles, encontra-se o *Stockholm International Peace Research Institute* [Instituto Internacional de Estocolmo para Pesquisa da Paz] (SIPRI), que elaborou um formato padrão detalhado para seus relatórios anuais sobre o impacto dos conflitos e o projeto *Correlates of War* [Correlações de Guerra], na Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, uma fonte amplamente citada sobre a magnitude e causas de conflitos desde o século XIX até os dias de hoje.

Dados especificamente relacionados à tortura e aos direitos humanos são colhidos por diversas agências nacionais de direitos humanos, bem como por um número crescente de organizações não governamentais internacionais, inclusive *African Rights* [Direitos Africanos], *Amnesty International* [Anistia Internacional] e *Human Rights Watch* [Vigilância dos Direitos Humanos]. Na Holanda, o *Interdisciplinary Research Programme on Root Causes of Human Rights Violation* [Programa Interdisciplinar de Pesquisa sobre as Causas Principais das Violações dos Direitos Humanos] faz o monitoramento de mortes e outras consequências de abusos dos direitos em todo o mundo.

Problemas com a coleta de dados

A maioria dos países pobres é carente de sistemas de registros confiáveis de saúde, tornando particularmente difícil determinar as proporções de mortes, doenças e deficiências físicas relacionadas a conflitos. Além disso, as emergências complexas invariavelmente destroem os sistemas de observação e informação existentes (7). Algumas técnicas inovadoras, no entanto, foram desenvolvidas para sobrepujar essas dificuldades. Na Guatemala, três conjuntos de dados separados, juntamente com dados obtidos de testemunhas e vítimas, foram combinados para se obter uma estimativa do total de mortes resultantes da guerra civil. Esse método indicou que cerca de 132 mil pessoas haviam perdido suas vidas. O número oficial registrado era muito

menor, omitindo cerca de 100 mil mortes (8).

As baixas nas forças armadas são normalmente registradas de acordo com procedimentos militares estabelecidos e, em geral, são razoavelmente precisas. É claro que os números relativos aos genocídios estão sujeitos a maior manipulação e são, portanto, mais difíceis de confirmar. As estimativas de morte em massa de civis podem variar até um fator de 10. No genocídio ocorrido em Ruanda em 1994, as mortes estimadas variaram de 500 mil a 1 milhão. No Timor Leste, dezenas de milhares de pessoas foram dadas como desaparecidas logo após o conflito ocorrido em 1999 e, vários meses depois, ainda não estava claro se as estimativas iniciais estavam ou não corretas. Pouco se soube com segurança acerca do número de vítimas no conflito da República Democrática do Congo entre 1998 e 2001, embora estimativas recentes tenham indicado que mais de 2,5 milhões de pessoas podem ter perdido suas vidas (9).

Há muitas dificuldades para a coleta de dados. Tais dificuldades incluem os problemas de avaliar a saúde e a mortalidade em populações que passam por mudanças rápidas, a falta de acesso aos serviços a partir dos quais os dados podem ser coletados e uma série de preconceitos. As partes em um conflito geralmente tentam manipular os dados sobre vítimas e recursos. Portanto, é provável haver desvios nas informações e na forma como se calcula o número de vítimas. Por esse motivo, organizações da sociedade civil têm um papel importante na documentação de instâncias de violência coletiva.

Dados sobre abusos dos direitos humanos, em geral, são também difíceis de se comprovar, já que os perpetradores fazem o que podem - por meio de seqüestros, desaparecimentos e assassinatos políticos - para ocultar as provas de tais abusos. Várias organizações, incluindo *Amnesty International* [Anistia Internacional], *Human Rights Watch* [Vigilância dos Direitos Humanos] e *Physicians for Human Rights* [Médicos para os Direitos Humanos], desenvolveram técnicas abrangentes para recolher, avaliar e verificar dados sobre abusos aos direitos humanos.

A extensão do problema

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 310 mil pessoas morreram por lesões relacionadas à guerra em 2000 (ver anexo Estatísticas). Essas mortes são categorizadas de acordo com os códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID

(International Classification Code - ICD) para ferimentos resultantes de operações de guerra (ICD-9 E990-E999 ou ICD-10 Y36).

Os índices de mortalidade relacionados à guerra variaram menos de 1 para cada 100 mil habitantes em países desenvolvidos até 6,2 para 100 mil em países subdesenvolvidos e emergentes. Em termos mundiais, os maiores índices de mortalidade relacionados à guerra foram encontrados na Região Africana da OMS (32,0 para cada 100 mil), seguidos por países subdesenvolvidos e emergentes na Região da OMS do Mediterrâneo Oriental (8,2 para cada 100 mil) e na Região Européia da OMS (7,6 para cada 100 mil) respectivamente.

Vítimas de conflitos

Os totais estimados de mortes relacionadas a conflitos foram, entre os séculos XVI e XX, respectivamente, por século: 1,6 milhões; 6,1 milhões; 7,0 milhões; 19,4 milhões; e 109,7 milhões (12,13). Tais cifras naturalmente escondem as circunstâncias em que as pessoas morreram. Estima-se que seis milhões de pessoas, por exemplo, perderam a vida na captura e tráfico de escravos ao longo de quatro séculos e 10 milhões de nativos das Américas morreram nas mãos dos colonizadores europeus.

De acordo com uma estimativa (14), cerca de 191 milhões de pessoas perderam suas vidas direta ou indiretamente nas 25 maiores ocorrências de violência coletiva no século XX. 60% dessas mortes ocorreram entre pessoas não envolvidas na luta. Além da Primeira Guerra Mundial e da Segunda Guerra Mundial, dois dos eventos mais catastróficos em termos de vidas perdidas foram o período do terror estalinista e os milhões de pessoas que pereceram na China durante a Grande Marcha (1958-1960). Ambos os eventos ainda estão cercados de incertezas na balança das perdas humanas. As mortes relacionadas com conflitos nos 25 maiores eventos incluíram cerca de 39 milhões de soldados e 33 milhões de civis. A fome relacionada a conflitos ou a genocídio no século XX dizimou outros 40 milhões de pessoas.

Um desdobramento relativamente novo em conflitos armados é um número crescente de mortes violentas, nas áreas de conflito, de funcionários civis das Nações Unidas e de organizações não governamentais. No período de 1985 a 1998, ocorreram mais de 380 mortes entre trabalhadores humanitários (15), houve mais mortes entre o pessoal civil das Nações Unidas do que entre as tropas de paz das Nações Unidas.

Tortura e estupro

A tortura é uma prática comum em muitos conflitos (ver Quadro 8.1). É difícil estimar sua extensão, devido ao fato de as vítimas terem tendência a esconder o trauma que sofreram e de haver pressões políticas para ocultar o uso da tortura. Em numerosos conflitos também foi documentado o uso do estupro como arma de guerra. Embora as mulheres formem a maioria das vitimadas, nos conflitos também ocorrem estupros masculinos. As estimativas do número de mulheres estupradas na Bósnia-Herzegovina durante o conflito ocorrido entre 1992 e 1995 variam de 10 mil a 60 mil (22). Denúncias de estupros durante conflitos violentos em décadas recentes também foram documentados em Bangladesh, Libéria, Ruanda e Uganda, entre outros (ver Capítulo 6). Com frequência utiliza-se o estupro para aterrorizar e abater as comunidades, para forçar as pessoas a fugir e para quebrar as estruturas da comunidade. Os efeitos físicos e psicológicos nas vítimas têm longo alcance (23,24).

A natureza dos conflitos

Desde a Segunda Guerra Mundial, ocorreu um total de 190 conflitos armados, dos quais apenas um quarto foi entre nações. Na realidade, os conflitos dos tempos modernos são cada vez mais internos e não entre nações. A duração da maioria dos conflitos armados desde a Segunda Guerra Mundial foi inferior a seis meses. Os que duraram mais tempo em geral se estenderam ao longo de muitos anos. Por exemplo, no Vietnã, o conflito violento se prolongou por mais de duas décadas. Outros exemplos incluem os conflitos no Afeganistão e em Angola. O número total de conflitos armados em progresso era de menos de 20 nos anos 50, comparado a 30 nos anos 60 e 70, e cresceu para mais de 50 durante o final dos anos 80. Apesar de haver menos conflitos armados em andamento depois de 1992, os que ocorreram foram, em média, de maior duração.

Embora os conflitos dentro das nações sejam mais comuns, continuam ocorrendo conflitos entre nações. Estima-se que a guerra entre o Iraque e a República Islâmica do Irã resultou, no período de 1980 a 1988, em 450 mil soldados e 50 mil civis mortos (13). O conflito entre a Eritreia e a Etiópia no final do século XX teve sua luta desenvolvida principalmente entre dois exércitos convencionais, utilizando armas pesadas e técnicas de guerra de trincheira, e dizimou milhares de vidas. Também ocorreram coalisões de

QUADRO 8.1

Tortura

Uma série de tratados internacionais definiram a tortura. A Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes de 1984 refere-se a um "ato mediante o qual se inflige intencionalmente dor severa ou sofrimento, seja físico ou mental, a uma pessoa", com finalidade de se obter informações ou uma confissão, punição, intimidação ou coerção, "ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer espécie"; A Convenção está preocupada com a tortura perpetrada por autoridades públicas ou outros indivíduos agindo em capacidade oficial.

Ao preparar seu relatório de 2000 sobre tortura (16), a organização de defesa dos direitos humanos, *Amnesty International* (Anistia Internacional), encontrou denúncias de tortura ou maus tratos perpetrados por autoridades em mais de 150 países. Em mais de 70 países, a prática era aparentemente generalizada e em mais de 80 países relatou-se a morte de pessoas como resultado de tortura. A maioria das vítimas parecia compor-se de pessoas suspeitas de ou condenadas por prática de crimes, enquanto que a maioria dos torturadores compunha-se de policiais.

A prevalência da tortura contra suspeitos criminosos provavelmente tem seus registros reduzidos, já que as vítimas em geral têm menos possibilidades de formalizar suas queixas. Em alguns países, uma longa prática de tortura a criminosos comuns atrai a atenção somente quando declina a repressão política mais escancarada. Na ausência de treinamento adequado e de mecanismos de investigação, a polícia pode recorrer à tortura ou aos maus tratos para extrair confissões rapidamente e assim obter condenações.

Em algumas instâncias de tortura, a finalidade é extrair informações, obter uma confissão (seja ela verdadeira ou falsa), forçar a cooperação ou "quebrar" a vítima para servir de exemplo para outros. Em outros casos, a punição e humilhação são o objetivo básico. Às vezes, a tortura também é utilizada como meio de extorsão. Uma vez estabelecido um regime de tortura, ele pode eternizar-se.

A tortura tem sérias implicações para a saúde pública, já que afeta a saúde física e mental das populações. A vítima pode permanecer em seu próprio país, adaptando-se da melhor forma possível, com ou sem cuidados médicos ou psicossociais. Se suas necessidades não forem atendidas adequadamente, há o risco de vir a tornar-se membro cada vez mais alienado ou desajustado da sociedade. O mesmo ocorre se forem para o exílio. Dados existentes sobre pessoas que buscam asilo, algumas das quais sofreram torturas em seu país de origem, sugerem que elas têm carências significativas no campo da saúde (17,18).

A ausência de controle do uso da tortura encoraja práticas ineficientes da polícia e das forças de segurança e aumento da tolerância a abusos aos direitos humanos e à violência. Várias organizações de profissionais da saúde adotaram uma posição firme contra a tortura, encarando sua prevenção como algo intimamente ligado a sua vocação para a medicina e para o bem da saúde pública (19). Organizações não governamentais também promovem a prevenção (20).

Um mecanismo de controle em especial - o sistema de inspeção do Conselho da Europa - foi recomendado para uso em nível global. Uma minuta de "Protocolo Opcional" para a Convenção sobre Tortura das Nações Unidas proporcionaria um sistema de inspeção semelhante em locais de detenção. Até o momento, o progresso na elaboração de um Protocolo Opcional vem sendo lento.

As iniciativas para se investigar e documentar a tortura cresceram nos últimos anos. As diretrizes das Nações Unidas sobre a avaliação e registro de evidências médicas de tortura, conhecidas como o "Protocolo de Istambul" foram criadas em 1999 por cientistas forenses, médicos, monitores de direitos humanos e advogados de 15 países e foram publicadas dois anos depois (21)

forças multinacionais, envolvidas em ataques aéreos maciços - a exemplo da Guerra do Golfo contra o Iraque em 1991 e na campanha da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) contra a República Federal da Iugoslávia em 1999.

Muitos dos conflitos desde o final da Segunda Guerra Mundial ocorreram em países emergentes. Após o colapso dos regimes comunistas no leste da Europa e da antiga União Soviética no final dos anos 80 e início dos anos 90, houve durante um período um aumento significativo nos conflitos armados ocorridos na Europa. O tamanho da área do conflito mudou radicalmente nos últimos dois séculos. Até o começo do século XIX, a guerra entre nações ocorria em um "campo de batalha". A mobilização de cidadãos-soldados durante as guerras napoleônicas criou campos de batalha maiores, mas semelhantes em sua essência. Com o desenvolvimento de estradas de ferro no século XIX e a mecanização do transporte de massas tornou-se possível a guerra em movimento, com mudanças de posição rápidas em grandes áreas geográficas. Posteriormente, o desenvolvimento de tanques, submarinos, aviões de combate/bombardeiros e mísseis guiados por *laser*, prepararam as fundações de campos de batalha sem limites geográficos. Conflitos recentes, como o empreendido em 1999 pela OTAN contra a República Federal da Iugoslávia, têm sido chamados de "guerras virtuais" (25) devido à forma como esses conflitos se desenvolvem, com mísseis controlados à distância, sem o envolvimento de tropas no teatro de operações.

Quais os fatores de risco de violência coletiva?

A boa prática da saúde pública requer a identificação de fatores de risco e determinantes de violência coletiva, bem como o desenvolvimento de abordagens para a solução de problemas sem recorrer à violência. Foi identificada uma série de fatores de risco para conflitos políticos importantes. Especificamente, a *Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict* [Comissão Carnegie para a Prevenção de Conflito Mortal] (26) relacionou indicadores de nações em risco de colapso e de

conflito interno (ver Tabela 8.1). Combinados, esses fatores interagem entre si, criando condições de conflito violento. Individualmente, nenhum deles é suficiente para levar à violência ou à desintegração de uma nação.

Os fatores de risco de conflitos violentos incluem:

- Fatores políticos:
 - ausência de processos democráticos;
 - desigualdade no acesso ao poder.
- Fatores econômicos:
 - distribuição excessivamente desigual de recursos;
 - acesso desigual a recursos;
 - controle dos recursos naturais mais importantes;
 - controle de produção ou tráfico de drogas.
- Fatores sociais e da comunidade:
 - desigualdade entre grupos;
 - o acirramento do fanatismo de grupo nos aspectos étnicos, nacionais ou religiosos;
 - a disponibilidade fácil de armas e outros armamentos de pequeno porte;
- Fatores demográficos:
 - rápida mudança demográfica.

Muito desses fatores de risco podem ser identificados antes da ocorrência de violência

TABELA 8.1

Indicadores de nações em risco de colapso e conflito interno	
Indicador	Sinais
Desigualdade	Aumento das desigualdades sociais e econômicas, especialmente entre diferentes grupos de população, mais do que dentro deles
Características demográficas em rápida mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Altos índices de mortalidade infantil. • Rápidas mudanças na estrutura da população, inclusive movimentos de refugiados em grande escala. • Densidades populacionais excessivamente altas. • Altos níveis de desemprego, especialmente entre grandes contingentes de jovens. • Abastecimento de comida ou acesso à água tratada insuficientes. • Disputas de território ou recursos ambientais reindicadas por diferentes grupos étnicos.
Falta de processos democráticos	<ul style="list-style-type: none"> • Violação de direitos humanos. • Comportamento criminoso por parte do Estado. • Governos corruptos.
Instabilidade política	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças de regime rápidas.
Composição étnica do grupo dominante muito diferente da maioria da população	<ul style="list-style-type: none"> • Poder político e econômico exercido e aplicado de maneira distinta de acordo com a identidade étnica ou religiosa. • Profanação de símbolos étnicos ou religiosos.
Deterioração de serviços públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Queda significativa das metas e da eficiência de redes de proteção social destinadas a assegurar padrões mínimos universais de serviços.
Grande enfraquecimento econômico	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento econômico irregular. • Ganhos ou perdas excessivamente desiguais entre diferentes grupos da população ou áreas geográficas, resultantes de grandes mudanças econômicas. • Transições ou perdas econômicas maciças em curto espaço de tempo.
Ciclos de vingança violenta	<ul style="list-style-type: none"> • Um ciclo contínuo de violência entre grupos rivais.

coletiva flagrante.

Fatores políticos e econômicos

A excessiva desigualdade de distribuição de recursos, particularmente serviços de saúde e educação, e do acesso a esses recursos e ao poder político - seja por área geográfica, classe social, religião, raça ou etnia - são fatores importantes que podem contribuir para conflitos entre grupos. A liderança não democrática, especialmente se for repressiva e se o poder advém da identidade étnica ou religiosa, é um elemento de forte contribuição para o conflito. Uma redução nos serviços públicos, geralmente afetando os setores mais pobres da sociedade com maior gravidade, pode ser um sinal de alerta de uma situação em fase de deterioração. O conflito é menos provável em situações de crescimento econômico do que em economias em retração, onde se intensifica a competição pelos recursos.

Globalização

As tendências na economia global aceleraram o ritmo da integração global e o crescimento econômico para alguns países e para alguns grupos dentro dos países, contribuindo ao mesmo tempo para a fragmentação e marginalização econômica de outros. Outros possíveis fatores de risco de conflito que

podem estar relacionados à globalização são financeiros (as freqüentes e rápidas movimentações de capital ao redor do mundo) e culturais (aspirações individuais e coletivas motivadas pelos meios de comunicação globais que não têm condições reais de ser atingidas). Ainda se desconhece se as tendências atuais da globalização podem levar a mais conflitos e maior violência dentro ou entre nações. A Figura 8.1 mostra ligações em potencial entre as tendências da globalização e a ocorrência de conflitos (27).

Recursos naturais

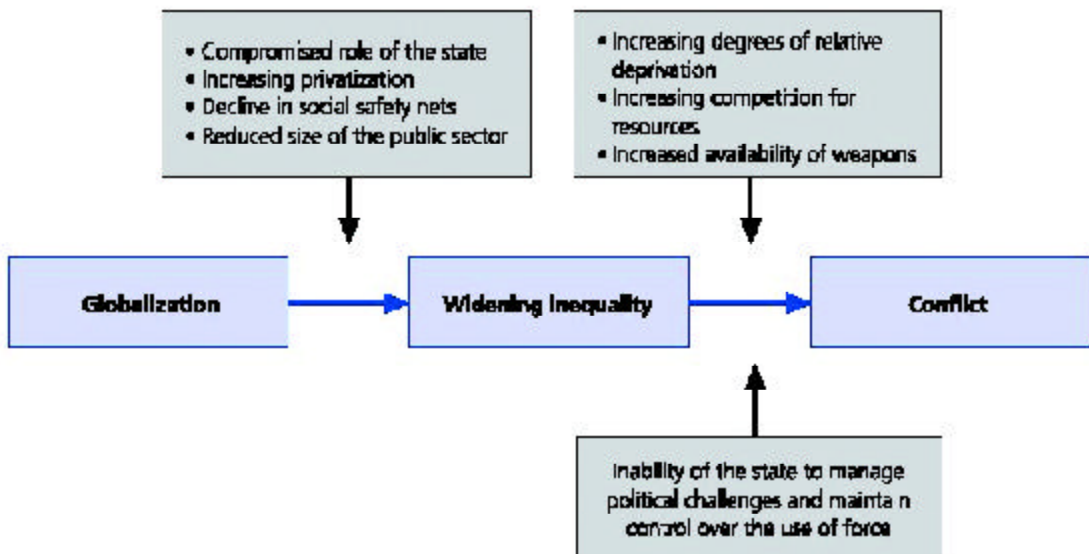
Com freqüência, as lutas pelo acesso aos recursos naturais mais importantes exercem influência no acirramento e prolongamento de conflitos. São exemplos de conflitos deste tipo ocorridos nas últimas duas décadas os relacionados a diamantes em Angola, na República Democrática do Congo e em Serra Leoa; petróleo em Angola e no sul do Sudão; e madeira e pedras preciosas no Camboja. Em outros lugares, incluindo-se o Afeganistão, Colômbia e Myanmar, o desejo de controlar a produção e distribuição de drogas contribuiu para conflitos violentos.

Fatores sociais e da comunidade

Um fator de risco particularmente importante associado à ocorrência de conflito é a existência de desigualdades dentro dos próprios grupos, especialmente se estiverem se expandindo (28) e

FIGURA 8.1

Possíveis ligações entre globalização, desigualdades e conflitos



forem sentidas como reflexo da desigualdade de alocação de recursos na sociedade. Tal fator é muitas vezes observado em países onde o governo está dominado por uma comunidade que exerce o poder político, militar e econômico sobre comunidades bastante diferentes.

A fácil disponibilidade de armas de pequeno porte ou outros armamentos na população em geral também pode aumentar o risco de conflito, o que é particularmente problemático em locais onde já houve conflitos e onde os programas de desmobilização, descomissionamento de armas e criação de empregos para ex-combatentes é inadequado ou onde não se estabeleceram tais medidas.

Fatores demográficos

Mudanças demográficas rápidas - incluindo aumento na densidade populacional e uma proporção maior de jovens, combinadas com a incapacidade de um país de acompanhar o crescimento populacional com um maior número de empregos e de escolas, podem contribuir para um conflito violento, particularmente onde houver ainda outros fatores de risco. Nessas condições, grandes movimentos populacionais podem ocorrer, na medida em que pessoas desesperadas procuram uma vida mais sustentável em outro lugar e isso, por sua vez, pode aumentar o risco de violência nas áreas para as quais as pessoas se mudam.

Fatores tecnológicos

O nível da tecnologia de armas não afeta necessariamente o risco de conflito, mas determina a escala de qualquer conflito e a quantidade de destruição que ocorrerá. Muitos séculos atrás, a evolução da flecha para a ballesta aumentou o alcance e a força de destruição de armas de projéteis. Muito depois, armas de fogo simples foram desenvolvidas, seguidas por rifles, metralhadoras e submetralhadoras. O poder de destruição potencial dessas armas aumentou muito com a capacidade de atirar um maior número de balas

mais rapidamente e com maior alcance e precisão.

No entanto, mesmo armas básicas, como o machete, podem contribuir para a ocorrência de destruição humana maciça, como se observou no genocídio em Ruanda em 1994 (29). Nos atos de terrorismo nos Estados Unidos, em 11 de setembro e 2001, quando aviões de passageiro sequestrados foram deliberadamente atirados contra as torres do World Trade Center e o Pentágono, matando vários milhares de pessoas, as armas convencionais não foram uma ferramenta importante nos incidentes.

As consequências da violência coletiva

Impacto na saúde

O impacto que os conflitos exercem sobre a saúde pode ser muito grande em termos de mortalidade, morbidade e deficiências físicas (ver Tabela 8.2).

Mortalidade infantil

Em épocas de conflito, a mortalidade infantil

TABELA 8.2

Exemplos do impacto direto de conflitos na saúde

Impacto na saúde	Causas
Aumento na mortalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Mortes devidas a causas externas, principalmente relacionadas a armas • Mortes devidas a doenças infecciosas (como sarampo, poliomielite, cólera e cólica) • Mortes devidas a doenças não contagiosas, bem como mortes que de outra modo poderiam ser evitadas através de cuidados médicos (incluindo asma, diabetes e cirurgias de emergência)
Aumento na morbidade	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões provocadas por causas externas, como armas, mutilações, queimaduras, queimaduras e envenenamento • Morbidade associada a outras causas externas, inclusive violência sexual • Doenças infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> • relacionadas à água (como cólera, tifo e disenteria devido a <i>Shigella spp</i>) • transmitidas por vetor (como malária e esquistossomose) • outras doenças contagiosas (como tuberculose, infecções respiratórias agudas, infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis) • Saúde reprodutiva: <ul style="list-style-type: none"> • maior quantidade de natimortos e partos prematuros, mais casos de nascimento com baixo peso e mais complicações no parto • impacto genético de prazo mais longo por exposição a produtos químicos e radiação • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> • subnutrição aguda e crônica e uma série de transtornos causados por deficiências • Saúde mental: <ul style="list-style-type: none"> • ansiedade • depressão • transtornos provocados por estresse pós-traumático • comportamento suicida
Aumento na incapacitação	<ul style="list-style-type: none"> • Física • Psicológica • Social

geralmente aumenta. Doenças evitáveis como o sarampo, o tétano e a difteria podem se tornar epidêmicas. Em meados dos anos 80, a mortalidade infantil em Uganda subiu para mais de 600 por mil em algumas áreas afetadas por conflitos (30). Segundo o Fundo das Nações Unidas para as Crianças foram registradas reduções de mortalidade infantil em todos os países do sul da África no período entre 1960 e 1986, com exceção de Angola e Moçambique, dois países que estiveram expostos a conflitos contínuos (31). Os esforços para a erradicação de doenças infecciosas, como a poliomielite, são negativamente afetados por resíduos da doença em áreas afetadas por conflitos. Em Zepa, na Bósnia-Herzegovina - uma "área segura" controlada pelas Nações Unidas e posteriormente invadida por forças sérvias da Bósnia - as taxas de mortalidade perinatal e infantil dobraram após apenas um ano de conflito. Em Sarajevo, partos de bebês prematuros haviam dobrado e o peso médio dos recém-nascidos havia caído em 20% em 1993.

Doenças contagiosas

O aumento no risco de ocorrência de doenças contagiosas durante conflitos em geral se deve a:

- redução da cobertura de imunização;
- êxodo da população e superlotação de campos de refugiados;
- maior exposição a vetores e riscos ambientais, como água poluída;
- redução de campanhas de saúde pública e de atividades de extensão de seu alcance;
- falta de acesso a serviços de cuidados com a saúde.

Durante a luta na Bósnia-Herzegovina em 1994, menos de 35% das crianças estavam imunizadas em comparação a 95% antes do início das hostilidades (32, 33). No Iraque, houve fortes quedas na cobertura de imunização depois da Guerra do Golfo em 1991 e da subsequente imposição de sanções econômicas e políticas. Entretanto, evidências recentes de El Salvador indicam que é possível, com intervenções seletivas de cuidados com a saúde e fornecimento de recursos adequados, melhorar certos problemas de saúde durante conflitos em andamento (34).

Na Nicarágua, entre 1985 e 1986, uma epidemia de sarampo foi atribuída em grande parte à redução na capacidade do serviço de saúde de imunizar as pessoas em risco nas áreas afetadas pelo conflito (35). Uma deterioração das atividades de controle da malária foi relacionada a epidemias de malária na

Etiópia (36) e em Moçambique (37), destacando-se a vulnerabilidade dos programas de controle de doenças durante os períodos de conflito. Acredita-se que o surto de febre hemorrágica causada pelo vírus Ebola em Gulu, Uganda, no ano 2000 estava relacionado ao retorno de tropas das lutas na República Democrática do Congo.

Na Etiópia, no final dos anos 80, acreditava-se que epidemias de febre tifóide e febre recorrente - doenças infecciosas transmitidas por carrapatos, piolhos ou pulgas infectados - eram originárias de campos de prisioneiros superlotados e campos de refugiados, bem como da venda de cobertores e roupas infectados feita por soldados em retirada às comunidades locais (36). No êxodo de Ruanda em 1994, epidemias de doenças relacionadas à água, como o cólera e a disenteria causada por *Shigella* spp, levaram à morte no prazo de um mês de 6 a 10% da população de refugiados que chegavam ao Zaire (atualmente, República Democrática do Congo) (38).

O índice bruto de mortes - de 20 a 35 por 10 mil habitantes, por dia - era 2 a 3 vezes mais alto do que o anteriormente registrado em populações refugiadas. No início de conflitos violentos e durante eles há, em geral, um aumento muito grande no risco de transmissão de infecção por HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis (39). Em muitas forças armadas a prevalência de infecção por HIV já atingiu altos índices (40). Em épocas de conflito, as forças militares (incluindo-se, às vezes, as forças de paz) assumem o poder de exigir serviços sexuais da população local, seja à força, ou mediante pagamento (41). A transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis incrementa-se ainda mais pelo fato de que as tropas têm um alto grau de mobilidade e, no final, retornam a diferentes regiões depois da desmobilização (36, 42, 43). No total, os refugiados de conflitos e populações internamente deslocadas sofrem um aumento no risco de infecção por HIV (44) porque:

- Em geral, estão mais vulneráveis a abusos sexuais e violência.
- Estão mais propensos a se entregar à prostituição - tendo sido privados de suas fontes de renda habituais para sobrevivência.
- Crianças desalojadas, com muito pouco para ocupá-las e possivelmente sem ninguém para cuidar delas, podem tornar-se sexualmente ativas mais cedo do que ocorreria em outras condições.
- O sangue usado em transfusões nas emergências pode não ter sido testado quanto à

presença de HIV.

Deficiências físicas

Os dados sobre incapacitações físicas relacionadas a conflito são escassos. No Zimbábue, uma pesquisa em nível nacional, realizada em 1982, determinou que 13% de todas as incapacitações físicas eram resultado direto do conflito armado anterior. Mais de 30 anos de conflito armado na Etiópia acarretaram cerca de 1 milhão de mortes, das quais cerca da metade foram de civis (36). Aproximadamente um terço dos 300 mil soldados voltando das linhas de frente depois do final do conflito haviam sofrido lesões ou tinham incapacitações físicas e, pelo menos 40 mil pessoas haviam perdido um ou mais membros no conflito.

As minas terrestres são uma das principais contribuições para as incapacitações físicas. No Camboja, 36 mil pessoas perderam pelo menos um membro depois de detonar uma mina terrestre acidentalmente - um em cada 236 membros da população (45). Um total de 6 mil pessoas ficou incapacitada desta forma, somente em 1990. Mais de 30 milhões de minas foram colocadas no Afeganistão na década de 1980.

Em alguns conflitos, a mutilação na forma de corte das orelhas ou lábios, como praticado em Moçambique durante a guerra civil (46), ou de membros, como ocorreu mais recentemente em Serra Leoa (47), tem sido sistematicamente praticada com o intuito de desmoralizar as forças inimigas.

Saúde mental

O impacto dos conflitos na saúde mental é influenciado por uma série de fatores. Dentre estes se incluem (48):

- a saúde psicológica dos afetados, antes do evento;
 - a natureza do conflito;
 - a forma de trauma (se é resultado de viver a experiência e assistir a atos de violência ou se é diretamente infligido, como no caso de tortura e de outros tipos de violência repressiva);
 - a resposta ao trauma por indivíduos e comunidades;
 - o contexto cultural em que ocorre a violência.
- Os estresses psicológicos relacionados a conflitos estão associados a, ou resultam de (49):
- desalojamento, seja forçado ou voluntário,
 - perda e desgosto,
 - isolamento social,

- perda de status,
- perda da comunidade e,
- em alguns cenários, aculturação a novos ambientes.

As manifestações desses estresses podem incluir:

- depressão e ansiedade,
- doenças psicossomáticas,
- comportamento suicida,
- conflitos intrafamiliares,
- abuso de álcool (alcoolismo) e
- comportamento anti-social.

Especialmente refugiados solteiros e isolados, bem como mulheres responsáveis pela família (*head of household*), podem correr riscos de sofrer estresse psicológico.

Alguns especialistas (48,50) alertaram quanto à suposição de que as pessoas não têm capacidade e resistência de reagir a condições adversas originárias de conflito violento. Outros advertiram quanto ao perigo (51) de que os programas de ajuda humanitária possam se transformar em substituto para o diálogo político com as partes envolvidas no conflito - possivelmente aquelas que são sua força propulsora principal. Estudos realizados na África do Sul (52) indicaram que nem todos os que estiveram sujeitos a trauma durante o *apartheid* se tornaram "vítimas". Ao invés disso, pelo menos em alguns casos, os indivíduos tiveram a capacidade de reagir com vigor, porque se viam lutando por causas legítimas que valiam a pena. O modelo médico que atribui a "síndrome pós-estresse" a indivíduos pode estar deixando de levar em conta a variedade e complexidade das reações humanas a eventos estressantes (48). Está ficando mais claro agora que a recuperação de trauma psicológico resultante de conflito violento está associada à reconstrução das redes sociais e econômicas e das instituições culturais (50).

Índices elevados de depressão, uso de drogas e suicídio, freqüentemente são o resultado de conflitos violentos. O Sri Lanka tinha um índice de suicídio total muito menor do que tem agora (53). Constatações semelhantes foram denunciadas em El Salvador (34). Em ambos esses casos, o forte aumento de suicídios foi, pelo menos em parte, consequência da violência política.

Do ponto de vista da saúde mental, as populações afetadas por conflitos violentos podem ser divididas em três grupos (54):

- os que apresentam doenças psiquiátricas incapacitantes;

— os que apresentam graves reações psicológicas a traumas;

— os que compõem a maioria e que, uma vez restabelecidas a paz e a ordem, são capazes de se adaptar.

Os dois primeiros grupos são passíveis de se beneficiar consideravelmente de cuidados de saúde mental que levem em consideração fatores culturais e socioeconômicos.

Impacto em populações específicas

O efeito direto dos conflitos na saúde das forças armadas normalmente é registrado com um certo grau de precisão; no entanto, em geral é difícil de se determinar o efeito dos conflitos em grupos específicos. O tamanho da população e a densidade podem variar muito em curtos períodos de tempo à medida que as pessoas se mudam para áreas seguras e para locais onde há mais recursos disponíveis. Este fato complica as medições do impacto do conflito na saúde.

Civis

Segundo a Convenção de Genebra de 1949, as forças armadas devem aplicar os princípios da proporcionalidade e da distinção em sua escolha de alvos. A *proporcionalidade* envolve a tentativa de minimizar as vítimas civis ao buscar alvos militares e relacionados. A *distinção* significa evitar alvos civis sempre que possível (52). Apesar dessas tentativas de regular seu impacto, os conflitos armados ocasionam muitas mortes entre os civis.

Enquanto as mortes de civis podem ser o resultado direto de operações militares, o aumento dos índices de mortalidade entre civis em tempos de conflito são em geral um reflexo dos efeitos combinados de:

- menor acesso a alimentos, ocasionando subnutrição;
- aumento do risco de doenças contagiosas;
- acesso reduzido a serviços de saúde;
- redução dos programas de saúde pública;
- condições ambientais inadequadas;
- angústia psicossocial.

Refugiados e população internamente deslocada

É característico que, especialmente no período imediatamente após sua migração, refugiados e pessoas internamente deslocadas apresentem altos

índices de mortalidade (55,56). Exames de saúde de refugiados e de populações deslocadas revelaram índices de mortalidade extremamente elevados - nos piores casos até 60 vezes acima dos índices esperados durante a fase aguda do deslocamento (55, 57, 58). Na Monróvia, capital da Libéria, o índice de mortalidade entre civis deslocados durante o conflito de 1990 foi sete vezes maior do que o índice anterior ao conflito (57).

As mortes decorrentes de subnutrição, diarreia e doenças infecciosas ocorrem principalmente entre as crianças, enquanto os adultos são afetados principalmente por outras doenças infecciosas, como malária, tuberculose e HIV, bem como uma série de doenças não contagiosas, lesões e violência. O estado de saúde anterior da população, seu acesso aos principais determinantes para a saúde (alimentos, abrigo, água, saneamento e serviços de saúde), a amplitude de sua exposição a novas doenças e a disponibilidade de recursos são fatores que exercem importante influência na saúde de refugiados, durante e após os conflitos.

Impacto demográfico

Uma consequência da mudança nos métodos modernos de guerra, onde comunidades inteiras são cada vez mais encaradas como alvo, tem sido o grande número de pessoas deslocadas. O número total de refugiados fugindo através de fronteiras nacionais cresceu de cerca de 2,5 milhões em 1979 e 11 milhões em 1983, para 23 milhões em 1997 (59, 60). No início dos anos 90, adicionalmente, um total estimado de 30 milhões de pessoas foram deslocadas internamente em um determinado momento (60), a maioria delas tendo fugido de zonas de conflito. Os deslocados dentro dos países, provavelmente têm menos acesso a recursos e ajuda internacional do que os refugiados que fogem através das fronteiras e também estão mais propensos a sofrer risco continuado de violência (61).

A Tabela 8.3 mostra os movimentos de refugiados e de populações internamente deslocadas durante os anos 90 (62). Na África, nas Américas e na Europa durante esse período havia muito mais pessoas deslocadas internamente do que refugiados, enquanto na Ásia e no Meio Oriente ocorria o contrário.

A redistribuição forçada de populações, praticada por vários governos, por razões alegadas de segurança, ideologia, ou desenvolvimento, também pode ter um forte impacto na saúde. Entre 1985 e 1988, cerca de 5,7 milhões de pessoas, 15% da

TABELA 8.3

Populações e refugiados internamente deslocados (em milhões), agrupados por continente e ano									
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Populações deslocadas internamente (IDP*)									
África	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Américas	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Leste da Ásia e Pacífico	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Sul da Ásia	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Europa	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Oriente Médio	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Refugiados									
África	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Américas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Leste da Ásia e Pacífico	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Sul da Ásia	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Europa	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Oriente Médio	3,5	2,8	2,8	3,0	3,3	4,0	4,4	4,3	4,4
Relação IDP/refugiados									
África	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Américas	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Leste da Ásia e Pacífico	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Sul da Ásia	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Europa		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Oriente Médio	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

[*] IDP = Internally displaced people (N. da T.).]

Fonte: referência 62.

população rural total, foram transferidos das províncias do norte e do leste para povoados no sudoeste em consequência de um programa obrigatório do governo na Etiópia (63). Durante o regime de Pol Pot no Camboja (1975-1979), centenas de milhares de habitantes da região urbana foram deslocados à força e transferidos para áreas rurais.

Impacto socioeconômico

O impacto econômico dos conflitos pode ser profundo (64, 65). Tendem a ser drasticamente reduzidos os gastos públicos em setores que incluem saúde e educação, na medida em que o Estado enfrenta dificuldades na coleta de impostos e na obtenção de outras fontes de receita - por exemplo, o turismo - ao mesmo tempo em que aumentam os gastos militares. Na Etiópia, os gastos militares aumentaram de 11,2% do orçamento do governo em 1973-1974 para 36,5% em 1990-1991, enquanto simultaneamente a fatia do orçamento destinada à saúde caiu de maneira drástica de 6,1% para 3,2% (36).

Os conflitos também afetam significativamente os recursos humanos e a produtividade. No nível

doméstico, as fontes de recursos disponíveis também são passíveis de ser fortemente reduzidas. Problemas adicionais para a subsistência das pessoas podem ser ocasionados pela manipulação de preços ou o fornecimento de artigos essenciais, e por outras formas de especulação.

Houve algumas tentativas de medir os custos de oportunidade de desenvolvimento que não ocorreria, como resultado de conflitos. Os países em conflito sistematicamente têm obtido menor progresso na ampliação da expectativa de vida e na redução de mortalidade infantil e nos índices brutos de mortalidade, quando comparados a outros países na mesma região e com situação sócio-econômica semelhante (66). Análises como essas podem ser confundidas pela influência simultânea da pandemia de AIDS, que por si só pode ser consideravelmente exacerbada por conflitos e instabilidade (42, 43).

Alimentos e agricultura

Em períodos de conflito, a produção e a distribuição de alimentos frequentemente são visadas de forma específica (67). No conflito ocorrido na Etiópia entre forças do governo e forças separatistas da Eritreia e da província de Tigre no período de 1974

a 1991, os agricultores foram impedidos à força de plantar e colher suas colheitas e soldados saquearam sementes e gado. Na província de Tigre e na Eritreia os combatentes recrutaram agricultores, minaram as terras, confiscaram alimentos e abateram o gado(36). A perda dos animais de criação priva os agricultores de um bem necessário para fazer a terra produzir, acarretando, portanto um efeito adverso imediato e a longo prazo.

Infra-estrutura

Importantes infra-estruturas podem ser danificadas durante períodos de conflito. No caso da infra-estrutura de água e saneamento, os danos causados podem ter efeito direto e grave na saúde. No início e em meados da década de 1980, nos conflitos ocorridos no sul do Sudão e em Uganda, as bombas manuais dos vilarejos foram deliberadamente destruídas por tropas do governo que operavam em áreas controladas por forças rebeldes, e por guerrilhas nas áreas sob controle do governo (30). Durante as operações militares contra o Iraque em 1991, os suprimentos de água, estações de esgoto e outros serviços de saneamento foram afetados drasticamente pelo intenso bombardeio (68).

Serviços de assistência à saúde

O impacto de conflitos nos serviços de assistência à saúde é de efeito extremamente abrangente (ver Tabela 8.4). Antes da Guerra do Golfo, em 1991, os serviços de saúde no Iraque atendiam 90% da população e as crianças com menos de cinco anos eram rotineiramente vacinadas em sua grande maioria. Durante o conflito, muitos hospitais e clínicas foram seriamente danificados e tiveram de ser fechados, enquanto os que ainda estavam em operação tiveram de atender áreas de abrangência muito maior. Extensos danos às estações de

abastecimento de água, eletricidade e esgotos reduziram ainda mais a capacidade de operação dos serviços de saúde remanescentes (68). No violento conflito ocorrido no Timor Leste em 1999, após o plebiscito pela independência, as forças milicianas destruíram virtualmente todos os serviços de assistência à saúde. Somente o hospital principal da cidade mais importante, Dili, foi deixado em pé, muito maior.

Geralmente no início e ao longo dos conflitos, o fornecimento de medicamentos fica prejudicado, causando aumento de condições que poderiam ter sido evitadas por medicação, incluindo males

TABELA 8.4

Impacto dos conflitos nos serviços de assistência à saúde	
Objeto do impacto	Manifestação do impacto
Acesso a serviços	<ul style="list-style-type: none"> Redução da segurança (através de minas terrestres e ataques de rapto) Acesso geográfico reduzido (por exemplo, por meio de transporte deficiente) Acesso econômico reduzido (por exemplo, devido a preços mais altos dos serviços de saúde) Acesso social reduzido (por exemplo, porque os fornecedores de serviços temem ser identificados como participantes do conflito)
Infra-estrutura de serviços	<ul style="list-style-type: none"> Destruição de clínicas Sistemas de referência rompidos Danos a veículos e equipamentos Logística e comunicações deficientes
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Lesões, desaparecimento e morte de profissionais da área de saúde Desemprego e exílio da população Baixo moral Dificuldade em manter profissionais da área de saúde no setor público, particularmente em áreas inseguras Treinamento e vigilância prejudicados
Equipamentos e suprimentos	<ul style="list-style-type: none"> Falta de medicamentos Falta de manutenção Acesso precário a novas tecnologias Impossibilidade de manter uma "cadeia de suprimento" para a conservação de vacinas
Atividades de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Paragem de cuidados primários para terciários Menor urbanização da prestação de assistência à saúde Redução nas atividades preventivas e comunitárias Redução da cobertura, atividades de prevenção e de promoção da saúde Sistemas de vigilância e de informação de saúde prejudicados Programas de controle de doenças e saúde pública comprometidos (inclusive notificação a parceiros e localização da área) Programas mais dirigidos a uma única doença (como a malária) ou uma única intervenção (como a imunização) Dependência de um número muito maior de organizações para oferecer serviços baseados em projetos
Formulação da política de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Capacidade nacional enfraquecida Incapacidade de controlar e coordenar atividades de organizações e donadores não-governamentais Menos informações para basear as decisões Menor argumentação em debates políticos em âmbito local e internacional Territoriais comunitárias enfraquecidas e participação reduzida
Atividades de substituição de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> Acesso limitado a determinadas áreas Aumento do custo de prestação de serviços Aumento da pressão sobre comunidades, sistemas e serviços hospedeiros Maior foco em problemas individuais e programas com menor integração através dos serviços Menor insegurança para o pessoal de refúgio Enfraquecimento da coordenação e comunicação entre os órgãos

potencialmente fatais, como asma, diabetes e uma série de doenças infecciosas. Além dos medicamentos, também podem faltar pessoal da área médica, equipamentos para diagnóstico, eletricidade e água, afetando a qualidade dos serviços de saúde disponíveis. Em geral, os recursos humanos nos serviços de assistência à saúde também são gravemente afetados por conflitos violentos. Em alguns casos, como em Moçambique e Nicarágua, o pessoal médico transformou-se em alvo específico. O pessoal qualificado frequentemente se retira para áreas urbanas mais seguras, podendo também abandonar definitivamente a profissão. Em Uganda, entre 1972 e 1985, a metade dos médicos e 80% dos farmacêuticos deixaram o país para preservar sua segurança. Em Moçambique, apenas 15% dos 550 médicos existentes durante os últimos anos do domínio português ainda permaneciam lá no final da guerra da independência em 1975 (69).

O que pode ser feito para evitar a violência coletiva?

Reduzir o potencial de conflitos violentos

No mundo, estão entre as políticas necessárias para reduzir o potencial de conflitos violentos de qualquer tipo (70):

- Reduzir a pobreza, tanto em termos absolutos como relativos, e garantir que o auxílio ao desenvolvimento seja objetivado de forma a exercer o maior impacto possível contra a pobreza.
- Tornar mais confiável a tomada de decisões.
- Reduzir a desigualdade entre grupos da sociedade.
- Reduzir o acesso a armas biológicas, químicas, nucleares e de outros tipos.

Promover o cumprimento de acordos internacionais

Um elemento importante na prevenção de conflitos violentos e outras formas de violência coletiva é assegurar a promoção e aplicação de tratados firmados internacionalmente inclusive os relativos a direitos humanos.

Os governos nacionais podem ajudar a evitar conflitos defendendo o espírito da Carta das Nações Unidas, que solicita a prevenção de agressões e a promoção da paz e segurança internacional. Em um

nível mais detalhado, isso engloba a adesão a instrumentos legais internacionais, inclusive a convenção de Genebra de 1949 e seus Protocolos de 1977.

Leis relativas a direitos humanos, especialmente as que resultam da Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, estabelecem limites à forma como os governos exercem sua autoridade sobre pessoas sob sua jurisdição e incondicionalmente proíbe, entre outros atos, a tortura e o genocídio. O estabelecimento da Corte Criminal Internacional assegurará um mecanismo permanente para tratar de crimes de guerra e crimes contra a humanidade. Também poderá proporcionar desestímulo contra violência dirigida a populações civis.

Os esforços para criar tratados e acordos que contemplem a violência coletiva, com desestímulos e sanções por abusos, tendem a ser mais eficazes no que tange à violência entre Estados, tendo geralmente muito menos poder dentro de fronteiras nacionais, que é a área onde vem ocorrendo cada vez mais conflitos.

Os benefícios potenciais da globalização

A globalização está produzindo novas formas para aumentar a consciência pública e os conhecimentos sobre conflitos violentos, suas causas e consequências. As novas tecnologias que têm surgido proporcionam novos meios, não apenas para o intercâmbio de idéias, mas também para pressionar os responsáveis pela tomada de decisões a aumentarem a responsabilidade e a transparência da direção dos governos e para reduzir desigualdades sociais e injustiças.

Um número crescente de organizações internacionais - incluindo-se *Amnesty International* [Anistia Internacional], *Human Rights Watch* (Vigilância de Direitos Humanos), *International Campaign to Ban Landmines* [Campanha Internacional para o Banimento de Minas Terrestres] e *Physicians for Human Rights* [Médicos para Direitos Humanos] - estão monitorando conflitos e pressionando por ações corretivas ou preventivas. Indivíduos e grupos afetados por conflitos podem agora, por meio dessas organizações e de outras formas, fazer uso das novas tecnologias para relatar suas experiências e preocupações a grandes públicos.

O papel do setor da saúde

Investir no desenvolvimento da saúde também contribui para a prevenção de conflitos violentos. Uma grande ênfase em serviços sociais pode ajudar a manter a coesão social e a estabilidade.

Manifestações precoces de situações que podem levar a conflitos podem ser detectadas com frequência no setor da saúde. Os profissionais da área de saúde têm um importante papel a desempenhar, chamando a atenção para esses sinais e solicitando intervenções sociais e de saúde apropriadas para reduzir os riscos de conflito (ver Quadro 8.2).

Em termos da redução de desigualdades entre grupos sociais e acesso desigual a recursos - ambos importantes fatores de risco para violência - o setor da saúde está bem posicionado para detectar desigualdades no estado de saúde e no acesso à assistência médica. São importantes ações preventivas contra conflitos potenciais a identificação precoce dessas desigualdades e a promoção de medidas corretivas, especialmente quando o distanciamento entre os grupos sociais está crescendo. Monitorar a distribuição e as tendências não só das doenças associadas à pobreza, que estejam em condições passíveis de prevenção ou tratamento por parte dos serviços médicos, mas também das desigualdades em possibilidades de sobrevivência, são essenciais para detectar disparidades na sociedade, em grande parte não reconhecidas, porém importantes.

O setor da saúde também pode prestar um importante serviço ao publicar os impactos socioeconômicos dos conflitos violentos e seus efeitos sobre a saúde.

Reações a conflitos violentos

Prestação de serviços durante os conflitos

Os problemas comuns enfrentados pelas operações humanitárias durante períodos de conflito incluem (71):

- a melhor maneira de aperfeiçoar os serviços de assistência médica para a população hospedeira paralelamente à prestação de serviços para refugiados;
- uma maneira de proporcionar serviços de boa qualidade, de maneira humana e eficiente;
- uma maneira de envolver as comunidades na determinação de prioridades e a forma pela qual

os serviços são prestados;

— uma maneira de criar mecanismos sustentáveis a través dos quais a experiência obtida em campo é utilizada na formulação de políticas.

Os refugiados que fogem de seu país atravessando fronteiras perdem suas fontes habituais de assistência médica, passando a depender do que estiver disponível no país hospedeiro, ou do que puder ser proporcionado em serviços adicionais por órgãos internacionais e organizações não governamentais. Os serviços do governo hospedeiro podem ficar sobrecarregados se grandes contingentes de refugiados repentinamente se mudarem para uma área e tentarem usar os serviços de saúde locais. Isto pode ser uma fonte de antagonismo entre os refugiados e a população do país hospedeiro, que pode resultar em nova violência. Tal antagonismo pode ser agravado se os refugiados receberem serviços, incluindo os serviços de saúde, mais facilmente ou mais baratos do que os disponíveis para a população local, ou se o país hospedeiro não receber recursos externos para fazer frente a esse encargo muito aumentado. Durante o conflito ocorrido em 1999, quando etnias albanesas de Kosovo fugiram para a Albânia e para a República da Macedônia da antiga Iugoslávia, a Organização Mundial da Saúde e outras agências tentaram ajudar os sistemas de saúde e previdência existentes desses países hospedeiros a enfrentarem a carga adicional, ao invés de simplesmente permitir que um sistema paralelo fosse importado através dos organismos de ajuda.

Ao planejar reações durante crises, os governos e agências precisam:

efetivamente sendo implementados.

— avaliar, em um estágio muito inicial, quem está particularmente vulnerável e quais são suas necessidades;

— coordenar estritamente as atividades entre os vários envolvidos;

— trabalhar no sentido de aumentar as capacidades globais, nacionais e locais para poder fornecer serviços de saúde eficientes durante os vários estágios da emergência.

A Organização Mundial da Saúde tem desenvolvido mecanismos de observação para ajudar a identificar e reagir o mais prontamente possível a conflitos. Sua *Health Intelligence Network for Advanced Contingency Planning* [Rede de Inteligência de Saúde para Planejamento Avançado de Contingências] proporciona rápido acesso a Infor-

QUADRO 8.2

A saúde como uma ponte para a paz

O conceito - que a saúde pode contribuir para a conciliação e colaboração regionais - foi consagrado em 1902 nos princípios da fundação da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (Pan American Health Organization - PAHO), a mais antiga organização internacional de saúde do mundo. Nas últimas duas décadas a Organização Pan-Americana de Saúde/Escritório Regional da OMS para as Américas tem atuado como um instrumento útil para a aplicação deste conceito.

Em 1984, a OPAS/OMS, em cooperação com ministros nacionais de saúde e outras instituições, lançou uma iniciativa estratégica em áreas destruídas pela guerra na América Central. O objetivo era melhorar a saúde dos povos da América Central, ao mesmo tempo em que se desenvolvia a cooperação entre e dentro de países da região. Sob o tema geral de "Saúde como uma ponte para paz, solidariedade e entendimento", o plano consistia de uma série de programas. Na primeira fase, até 1990, havia sete prioridades para colaboração:

- fortalecer os serviços de saúde,
- desenvolver recursos humanos,
- medicamentos essenciais,
- alimentos e nutrição,
- principais doenças tropicais,
- sobrevivência infantil, e
- abastecimento de água e saneamento.

Em alguns anos, mais de 250 projetos nessas áreas de prioridade haviam sido desenvolvidos, estimulando a colaboração entre nações e grupos na América Central até então envolvidos em disputas entre si. Em El Salvador, por exemplo, apesar da dificuldade de se trabalhar em meio à violência política, negociaram-se "dias de tranquilidade" e suspenderam-se as lutas para permitir a imunização das crianças. Esse acordo durou de 1985 até o final do conflito em 1992, permitindo que cerca de 300 mil crianças fossem vacinadas anualmente. A incidência de sarampo, tétano e poliomielite caiu drasticamente, com a poliomielite chegando a zero.

A colaboração também ocorreu no controle da malária, distribuição de medicamentos e vacinas através de fronteiras, e treinamentos. Estabeleceram-se redes de informação de saúde regionais e sub-regionais e organizou-se um sistema de resposta rápida a desastres naturais. Esses esforços criaram um precedente para um diálogo mais amplo dentro da região, até os eventuais pactos de paz. Durante a segunda fase da iniciativa, de 1990 a 1995, os setores de saúde da América Central apoiaram os esforços para o desenvolvimento e a democracia. Após os acordos de paz, a OPAS/OMS ajudou na desmobilização, reabilitação e reintegração social daqueles mais afetados pelo conflito, inclusive as populações indígenas e fronteiriças. A saúde continuou a ser um fator de avanço para a consolidação democrática na terceira fase, entre 1995 e 2000.

Entre 1991 e 1997, programas semelhantes foram organizados em Angola, Bósnia-Herzegovina, Croácia e Moçambique. Em cada programa, representantes dos escritórios regionais da OMS trabalharam em cooperação com o governo, organizações não governamentais locais e outras agências das Nações Unidas. Todos esses programas foram úteis para a reconstrução do setor de saúde após o final dos conflitos. Em Angola e Moçambique, a Organização Mundial da Saúde participou do processo de desmobilização, promoveu a reintegração ao sistema nacional de serviços de saúde, anteriormente fora do controle do governo central e treinou novamente os profissionais da saúde dessas regiões. Na Bósnia-Herzegovina e Croácia, a Organização Mundial da Saúde possibilitou intercâmbios entre grupos étnicos e propiciou contatos regulares e colaboração entre profissionais da saúde de todas as comunidades.

Todas as experiências desse período foram consolidadas pela Organização Mundial da Saúde em 1997, em um programa global, "Saúde como uma Ponte para a Paz". Desde então, novos programas foram estabelecidos na Região do Cáucaso, Bósnia-Herzegovina, Indonésia, Sri Lanka e República da Macedônia da antiga Iugoslávia. Na Indonésia, por exemplo, a Organização Mundial

continuação

da Saúde organizou equipes de profissionais de saúde para operar em áreas de conflito real ou potencial. Um desses grupos, formado por profissionais muçulmanos e cristãos, está trabalhando nas ilhas Molucas, uma área de fortes conflitos religiosos em anos recentes.

Através do programa "Saúde Como Uma Ponte Para a Paz", os profissionais da saúde ao redor do mundo estão sendo organizados para contribuir para a paz, trazer estabilidade e reconstrução à medida que os conflitos terminam e ajudar na conciliação de comunidades divididas e destruídas pelas lutas.

mações atualizadas sobre países específicos e seus índices de saúde, bem como orientação sobre as melhores práticas e dados sobre vigilância sanitária.

Nas emergências, as organizações humanitárias tentam em um primeiro momento evitar a perda de vidas e, em seguida, restabelecer um ambiente onde seja possível a promoção da saúde. Muitas organizações de ajuda vêem como sua função primeira a de salvar vidas que foram colocadas em risco como resultado de acontecimentos atípicos, sem necessariamente estarem preocupadas se suas atividades podem ser repetidas ou sustentadas a longo prazo. As agências que adotam uma perspectiva especificamente relacionada ao desenvolvimento, por outro lado, tentam desde o início levar em consideração questões como eficiência, sustentabilidade, igualdade e envolvimento local - todos eles fatores que produzirão maiores benefícios em longo prazo. Essa abordagem enfatiza a criação de capacidade local e manutenção de custos baixos. No entanto, é difícil estender as respostas de curto prazo para tentar estabelecer sistemas de prazo mais longo.

Se pretendem maximizar o uso de seus recursos, manter o mínimo de duplicação de atividades e melhorar a eficiência das operações, as organizações precisam trabalhar em colaboração muito estreita. O Código de Conduta para Organizações Humanitárias, da forma como foi criado pela Federação Internacional das Sociedades Cruz Vermelha e Crescente Vermelho (*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*) (62), estabelece uma série de princípios básicos que muitas organizações humanitárias encaram como a formação de uma base para seu trabalho. Esse código é, no entanto, voluntário e não há medidas efetivas para a imposição de seus princípios ou para avaliar se esses estão efetivamente sendo implementados.

Considerações éticas da prestação de ajuda

Há problemas éticos referentes a intervenções em situações de emergência e especialmente na forma de distribuir a ajuda. Em alguns casos, como na crise da Somália, no início dos anos 90, agências de assistência contrataram guardas armados para conseguir levar adiante suas operações, uma atitude que é vista como eticamente questionável. No que tange à distribuição de ajuda, muitas vezes há a expectativa de que uma parte será desviada para as regiões em guerra. Em geral, as agências de ajuda adotam o ponto de vista de que é aceitável algum grau de "fuga" de recursos, desde que a maior parte ainda chegue ao destino pretendido. Em alguns lugares, entretanto, a proporção de alimentos e de outras ajudas desviadas tem sido tão alta que as agências decidiram retirar seus serviços.

Outras preocupações éticas se concentram no fato de que trabalhar com facções em guerra confere indiretamente certo grau de legitimidade a elas e a suas atividades. Surgem indagações quanto à conveniência das agências se calarem sobre os abusos observados ou falar deles, e se elas deveriam continuar a prestar serviços à luz de abusos continuados. Anderson (72), entre outros, discute as questões mais amplas de como a ajuda emergencial pode auxiliar a promover a paz ou, por outro lado, prolongar os conflitos.

Envolvimento da comunidade

Durante períodos de conflito, as estruturas e atividades da comunidade local podem ficar seriamente prejudicadas. As pessoas podem ter medo de debater ativamente questões como política social ou a luta a favor de grupos marginalizados ou vulneráveis. Isto pode ser ainda mais evidente sob regimes políticos antidemocráticos e em lugares onde a violência do Estado é uma ameaça contra os

opponentes identificados do regime.

Em alguns casos, no entanto, pode haver um resultado positivo em termos de resposta da comunidade, quando o desenvolvimento de estruturas sociais, inclusive serviços de saúde, é na verdade facilitado. Esse tipo de resposta parece ser mais comum em conflitos causados por ideologias, como os que ocorreram na última parte do século XX em Moçambique, Nicarágua e Vietnã. No conflito ocorrido na Etiópia entre 1974 e 1991, movimentos políticos baseados em comunidades, na Eritreia e na província de Tigre, envolveram-se fortemente na criação de estruturas participativas locais para tomada de decisões e no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde (73).

Restabelecimento de serviços após os conflitos

Quando os países saem de períodos de conflitos sérios, tem havido consideráveis discussões sobre como melhor restabelecer os serviços (74 -76). Quando áreas inacessíveis se abrem depois de emergências complexas, liberam uma enxurrada de necessidades de saúde pública que antes já não eram atendidas, tipicamente sinalizadas por epidemias de sarampo. Além disso, os acordos de cessar-fogo, mesmo quando precários, precisam incluir apoio especial à saúde para soldados em desmobilização, planos para retirada de minas e acertos para o retorno de refugiados e de pessoas internamente deslocadas. Todas essas demandas provavelmente ocorrem num momento em que a infra-estrutura do sistema de saúde local está gravemente debilitada e outros recursos econômicos estão esgotados.

Necessita-se de informações mais precisas sobre intervenções em vários locais, as condições em que ocorrem e seus efeitos e limitações. Um problema na coleta de dados referentes aos conflitos é a definição de um ponto final das noções. Em geral, a fronteira entre o final de um conflito e o início de um período pós-conflito está longe de ser nítida, já que elevados níveis de insegurança e instabilidade geralmente persistem por um tempo considerável.

A Tabela 8.5 descreve algumas das abordagens típicas para a reconstrução dos sistemas de assistência à saúde no período posterior aos conflitos. No passado, dava-se considerável atenção à reconstrução física e a programas de controle de doenças, mas relativamente pouca consideração à coordenação de reações de doadores ou ao

estabelecimento de estruturas políticas efetivas.

Documentação, pesquisa e disseminação de informações

A vigilância e a documentação são áreas centrais para as atividades de saúde pública referentes a conflitos. Embora seja verdade, como mencionado acima, que os dados sobre violência coletiva muitas vezes são insatisfatórios e imprecisos, geralmente nesse campo não se justifica uma preocupação demasiado rígida quanto à precisão dos dados. É essencial, no entanto, que os dados sejam válidos.

Fornecer dados válidos aos responsáveis pela elaboração de políticas é um componente igualmente importante da ação de saúde pública. As Nações Unidas, os organismos internacionais, organizações não governamentais e os profissionais da saúde, todos desempenham papéis importantes nessa área. O Comitê Internacional da Cruz Vermelha - CICV (*International Committee of the Red Cross - ICRC*), por exemplo, através de pesquisa extensiva e trabalho de promoção, teve um papel importante na promoção do processo de Ottawa, que levou à adoção do Tratado para o Banimento de Minas contra pessoas, que entrou em vigor em 1º de março de 1999. Um membro da diretoria do Comitê Internacional da Cruz Vermelha envolvido nesse esforço fez a seguinte declaração: "A observação e documentação dos efeitos das armas não produz mudanças nas crenças, no comportamento ou na lei, a não ser que sejam comunicados forçosamente aos responsáveis pela elaboração de políticas e ao público" (77).

Algumas organizações não governamentais como a Anistia Internacional (*Amnesty International*) têm mandatos explícitos para denunciar abusos aos direitos humanos. Assim também alguns organismos das Nações Unidas como o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (*Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*). Alguns órgãos, no entanto, relutam em se pronunciar contra os envolvidos em conflitos por recear que sua capacidade de prestar serviços essenciais possa ficar comprometida. Nesses casos, os órgãos podem optar por transmitir informações de maneira indireta, através de terceiros ou dos meios de comunicação.

Para que a disseminação de informações seja eficaz, é necessário contar com dados de qualidade e que a experiência obtida a partir das intervenções seja analisada adequadamente. A pesquisa é

TABELA 8.5

Desafios da saúde pós-conflito		
Componente de atividade pós conflito do setor de saúde	Situação típica atual	Ações para uma reação mais adequada
Estabelecimento de políticas	<ul style="list-style-type: none"> As atividades são vistas como projetos independentes Dá-se atenção limitada ao estabelecimento de estruturas de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> Em um estágio inicial, desenvolver estruturas de políticas dentro das quais os projetos possam se basear Incentivar o apoio dos doadores ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de políticas e a coleta e disseminação de informações Facilitar as comunicações entre os principais participantes
Coordenação dos doadores	<ul style="list-style-type: none"> Os doadores concordam, em princípio, que a coordenação é desejável, mas nenhuma deseja ser coordenada 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar áreas de interesse comum e construir a partir delas Fortalecer a capacidade do Ministério da Saúde para assumir o papel principal e para coordenar os doadores e as organizações não governamentais
Trabalhando com o governo	<ul style="list-style-type: none"> Freqüentemente, o governo é deixado de lado, sendo o apoio canalizado por meio de organizações não governamentais e agências das Nações Unidas 	<ul style="list-style-type: none"> Reformar o sistema internacional de ajuda de maneira a permitir que o desenvolvimento de atividades ocorra logo no início do período de recuperação pós-conflito Considerar abordagens que abranjam todo o setor, nas quais os doadores concordem em trabalhar dentro de uma estrutura política aceita
Desenvolvendo a infra-estrutura	<ul style="list-style-type: none"> O objetivo é reconstruir exatamente o que existia anteriormente 	<ul style="list-style-type: none"> Rever a necessidades de serviços e sua distribuição Racionalizar e tornar mais equitativa a distribuição dos serviços disponíveis Adaptar novos serviços, levar em conta os padrões da população que foram afetados
Problemas específicos de doenças	<ul style="list-style-type: none"> O controle de doenças e a prestação de serviços têm um enfoque restrito Os doadores têm considerável controle sobre os programas e fornecem a maior parte dos fundos 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar as ligações entre os diferentes programas Assegurar que os programas operem por meio das principais estruturas do sistema de saúde Assegurar que as intervenções voltadas para as doenças e as que estão orientadas para o sistema de saúde se complementem entre si Envolver completamente todos os participantes relevantes, incluindo o setor público nacional e local, as organizações não governamentais e o setor privado
Trabalho de reconciliação	<ul style="list-style-type: none"> As atividades estão voltadas para a cessação temporária de hostilidades a fim de se poder levar adiante o controle de doenças 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer o valor simbólico dos cuidados com a saúde na recuperação das relações entre comunidades Reconhecer a promoção da justiça e reconciliação como objetivos a longo prazo envolvendo a recuperação gradual e leste da confiança entre as comunidades Promover todas as oportunidades razoáveis de colaboração entre as comunidades Considerar enfoques inovadores, como comissões de verdade e reconciliação
Papel do setor privado	<ul style="list-style-type: none"> Estão sendo enviados esforços para diversificar o universo de prestadores de serviços e para desregularizar o setor privado 	<ul style="list-style-type: none"> Promover o papel do Estado na estruturação de políticas, estabelecendo padrões e monitorando a qualidade dos serviços Reconhecer ao mesmo tempo o importante papel do setor privado para a disponibilização de assistência médica Desenvolver incentivos para promover o acesso equitativo e a prestação de importantes serviços públicos de saúde
Promovendo uma sociedade justa	<ul style="list-style-type: none"> Em geral, considerado importante, mas freqüentemente adiado para mais tarde 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer que o objetivo mais importante é a obtenção de estruturas sociais justas, mas que, a curto prazo, para o bem da estabilidade, algumas reformas precisarão ser adiadas Estabelecer ligações entre grupos rivais da população e diferentes localidades como principais elementos da reforma pós-conflito
Treinamento	<ul style="list-style-type: none"> O treinamento é muitas vezes descuidado, fragmentado e não coordenado 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a importância do desenvolvimento de recursos humanos Criar formas de integração de pessoas treinadas sob sistemas diferentes Investir em treinamento para planejadores e gerentes
Sistemas de informação	<ul style="list-style-type: none"> A informação não é considerada uma prioridade Mesmo quando a informação existe, não é compartilhada 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer da documentação uma prioridade Estabelecer uma base centralizada de informações Utilizar novas tecnologias para disseminar as informações Condiicionar a concessão de fundos ao compartilhamento de informações

fundamental para avaliar o impacto de conflitos na saúde e nos sistemas de assistência médica, bem

como para estabelecer quais intervenções são eficazes.

Recomendações

Várias medidas devem ser tomadas para evitar a ocorrência de conflitos e, quando ocorrerem, para reduzir seu impacto. Essas medidas se encaixam nas seguintes categorias amplas:

- obter informações mais completas e uma melhor compreensão dos conflitos;
- empreender ações políticas para prever e evitar conflitos e reagir a eles;
- atividades de manutenção da paz;
- reações do setor de saúde aos conflitos;
- respostas humanitárias.

Informações e compreensão

Dados e observações

Algumas importantes medidas que devem ser tomadas com o intuito de gerar informações mais válidas e precisas sobre os conflitos e sobre como reagir a eles incluem:

- Identificação de indicadores relativos à saúde pública e ao desempenho dos serviços de saúde em conjunto com formas eficazes de medir esses indicadores, de forma a poder detectar desvios das normas de saúde em grupos específicos, que podem ser sinais precoces de tensões entre grupos.
- Aprimoramento de técnicas recentes de coleta e observação de dados que tratam das condições de saúde em populações afetadas por conflitos a fim de melhorar a compreensão do impacto de conflitos em outras populações - inclusive pessoas desalojadas internamente, refugiados que se integraram às comunidades onde se abrigaram e grupos especificamente vulneráveis como as crianças-soldados (ver Quadro 8.3).
- Aperfeiçoamento dos métodos de análise do impacto de conflitos sobre os sistemas de saúde e o modo como esses sistemas respondem.

Pesquisas adicionais

Está claro que há uma grande necessidade de mais pesquisa, documentação e análise para evitar futuros conflitos, reduzir a vulnerabilidade de grupos específicos e prestar os serviços mais adequados da maneira mais eficaz possível durante e após as crises

de violência. Dois aspectos em particular da documentação e análise que necessitam receber atenção são:

- O desenvolvimento de maneiras eficazes de registrar as experiências das populações afetadas por conflitos.
- A realização de análises objetivas pós-conflito, descrevendo o crescimento da violência, seu impacto e suas reações a ela. Realizaram-se algumas análises dentro desses parâmetros, especialmente após o genocídio em Ruanda em 1994 (74).

Uma pergunta específica, e que requer atenção, é o motivo pelo qual alguns países que apresentam uma série de sinais de risco de conflito violento são capazes de evitá-lo, enquanto outros evoluem para conflitos ou, até mesmo, para o colapso virtual do Estado. Angola, Libéria, Serra Leoa, Somália e a antiga Iugoslávia são alguns exemplos desta última categoria. Um caminho de pesquisa útil seria determinar um conjunto de indicadores pré-emergenciais que poderiam ajudar a prever se uma crise pode degenerar em emergência complexa e de grande porte.

Evitando conflitos violentos

A prevenção total de conflitos deve ser uma prioridade do ponto de vista da saúde pública.

As principais medidas para os governos neste terreno incluem:

- O respeito aos direitos humanos, com adesão total ao espírito da Carta das Nações Unidas e a promoção da adoção total das leis que protegem os direitos humanos e leis humanitárias internacionais.
- Promoção da adoção de tratados e outras medidas que restringem a produção, a distribuição e o uso de minas terrestres contra pessoas.
- Promoção de esforços para reduzir a produção e disponibilidade de armas biológicas, químicas, nucleares e outros tipos de armamento. Especificamente, novas iniciativas relativas a armamento leve, incluindo o código europeu de conduta sobre a transferência de armas leves, devem ser bastante estimuladas.
- Ampliação das medidas recentes para integrar a monitoração do movimento de pequenas armas com outros sistemas de

QUADRO 8.3

Crianças-soldados: problemas para os profissionais da saúde

O número de crianças-soldados em atividade no mundo todo, em qualquer tempo, foi considerado como próximo de 300 mil, embora esse número esteja sendo certamente subestimado. A menos que as crianças sejam recrutadas rotineiramente para as forças armadas, elas normalmente se envolvem apenas depois que o conflito já está se desenvolvendo há algum tempo. Entretanto, uma vez que as crianças comecem a ser recrutadas, o número de crianças envolvidas nesta situação, em geral, cresce rapidamente e a idade média das crianças diminui.

Consequências para a saúde

Evidentemente, o envolvimento de crianças como combatentes em conflitos armados as expõe a riscos de morte e lesões causadas pelo combate. Outros sérios efeitos na saúde são menos divulgados, como os aspectos de saúde mental e saúde pública.

Pesquisas (78) demonstram que as lesões relacionadas ao combate encontradas com mais frequência crianças-soldados são:

- perda de audição,
- perda da visão e
- perda de membros.

Essas lesões refletem em parte a maior vulnerabilidade dos corpos infantis e as formas pelas quais elas provavelmente são envolvidas nos conflitos, como na colocação e detecção de minas terrestres. Os recrutas infantis também estão sujeitos a riscos de saúde não diretamente relacionados ao combate, inclusive lesões causadas pelo porte de armas e outras cargas pesadas, subnutrição, infecções dermatológicas e respiratórias, bem como doenças infecciosas como a malária.

Meninas-recrutas e, em menor escala, jovens do sexo masculino, frequentemente são obrigados, além de lutar, a prestar serviços sexuais. Tal situação os coloca em risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, bem como ficarem expostos, no caso das meninas, aos perigos associados ao aborto ou ao parto. Além disso, os recrutas infantis geralmente recebem drogas ou álcool para encorajá-los a lutar, criando problemas de dependência dessas substâncias, além dos demais riscos associados à saúde.

Adolescentes recrutados pelos exércitos oficiais regulares, em geral, estão sujeitos à mesma disciplina militar dos recrutas adultos, incluindo ritos de iniciação, exercícios pesados, punições e humilhações destinados a anular sua vontade. O impacto de tal disciplina nos adolescentes pode ser extremamente danoso no que diz respeito ao aspecto mental, emocional e físico.

Aspectos do setor de saúde

Os profissionais da área médica devem compreender a necessidade de se realizar exames completos, mas sensatos, em toda as ex-crianças-soldados na primeira oportunidade possível, o que poderia ser feito por ocasião da desmobilização formal, mas também pode ocorrer quando os são capturados, fogem ou, de algum outro modo, deixam o serviço. Pode haver necessidade de se fazer esses exames por etapas, cuidando primeiro dos problemas mais vitais e prosseguindo depois com os problemas mais delicados, como o abuso sexual.

Dev-e dar atenção especial à saúde mental e psicológica das crianças-soldados, bem como a sua saúde física. Os problemas que podem afetar ex-crianças-soldados incluem:

- pesadelos, *flashbacks* e alucinações,
- falta de concentração e memória,
- ansiedade crônica,
- regressão no comportamento,
- aumento do abuso de substâncias prejudiciais como mecanismo de ajuda,
- sentimento de culpa e recusa em aceitar o passado,
- baixo controle da agressividade,

Continuação

- pensamentos obsessivos de vingança e
- sentimento de afastamento dos demais.

Adicionalmente, o "comportamento militarizado" infantil pode levar a um baixo nível de aceitação das normas da sociedade civil. Como destacou a Organização Mundial da Saúde em sua contribuição para o estudo das Nações Unidas sobre crianças-soldados (78):

"Crianças que passam pelos estágios de desenvolvimento de socialização e aquisição de julgamento moral em um ambiente [*militar*] estão mal preparadas para sua reintegração em uma sociedade não violenta. Elas adquirem uma auto-suficiência prematura, são privadas dos conhecimentos e habilidades para fazer julgamentos morais e distinguir comportamentos de risco inadequados - estejam eles refletidos na violência, abuso de drogas ou agressão sexual. Sua reabilitação se constitui em um dos maiores desafios sociais e de saúde pública no período após o conflito armado".

Os profissionais da área de saúde também podem exercer um valioso papel educativo ajudando a evitar que as crianças sejam recrutadas por exércitos (inclusive como voluntários), aumentando a conscientização entre as crianças e adolescentes que estão em situação de risco, bem como entre suas famílias e comunidades e destacando os perigos associados, inclusive os danos graves à saúde psicológica e mental.

alerta precoce de conflitos (79). Desde 1992, por exemplo, as Nações Unidas mantêm um Registro de Armas Convencionais, que inclui dados sobre transferências internacionais de armas, bem como informações fornecidas pelos Estados Membros sobre seus ativos militares, aquisição através de produção doméstica e políticas relevantes.

- Monitoramento dos efeitos adversos da globalização e promoção de formas mais justas de desenvolvimento e de assistência mais eficiente ao desenvolvimento.
- Trabalho em prol de formas de governo responsáveis em todo o mundo.

Boutros Boutros-Ghali, o antigo Secretário Geral das Nações Unidas, declarou que a integração social deve ser encarada como uma prioridade de desenvolvimento: "As manifestações de falta de integração social são bem conhecidas: discriminação, fanatismo, intolerância, perseguição. As consequências também são conhecidas: deslealdade social, separatismo, micronacionalismo e conflitos" (80).

Manutenção da paz

A despeito do aumento maciço das atividades de manutenção da paz empreendidas pelas Nações Unidas, a eficácia de tais operações muitas vezes

tem demonstrado ser questionável. Dentre os motivos destacam-se: incerteza sobre os mandatos para tais intervenções, linhas de controle deficientes entre as várias forças que colaboram para os esforços de paz e recursos inadequados para a tarefa. Em resposta a esses problemas, o Secretário Geral das Nações Unidas criou um Painel sobre as Operações de Paz das Nações Unidas para avaliar as deficiências do sistema existente e para fazer recomendações específicas de mudanças. O Painel, composto de especialistas em vários aspectos da prevenção de conflitos, manutenção e promoção da paz, fez recomendações de melhorias, que abrangeram áreas operacionais e organizacionais bem como políticas e estratégias. Essas recomendações foram resumidas em um relatório que é mais comumente conhecido como o "relatório Brahimi" (81).

Respostas do setor da saúde

O potencial, e as limitações, do setor de assistência médica para auxiliar a evitar conflitos e reagir a eles deve ser pesquisado e documentado em maior profundidade. É preciso haver mais documentação sobre práticas eficientes, particularmente aquelas referentes à prestação de serviços eficazes pós-conflitos, área em que estão

começando a surgir novas lições.

Em um esforço global para criar políticas mais eficazes de prevenção e resposta aos conflitos, os governos devem apoiar organizações como a Organização Mundial da Saúde e outras agências das Nações Unidas.

Repostas humanitárias

É preciso elevar tanto os padrões quanto o nível de responsabilidade das organizações em resposta a crises violentas. O Projeto Esfera, com base em Genebra na Suíça, está buscando obter consenso sobre padrões mínimos para assistência humanitária e para agir dentro deles. Da mesma forma, o Projeto de Responsabilidade Humanitária, uma rede também sediada em Genebra, que recebe o apoio de órgãos de doações e organizações não governamentais, está trabalhando para elevar os níveis de responsabilidade, especialmente entre beneficiários em potencial das atividades humanitárias. Governos e organismos humanitários são instados a dar suporte a esses dois esforços das Nações Unidas.

Conclusão

Este capítulo concentrou-se no impacto causado por conflitos violentos sobre a saúde pública e os sistemas de assistência médica e tentou descrever uma gama de respostas possíveis a tais crises. Existe claramente uma necessidade de se colocar maior ênfase na prevenção básica, que busca, antes de tudo, evitar a ocorrência de conflitos.

Em relação à prevenção da violência coletiva e ao tratamento de suas causas latentes, existe muito ainda que precisa ser aprendido - e sobre o que é preciso agir. Em primeiro lugar, isso se aplica às formas de violência coletiva que se tornaram comuns nos últimos cem anos ou mais - conflitos entre Estados ou envolvendo grupos organizados dentro de uma área geográfica específica (como regiões em rebelião contra o Estado central), guerras civis e as várias formas de violência patrocinadas pelo Estado contra indivíduos ou grupos.

No entanto, o formato da violência coletiva está mudando. No início do século XXI, estão surgindo novas formas de violência coletiva, envolvendo organizações e redes de organizações estruturadas, mas altamente dispersas - grupos sem "endereço permanente", cujos objetivos, estratégias e psicologia diferem radicalmente dos anteriores. Esses grupos fazem pleno uso de altas tecnologias e

sistemas financeiros modernos criados pela ordem de um mundo globalizado. O armamento desses grupos também é novo, já que tentam explorar formas tais como armas biológicas, químicas e possivelmente nucleares, além de meios mais convencionais, como explosivos e mísseis. Seus objetivos são não apenas físicos mas também psicológicos, envolvendo a destruição em massa e criação do medo generalizado.

O mundo precisará aprender depressa como combater a nova ameaça de terrorismo global em todas as suas formas, demonstrando, ao mesmo tempo, um alto nível de determinação para evitar e minorar o impacto das formas convencionais de violência coletiva que continuam causando uma esmagadora quantidade de mortes, doenças, lesões e destruição. É necessária uma determinação forte, aliada a uma generosa alocação de recursos, não só para se chegar a uma compreensão muito mais profunda dos problemas do conflito violento, mas também para encontrar soluções.

Referências

1. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*, Volume II, 1973-1984. Geneva, World Health Organization, 1985:397-398.
2. *Handbook for emergencies*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.
3. Leaning J. Introduction. In: Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises: the medical and public health response*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999:1-11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20:13-26.
5. Kaldor M. *New and old wars: organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.
6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict - Security - Development*, 2001, 1:147-151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679-690.
8. Ball P, Kobrak P, Spierer H. *State violence in Guatemala, 1960-1996: a quantitative reflection*. Washington, DC, American Academy for the

Advancement of Science, 1999.

9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys*. New York, NY, International Rescue Committee, 2001.
10. International classification of diseases, ninth revision. Geneva, World Health Organization, 1978.
11. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index*. Geneva, World Health Organization, 1992-1994 [*Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, Volumes 1 e 2: Lista de Tabelas Classificadoras e Manual de Instruções; Volume 3: Índice Alfabético*. São Paulo, Edusp, 2001].
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, DC, World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington, DC, World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, and London, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil Met et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321:166-168.
16. Take a step to stamp out torture. London, Amnesty International, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain: health needs of asylum-seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322:544-547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylum-seekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175:589-592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda*. London, Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. London, Amnesty International, 2000.
21. *Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. New York, NY, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001 (available on the Internet at <http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf>).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186-196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime: gender and conflict in Africa*. London, Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. *Mass rape: the war against women in Bosnia-Herzegovina*. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war: Kosovo and beyond*. London, Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. In: Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen R, eds. *War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959-1994: history of a genocide*. London, Hurst, 1995.
30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31:691-698.
31. *Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa*, 3rd ed. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130-146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321:169-172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:615-618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347-354.
37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27:717-722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345:339-344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303:1527-1529.
40. AIDS and the military: UNAIDS point of view. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/

AIDS, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).

41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.

42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*, 2000, 24:181-197.

43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107:69-80.

44. *Refugees and AIDS: UNAIDS point of view*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).

45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331-336.

46. *The causes of conflict in Africa*. London, Department for International Development, 2001.

47. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3(A)).

48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159-173.

49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1675-1679.

50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1073-1082.

51. Pupavac V. Therapeutic governance: psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25:1449-1462.

52. Robertson G. *Crimes against humanity: the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999. 238. WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH

53. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.

54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355:1548-1549.

55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:3296-3302.

56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. In: Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*.

Gaithersburg, MD, Aspen, 2000.

57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41(No. RR-13).

58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:600-605.

59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. London, Sage, 1997.

60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.

61. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.

62. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *World disasters report 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.

63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:918-924.

64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.

65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.

66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. In: Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997:292-301.

67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6-36.

68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303:303-306.

69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975-85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1:148-157.

70. Addison T. Aid and conflict. In: Tarp F, ed. *Foreign aid and development: lessons learnt and directions for the future*. London, Routledge, 200:392-408.

71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions: improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321:101-105.

72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace - or war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1999.

73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:38-49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1997.
75. Kumar K et al. *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 4: rebuilding post-war Rwanda*. Copenhagen, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, 1996.
76. Post-conflict reconstruction: the role of the World Bank. Washington, DC, World Bank, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319:864-865.
78. Machel G. *Impact of armed conflict on children: report of the Expert Group of the Secretary-General*. New York, NY, United Nations, 1996 (document A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching: integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. London, Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. An agenda for development. New York, NY, United Nations, 1995.
81. *Report of the Panel on United Nations Peace Operations*. New York, NY, United Nations General Assembly Security Council, 2000 (document A/55/305, S/2000/809).

CAPÍTULO 9

O CAMINHO A SEGUIR: RECOMENDAÇÕES PARA A AÇÃO

Antecedentes

A violência não deixa incólume nenhum continente, nenhum país, e apenas algumas poucas comunidades conseguem escapar a ela. Mas, mesmo estando presente em todos os lugares, a violência não é parte inevitável da condição humana, tampouco um problema intratável da "vida moderna", que não possa ser superado pela determinação e a engenhosidade humanas.

Os capítulos anteriores deste relatório forneceram muitos detalhes sobre os tipos específicos de violência, bem como sobre as intervenções de saúde pública que podem ser aplicadas, na tentativa de se reduzir tanto a ocorrência quanto as consequências da violência. Este capítulo final destaca diversos padrões e tópicos globais que são inerentes aos vários tipos de violência. Ele reitera ser o caso de uma abordagem de saúde pública e apresenta um conjunto de recomendações para os responsáveis pela tomada de decisões e profissionais em todos os níveis.

Respondendo à violência: o que se sabe até agora?

Principais lições até hoje

Embora existam importantes lacunas nas bases de informações e ainda serem necessárias muitas pesquisas, lições importantes foram aprendidas acerca da prevenção e a redução das consequências da violência.

Previsível e evitável

A violência, muitas vezes, é previsível e evitável. Como mostra este relatório, mesmo que às vezes, em dadas populações, seja difícil estabelecer uma relação direta de causalidade, alguns fatores parecem ser fortes sinalizadores de violência. Tais fatores vão desde os individuais e familiares - tais como: impulsividade, depressão, pouca atenção e supervisão das crianças, papéis de gênero rígidos e conflito marital - até aqueles em nível macro, como rápidas mudanças nas estruturas sociais e profunda recessão econômica, trazendo altos índices de desemprego e deteriorando os serviços públicos. Há também os fatores locais, específicos para um determinado lugar e tempo, assim como a crescente presença de armas ou a mudança nos padrões do tráfico de drogas em um bairro em particular. A identificação e a mensuração desses fatores pode avisar a tempo os responsáveis pela tomada de

decisões, de que há necessidade de ação.

Paralelamente, à medida que a pesquisa voltada à saúde pública se desenvolve, a variedade de instrumentos para a ação está aumentando. Em cada categoria de violência estudada neste relatório, foram citados exemplos de intervenções promissoras para a redução da violência e de suas consequências. As intervenções que conseguiram reduzir a violência variam de esforços individuais e comunitários em pequena escala até mudanças políticas em nível de país. Ainda que a maioria dessas intervenções tenha sido documentada e formalmente avaliada nas partes mais ricas do mundo, também existem muitas intervenções inovadoras em países emergentes.

Investimento antes, resultados depois

As autoridades mundiais tendem a agir somente depois de ocorrem casos altamente visíveis de violência e, só então tendem a investir recursos em programas de curto prazo para grupos populacionais pequenos e facilmente identificáveis. São exemplos clássicos disso as "batidas" periódicas da polícia em áreas com altos níveis de violência, geralmente posteriores a algum incidente que tenha sido muito divulgado. Por outro lado, a saúde pública enfatiza a prevenção, especialmente esforços de prevenção primária, que funcionam "antes" dos problemas - esforços para tentar, primeiramente, dar um fim aos incidentes violentos ou evitar que as situações violentas resultem em lesões graves. A base da abordagem de prevenção primária é que, mesmo os pequenos investimentos podem gerar benefícios amplos e duradouros.

Compreendendo o contexto da violência

Todas as sociedades vivenciam a violência, mas seu contexto - as circunstâncias em que ela ocorre, sua natureza e sua aceitabilidade social - varia bastante de um cenário para o outro. Onde quer que os programas de prevenção sejam planejados, o contexto da violência deve ser entendido para modelar a intervenção para a população almejada.

Os Capítulos 4 ("Violência perpetrada por parceiros íntimos") e 6 ("Violência sexual") fornecem ricos exemplos em que o contexto cultural exacerba as consequências da violência, criando enormes problemas para a prevenção. Um exemplo é a crença, presente em muitas sociedades, de que os homens têm direito a disciplinar suas esposas - inclusive usando a força física - por motivos diversos, até

mesmo por elas se recusarem a fazer sexo. O comportamento resultante de tal crença coloca essas mulheres em risco não somente de violência física e psicológica imediata, mas também de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmitidas. Outro exemplo é a aprovação da severa punição física na criação das crianças, que está altamente enraizada em algumas sociedades. As intervenções não serão bem sucedidas a menos que levem em consideração a força dessas crenças e atitudes, bem como a forma como elas se relacionam com outros aspectos da cultura local.

Ao mesmo tempo, as tradições culturais também podem ser protetoras; os pesquisadores e os elaboradores de programas devem estar preparados para identificá-las e utilizá-las nas intervenções. Por exemplo, o Capítulo 7 ("Violência auto-dirigida") descreve a contribuição que a afiliação religiosa parece trazer para a redução do risco de suicídio, e discute os motivos para acontecer isso, tais como identificação com uma religião e proibições religiosas específicas em relação ao suicídio

Explorando os vínculos

Diferentes tipos de violência estão vinculados de muitas formas importantes, em geral, compartilhando os fatores de risco semelhantes. Pode-se observar um exemplo no Capítulo 3 ("Abuso infantil e negligência por parte dos pais e outros responsáveis"), onde uma lista de fatores comuns de risco apresenta ampla sobreposição à lista para outros tipos de violência. Alguns desses fatores incluem:

- Pobreza - vinculada a todas as formas de violência.
- Histórico familiar ou pessoal marcado por divórcio ou separação - um fator associado também à violência juvenil, à violência de gênero, à violência sexual e ao suicídio.
- Abuso de álcool e substâncias - associado a todas as formas interpessoais de violência, assim como ao suicídio.
- Um histórico de violência em família.
- Vinculado à violência juvenil, à violência de gênero, à violência sexual e ao suicídio.

A sobreposição entre o conjunto de fatores de risco para diferentes tipos de violência sugere um grande potencial para parcerias entre grupos com um interesse principal na prevenção primária e secundária. Parcerias essas entre o governo local, agentes comunitários, organizadores de abrigos sociais, polícia, assistentes sociais, grupos de direitos

das mulheres e grupos de direitos humanos, profissionais da área médica e pesquisadores, trabalhando em cada área específica. A parceria pode ser vantajosa em vários aspectos, inclusive:

- melhorando a efetividade das intervenções;
- evitando a duplicação de trabalhos;
- aumentando os recursos disponíveis mediante uma união de fundos e de pessoal em ações conjuntas;
- permitindo que a pesquisa e as atividades de prevenção sejam conduzidas de maneira mais coletiva e coordenada.

Infelizmente, em geral a pesquisa e os esforços de prevenção para os vários tipos de violência têm sido desenvolvidos isoladamente uns dos outros. Se essa fragmentação puder ser superada, há muito espaço para intervenções futuras mais abrangentes e efetivas.

Visando aos grupos mais vulneráveis

A violência, como muitos problemas de saúde, não é neutra. Mesmo que todas as classes sociais vivenciem a violência, a pesquisa constantemente aponta que as pessoas com a situação socioeconômica mais baixa estão sob maior risco. Habitualmente, são os fatores relacionados à pobreza, mais do que a pobreza propriamente dita, que aumentam o risco de violência. O Capítulo 2, por exemplo, discute os papéis, na violência juvenil, da habitação precária, da falta de ensino, do desemprego e de outras situações relacionadas à pobreza - e também como esses fatores colocam alguns jovens em risco ainda maior de serem influenciados por jovens delinquentes e para participar em atividades criminosas. Também são importantes os índices em que as pessoas caem na pobreza - perdendo recursos que tinham antes - e a forma diferencial como elas vivenciam a pobreza (ou seja, sua relativa privação em um dado cenário, mais do que seu nível absoluto de pobreza).

O Capítulo 6 ("Violência sexual") descreve como a pobreza exacerba a vulnerabilidade das mulheres e das jovens. Ao desempenhar tarefas diárias, tais como trabalhar nos campos, pegar água sozinha ou voltar para casa tarde da noite, em áreas rurais ou economicamente deprimidas, as mulheres e as jovens pobres geralmente correm risco de estupro. As condições de pobreza as tornam vulneráveis à exploração sexual em situações diversas, como ao buscar emprego, entrar no comércio ou obter educação. A pobreza também é um dos principais

fatores que leva as mulheres à prostituição e força as famílias a venderem as crianças para traficantes sexuais. O Capítulo 8 ("Violência coletiva") expande ainda mais a discussão, mostrando que a pobreza e a desigualdade estão entre as forças motrizes em conflitos violentos e que longos períodos de conflito podem aumentar a pobreza e, por sua vez, criar as condições que dão origem a outras formas de violência.

Negligenciar pessoas pobres não é uma novidade. Na maioria das sociedades, as pessoas mais pobres geralmente são as que são menos atendidas pelos diversos serviços de proteção e assistência do Estado. Contudo, o fato de a violência estar ligada à pobreza pode ser mais um motivo pelo qual os elaboradores de políticas e as autoridades governamentais negligenciaram, ao tratar da violência, as abordagens de saúde pública - abordagens que poderiam significar uma maior parcela de serviços e recursos direcionados a famílias e comunidades pobres - em prol do policiamento e das prisões. Tal negligência deve ser corrigida se quisermos evitar a violência.

Combatendo a complacência

Uma coisa que estimula muito a violência - e é um enorme obstáculo para se responder a ela - é a complacência. Esse fato é especialmente verdadeiro para a atitude em relação à violência - do mesmo modo como o problema da desigualdade de gêneros, tão relacionado a ela -, como algo que sempre esteve presente na sociedade humana e, conseqüentemente, sempre será assim. Geralmente, essa complacência é bastante reforçada pelo interesse próprio. A aceitação social, por exemplo, do direito dos homens de "corrigir" suas esposas beneficia claramente mais aos homens do que às mulheres. Em sua situação ilegal, na qual a violência é uma forma aceitável para os envolvidos resolverem suas disputas ou aumentarem sua parcela no mercado, o comércio de drogas prospera.

Ao descrever alguns dos elementos que criam uma cultura de violência, diversos capítulos deste relatório enfatizam que essa cultura costuma ser apoiada tanto pelas leis quanto pelas atitudes. Ambas podem estar influenciando em fatores como a glorificação da violência pela mídia, a tolerância da agressão sexual ou da violência contra parceiros íntimos, a dura disciplina física das crianças por parte dos pais em casa, o assédio moral nas escolas e nos parques, o uso de níveis inaceitáveis de força pela polícia e a

prolongada exposição das crianças e dos adolescentes ao conflito armado. Será difícil atingir significativas reduções tanto na violência interpessoal quanto na coletiva, a menos que seja extinta a complacência que cerca tais questões.

Obtendo o comprometimento dos responsáveis pela tomada de decisões

Enquanto as organizações estabelecidas pelo povo, pelas pessoas e pelas instituições podem conseguir muito, muito desse sucesso dos esforços de saúde pública depende, no final das contas, do compromisso político. O apoio de líderes políticos não só é necessário para garantir o financiamento adequado e uma legislação efetiva, mas também para prover os esforços de prevenção com legitimidade e um perfil mais ativo na consciência pública. O compromisso é tão importante no nível nacional - onde são tomadas as decisões políticas e legislativas - quanto nos níveis provinciais, distritais e municipais, onde é controlado o funcionamento diário de muitas intervenções.

Freqüentemente, a obtenção do compromisso resistente, necessário para lidar com a violência, é resultado de esforços sustentados por diversos setores da sociedade. Nesse processo, os profissionais da área de saúde pública e os pesquisadores têm uma importante contribuição a dar, fornecendo aos responsáveis pela tomada de decisões informações sólidas sobre a predominância, as conseqüências e os impactos da violência, bem como documentando cuidadosamente as práticas que sejam comprovadas ou promissoras, que podem levar à prevenção ou à administração da violência.

Por que o setor de saúde deve se envolver?

Na maioria das sociedades modernas, até bem pouco tempo a responsabilidade de remediar ou conter a violência recaía sobre o sistema judicial, a polícia e os serviços correccionais e, em alguns casos, sobre as forças armadas. O setor de saúde, tanto público quanto privado, foi relegado ao papel de dar assistência depois do evento, quando as vítimas de violência procuravam por tratamento.

Benefícios e vantagens comparativas

Hoje em dia, o setor de saúde é um aliado ativo e valioso na resposta global à violência e traz diversas vantagens e benefícios para esse trabalho. Um desses

benefícios é a proximidade e, conseqüentemente, a familiaridade com o problema. Os funcionários dos hospitais e das clínicas, bem como outros provedores de assistência à saúde, dedicam bastante tempo às vítimas da violência.

Para facilitar o trabalho de pesquisa e de prevenção, outro benefício muito importante é a informação que o setor de saúde tem à sua disposição. A posse de dados significa que o setor está em uma posição única para chamar a atenção para a carga imposta pela violência sobre a saúde. Quando associada significativamente às histórias humanas que o setor de saúde testemunha todos os dias, essa informação pode oferecer um instrumento potente tanto para defesa quanto para ação.

Uma responsabilidade especial

O papel do setor de saúde na prevenção contra a violência resulta de sua responsabilidade com o público - as pessoas que, no final das contas, pagam pelos serviços e pelas estruturas governamentais que os organizam. Com essa responsabilidade e seus vários benefícios e vantagens, o setor de saúde tem o potencial para adotar um papel muito mais proativo na prevenção contra a violência - preferencialmente, em cooperação com outros setores - do que teve no passado. Diariamente, os médicos, as enfermeiras e outros funcionários da área de assistência à saúde estão no lugar certo para identificar os casos de abuso e para encaminhar as vítimas para outros serviços, para acompanhamento ou proteção. Usando seus recursos e infra-estruturas para atividades de prevenção, os hospitais e outros estabelecimentos de assistência à saúde podem ser cenários úteis para as intervenções em nível de programa. Também é muito importante que a elaboração e a implementação das intervenções possam ser fortalecidas pela estreita cooperação entre os profissionais e as instituições da área de saúde e outras instituições ou setores que lidam com violência, inclusive organizações não governamentais e órgãos de pesquisa.

Essas funções do setor de saúde já estão sendo realizadas em várias partes do mundo, apesar de, às vezes, ainda de forma experimental ou fragmentária. Agora chegou a hora de uma ação mais decisiva e coordenada, bem como de uma expansão dos esforços para lugares onde, apesar de muito necessários, tais esforços ainda inexistem. Qualquer coisa a menos do que isso será uma falha do setor de saúde.

Estabelecendo responsabilidades e

prioridades

Dada a natureza plurifacetada da violência e suas complexas raízes, os governos e as organizações relevantes devem se engajar na sua prevenção em todos os níveis da tomada de decisão - local, nacional e internacional. Ações multisetoriais complementares e coordenadas fortalecerão a efetividade das atividades de prevenção contra a violência.

Além de trabalhar em seu próprio âmbito de governo ou autoridade, os responsáveis pela tomada de decisões e os profissionais de diversas áreas devem trabalhar juntos, nos diversos níveis, para obter um significativo progresso. Os diferentes componentes da sociedade civil - como a mídia, as organizações comunitárias, as associações profissionais, as organizações trabalhistas, as instituições religiosas e as estruturas tradicionais - podem ser possuidores de um grande volume de conhecimento e experiências relevantes.

Cada país tem sua própria estrutura governante, desde um Estado unitário altamente centralizado até um sistema federal que divida o poder em governos locais, regionais e nacional. Contudo, independentemente do tipo de estrutura, os processos de planejamento estratégico - geralmente liderados por governos nacionais, mas que incluem outros níveis e setores - podem ser úteis para criar consenso, estabelecer objetivos e cronogramas e definir as responsabilidades de todos os que tenham algo para dar em contribuição. Em planejamento estratégico para questões de saúde pública em países emergentes, algumas organizações das Nações Unidas e algumas agências bilaterais de desenvolvimento têm *expertise* o bastante para poder dar lucrativas contribuições para a prevenção contra a violência.

Recomendações

As recomendações a seguir visam a mobilizar a ação em resposta à violência. Todas as recomendações precisam ser tratadas por diversos setores e interessados, se quisermos que elas atinjam seus objetivos.

Essas recomendações devem ser aplicadas com flexibilidade e com o devido entendimento a respeito das condições e capacidades locais. Os países que atualmente vivenciam a violência coletiva, ou que têm escassos recursos financeiros e humanos, vão achar difícil ou impossível aplicar sozinhos algumas das recomendações nacionais e locais. Sob tais circunstâncias, eles podem trabalhar com organismos

internacionais ou organizações não governamentais que operem dentro de seu país e que possam apoiar ou implementar algumas das recomendações.

Recomendação 1.

Criar, implementar e monitorar um plano nacional de ação para prevenção contra a violência.

O desenvolvimento de um plano nacional de ação multissetorial é um dos principais elementos para os esforços sustentados de prevenção contra a violência. Às vezes, devido às compreensíveis demandas públicas de ações imediatas para lidar com os efeitos mais visíveis da violência, isso pode ser difícil de ser alcançado. Assim sendo, os líderes nacionais devem entender que os benefícios de uma abordagem sustentada de saúde pública serão mais sólidos e duradouros do que políticas reativas, de curto prazo. Um plano de ação desse tipo exigirá comprometimento político visível e investimento de autoridade moral.

Um plano de ação nacional para evitar a violência deve incluir os objetivos, as prioridades, as estratégias e as responsabilidades estabelecidas, assim como um cronograma e um instrumento de avaliação. Ele deve se basear em um consenso, desenvolvido por um vasto conjunto de atores governamentais e não governamentais, inclusive as organizações interessadas pertinentes. O plano deve levar em consideração os recursos financeiros e humanos disponíveis e a serem disponibilizados para sua implementação. Deve incluir ainda elementos tais como revisão e reforma de legislação e de políticas existentes, construção da coleta de dados e da capacidade de pesquisa, o aprimoramento dos serviços para as vítimas, e o desenvolvimento e a avaliação de respostas de prevenção. Para assegurar que o plano não fique só nas palavras, mas se traduza em ações, é essencial que seja designada uma organização específica para, periodicamente, monitorar e fazer relatórios sobre o progresso alcançado nesses e em outros elementos do plano.

Vai ser necessário ferramental de coordenação, em nível local, nacional e internacional, para possibilitar uma profícua colaboração entre setores como justiça criminal, educação, trabalho, saúde, bem-estar social e outros potencialmente envolvidos no desenvolvimento e na implementação do plano. Mecanismos como forças-tarefa nacionais, comitês interministeriais e grupos de trabalho das Nações Unidas também podem facilitar essa coordenação.

No nível local, pode-se criar ou utilizar os conselhos, as forças-tarefa e as redes comunitárias para ajudar a construir e implementar o plano.

Recomendação 2.

Aprimoramento da capacidade de coleta de dados sobre a violência.

O plano de ação nacional para prevenção contra a violência deve incluir a criação ou o aprimoramento da capacidade nacional de coleta e análise de dados, que cubram o alcance, as causas e as consequências da violência. Esses dados são necessários para estabelecer as prioridades, orientar a elaboração do programa e monitorar o desenvolvimento do plano de ação. Conforme descrito no presente relatório, todos os países têm pelo menos algum trabalho de coleta de dados, mas a qualidade e o compartilhamento dos dados precisam ser fortalecidos.

Em alguns países, pode ser mais eficiente para o governo nacional designar uma instituição, uma agência ou uma unidade do governo para ser responsável pela reunião e comparação das informações provenientes das áreas de saúde, de aplicação da lei e de outras autoridades que mantenham contato regular com vítimas e perpetradores de violência. Essa instituição poderia ser um "centro de excelência", com a responsabilidade de documentar a extensão da violência no país, promovendo ou realizando pesquisas e treinando pessoas para essas funções. Ela deve estar ligada a outras instituições e agências similares, a fim de trocar dados, instrumentos e métodos de pesquisa. Nos países com recursos limitados, ela também pode assumir a função de monitoramento, conforme descrito na Recomendação 1.

A coleta de dados é importante em todos os níveis, mas é no nível local que serão determinadas a qualidade e a exatidão dos dados. Devem ser elaborados sistemas que sejam simples e cuja implementação tenha uma boa relação custo/efetividade, adequados para o nível de capacidade dos funcionários que os utilizam, e que estejam em conformidade com os padrões nacionais e internacionais. Além disso, deve haver procedimentos para compartilhar os dados entre as autoridades relevantes (como as responsáveis pela saúde, justiça criminal e política social) e as partes interessadas, bem como a capacidade de realizar análises comparativas.

O mundo, atualmente, no nível internacional, não possui padrões internacionalmente aceitos para coleta de dados sobre violência, que aprimorem a comparação de dados entre nações e culturas. Isso é sério, não só porque as defasagens existentes na informação dificultam a quantificação da magnitude da violência no mundo todo mas, também, por prejudicar a realização de pesquisas em nível mundial ou o desenvolvimento de intervenções. Mesmo que muitos desses descompassos sejam resultantes simplesmente da falta de dados, outros resultam de diferenças na forma como os dados são classificados pelos diferentes países (e às vezes por diferentes agências dentro dos países). Essa situação pode, e deve, ser remediada pelo desenvolvimento e pela disseminação de padrões internacionalmente aceitos para coleta de dados. São passos nesse sentido a International classification for external causes of injuries [*Classificação internacional de causas externas de lesões*] (1) e as Injury surveillance guidelines [*Diretrizes para vigilância de lesões*], desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde e pelos United States Centres for Disease Control and Prevention [*Centros Norte-Americanos de Controle e Prevenção de Doenças*] (2).

Recomendação 3.

Definir prioridades para as causas, as consequências, os custos e a prevenção contra a violência, e dar apoio a pesquisas nessas áreas.

Apesar de no relatório ter sido mostrado que houve progressos em relação à compreensão da violência entre diferentes grupos populacionais e nos diversos cenários, ainda há urgência por mais pesquisas. Há muitos motivos para se realizar essas pesquisas, mas uma das maiores prioridades é obter um melhor entendimento do problema em diferentes contextos culturais, de modo a possibilitar o desenvolvimento e a avaliação de respostas adequadas.

No nível nacional, e como parte do plano de ação, a política governamental pode preparar uma agenda de pesquisa, mediante o envolvimento direto das instituições governamentais (muitos ministérios de serviço social ou do interior, assim como agências de justiça criminal, têm programas de pesquisa internos) e financiamento de instituições acadêmicas e pesquisadores independentes.

A pesquisa pode e deve ser realizada no nível

local. A pesquisa local não só é a primeira e a mais valiosa para uso nas atividades locais de prevenção contra a violência, mas também é um importante componente no esforço mais amplo de pesquisa que é necessário para atacar a violência em uma escala global. Para ter o máximo de benefícios, as autoridades locais devem envolver todos os parceiros que tenham *expertise* suficiente, inclusive cursos universitários (tais como medicina, ciências sociais, criminologia e epidemiologia), estabelecimentos de pesquisa e organizações não governamentais.

Apesar de haver necessidade que grande parte da pesquisa para evitar a violência seja realizada em nível local, em resposta às condições e necessidades locais, algumas questões prioritárias, de importância mundial, necessitam de pesquisa em nível internacional, entre os países. Essas questões incluem: a relação entre a violência e os diversos aspectos da globalização, inclusive impactos econômicos, ambientais e culturais; fatores de risco e de proteção comuns às diferentes culturas e sociedades; e abordagens promissoras de prevenção aplicáveis em diversos contextos.

Alguns aspectos da globalização são impactantes em diferentes tipos de violência em cenários distintos, mas pouco se sabe sobre precisamente quais fatores causam a violência ou como eles podem ser mitigados. Ainda não foram feitas pesquisas suficientes sobre os fatores de risco que são compartilhados por diferentes cenários e menos ainda foi feito em relação à área potencialmente recompensadora dos fatores de proteção. Além disso, apesar de haver uma quantidade considerável de informações acerca de intervenções individuais em diversos países (algumas das promissoras são descritas neste relatório), poucas foram avaliadas.

Recomendação 4.

Promover respostas de prevenção primária.

Uma constante em todo este relatório é o tema da importância da prevenção primária. A pesquisa sugere que a prevenção primária é mais eficiente quando realizada logo no estágio inicial - e entre pessoas e grupos conhecidos por estarem sob maior risco do que a população no geral -, apesar de esforços dirigidos à população em geral poderem ter efeitos benéficos. Como os vários capítulos deste relatório mostraram, em qualquer nível, não tem sido dada suficiente ênfase à prevenção primária. Essa situação

precisa ser revista.

Algumas das intervenções importantes de prevenção primária para reduzir a violência incluem:

- assistência de saúde pré-natal e perinatal para as mães, bem como programas de melhoria da pré-escola e de desenvolvimento social para crianças e adolescentes;
- treinamento para boas práticas parentais e melhor funcionamento familiar;
- melhorias na infra-estrutura urbana (tanto física quanto socioeconômica)
- medidas para reduzir as lesões por armas de fogo e melhorar a segurança em relação a elas;
- campanhas de mídia para mudar atitudes, comportamentos e normas sociais.

As duas primeiras intervenções são importantes para reduzir o abuso infantil e a negligência, bem como a violência perpetrada durante a adolescência e a fase adulta.

A partir de melhorias nas infra-estruturas (tanto físicas quanto socioeconômicas), também é possível haver importantes contribuições. Especificamente, isso quer dizer lidar com fatores ambientais nas comunidades: identificar locais onde a violência ocorre com frequência, analisar os fatores que tornam perigoso um determinado lugar (por exemplo, má iluminação, isolamento ou estar próximo de um estabelecimento onde haja consumo de álcool), e modificar ou remover esses fatores. É necessária, ainda, uma melhoria na infra-estrutura socioeconômica das comunidades locais através de maiores investimentos e melhores oportunidades educacionais e econômicas.

Tanto para as intervenções nacionais quanto locais, outra questão é a prevenção contra ferimentos por armas de fogo e a melhoria das medidas de segurança a elas relacionadas. As armas de fogo são um importante fator de risco em muitos tipos de violência, incluindo violência juvenil, coletiva e suicídio. As intervenções para reduzir as lesões causadas por armas - sejam acidentais ou intencionais - incluem, por exemplo, legislação sobre venda e propriedade de armas, programas para coletar e depor armas ilegais em áreas onde a violência causada por armas é frequente, programas para desmobilizar milícias e soldados depois de conflitos, e medidas para melhorar a armazenagem segura de armas. Ainda é necessário que se façam mais pesquisas para determinar a efetividade desses e de outros tipos de intervenção. Essa é uma área primordial em que é importante a cooperação multisetorial entre autoridades legislativas, policiais e de saúde pública

para atingir o sucesso geral.

Na prevenção contra a violência, a mídia tem um potencial considerável, tanto como força positiva quanto negativa. Mesmo que ainda não haja resultados de pesquisa conclusivos disponíveis a respeito de como a exposição à violência através da mídia pode afetar muitos tipos de violência, há evidências de uma relação entre notícias de suicídio e suicídios posteriores. Mostrando ou disseminando informações contra a violência, ou incorporando mensagens anti-violência em formatos de entretenimento, como novelas, a mídia pode ser utilizada para mudar atitudes e comportamentos relacionados à violência, bem como normas sociais (ver Quadro 9.1).

Em locais específicos, dependendo das condições, a maioria dessas intervenções primárias também pode ter importantes efeitos de reforço mútuo.

Recomendação 5.

Fortalecer as respostas para as vítimas da violência.

Em todos os países, devem ser fortalecidos os serviços de saúde, sociais e legais que são oferecidos às vítimas da violência. Para tanto, é necessária uma revisão dos serviços atualmente prestados, treinando melhor os funcionários, e uma melhor integração entre os apoios de saúde, social e legal.

Para oferecer assistência de alta qualidade para as vítimas de todos os tipos de violência, bem como serviços de reabilitação e apoio necessários para se evitar complicações futuras, a meta nacional do sistema de saúde como um todo deve ser o fortalecimento da capacidade e do financiamento. As prioridades incluem:

- melhorias nos sistemas de resposta de emergência, e na capacidade do setor de assistência à saúde em tratar das vítimas e reabilitá-las;
- reconhecimento dos sinais de incidentes violentos ou de situações violentas que estejam ocorrendo, e encaminhamento das vítimas para as agências pertinentes para acompanhamento e apoio;
- assegurar que os serviços jurídicos, sociais, de saúde e de policiamento evitem uma nova vitimização das vítimas e que esses serviços efetivamente impeçam os perpetradores de cometerem o crime novamente;

QUADRO 9.1**Mídia, promoção de saúde e prevenção contra a violência: a campanha Soul City**

Na África do Sul, o *Institute for Health and Development Communication* - IHDC (Instituto para Comunicação de Saúde e Desenvolvimento) tem sido aclamado pela forma inovadora com que se utiliza do poder da mídia de massa para promover a saúde e o desenvolvimento. O projeto da organização não governamental inclui questões sociais e de saúde nas programações de rádio e televisão, atingindo audiência de milhões no país inteiro. Ao envolver seus espectadores e ouvintes no nível emocional, o formato dos programas pretende mudar atitudes e normas sociais básicas e, por fim, mudar o comportamento. Uma série chamada *Soul City* tem como alvo o público geral, enquanto uma outra série, *Soul Buddyz*, é voltada para crianças na faixa etária de 8 a 12 anos. O *Soul City* é um dos programas mais populares da televisão na África do Sul, atingindo cerca de 80% de seu público-alvo de aproximadamente 16 milhões de pessoas, e o *Soul Buddyz* é assistido por dois terços das crianças na África do Sul.

Para acompanhar os programas, o IHDC produziu livretos que dão maiores informações sobre os tópicos discutidos, com ilustrações de personagens populares dos dramas da televisão. O projeto também produziu fitas de vídeo e de áudio para serem utilizadas em diversos cenários educacionais, formais ou informais.

Na África do Sul, a violência é uma prioridade de saúde pública, e a maioria dos programas transmitidos trata desse assunto. Entre os tópicos específicos cobertos pela programação, podemos citar a violência interpessoal geral, o assédio moral, a violência de gangue, a violência doméstica, o estupro e o assédio sexual. O projeto pretende evitar a violência, através das seguintes medidas

- conscientizar o público sobre a extensão da violência em sua sociedade, bem como as conseqüências disso;
- convencer as pessoas que elas estão em condições de fazer algo em relação à violência, tanto como pessoas quanto como membros da comunidade;
- estimular uma melhor criação dos filhos, através da utilização de modelos de papéis e melhor comunicação e relacionamento entre os pais e os filhos

O projeto IHDC também tem uma linha direta para o público dos programas, fornecendo aconselhamento para crises e encaminhando as pessoas, quando necessário, para serviços comunitários de apoio. Ele também desenvolve materiais de treinamento sobre violência contra as mulheres, dirigidos a conselheiros e trabalhadores da área de saúde, à polícia e aos agentes legais.

Atualmente, está sendo realizada uma avaliação da primeira série do *Soul Buddyz*. As avaliações da série para adultos *Soul City* revelaram a existência de um maior conhecimento e uma maior consciência, bem como mudanças nas atitudes e nas normas sociais que dizem respeito à violência doméstica e às relações de gênero. Além disso, tem havido um significativo aumento na vontade de mudar o comportamento e encetar ações contra a violência, tanto em áreas urbanas quanto rurais, bem como entre homens e mulheres.

- apoio social, programas de prevenção e outros serviços para proteger as famílias sob risco de violência e reduzir o estresse dos que cuidam das crianças;
- incorporação de módulos sobre prevenção contra a violência nos currículos de estudantes de medicina e enfermagem.

Cada uma dessas respostas pode ajudar a minimizar o impacto da violência nas pessoas e o

custo para os sistemas sociais e de saúde. Os sistemas de resposta de emergência e assistência pré-hospitalar podem reduzir significativamente o risco de morte e invalidez resultante de trauma físico. Menos tangível, mas igualmente importante, são medidas tais como mudar as atitudes da polícia e de outros agentes públicos, educá-los em relação à violência de gênero e à violência sexual, e treiná-los para reconhecerem os casos de violência e responderem a eles.

Nos lugares em que os ministérios oferecem diretrizes para os currículos das escolas de medicina e enfermagem, a política nacional deve assegurar que todo o pessoal de saúde receba, ainda enquanto estudantes, treinamento sobre a violência, suas consequências e sua prevenção. Ao se graduar, o pessoal de saúde deve ser capaz não só de reconhecer os sinais de violência, como também de querer atuar nesse sentido. Essas medidas podem ser especialmente úteis para as pessoas que não conseguem relatar o que houve com elas, como crianças pequenas ou idosos incapacitados, ou que têm medo de fazê-lo, por exemplo, vítimas de violência doméstica, trabalhadores sexuais ou migrantes sem documentação.

A aplicação prática dessas políticas deve ser cuidadosamente implementada e avaliada para evitar que se crie uma nova vitimização das vítimas de violência. Por exemplo, se os funcionários afirmam que um paciente sofreu violência, os procedimentos para se obter provas relacionadas ao fato não devem colocar o paciente em risco de mais violência por parte do perpetrador, de censura por parte de sua família ou comunidade, ou outras consequências negativas.

Recomendação 6.

Integrar a prevenção contra a violência às políticas sociais e educacionais e, assim, promover a igualdade de gêneros e social.

Muito da violência está ligado às desigualdades sociais e de gênero que ocorrem em grandes parcelas da população sob maior risco. Em países que melhoraram a condição das mulheres e reduziram a discriminação social, a experiência indica que vai ser necessária uma série de intervenções. No nível nacional, tais intervenções incluirão reformas legislativas e legais, campanhas de comunicação direcionadas à conscientização do público sobre o problema, treinamento e monitoramento dos agentes de polícia e públicos e incentivos educacionais ou econômicos para grupos em desvantagem. Será necessária ainda uma pesquisa cultural e social para desenvolver essas intervenções, de forma a torná-las viáveis e efetivas.

Ao mesmo tempo, precisam ser fortalecidos os programas sociais e as políticas de proteção, tanto para a população em geral quanto para os grupos em desvantagem. Em algumas partes do mundo, essas medidas estão em andamento como resultado de

diversos fatores, incluindo os impactos da globalização, da dívida e de políticas de ajuste estrutural, da transformação de economias planejadas em economias de mercado, e o impacto de conflitos armados. Muitos países estão vivenciando quedas reais nos salários, deterioração da infra-estrutura básica, especialmente em áreas urbanas, e constantes reduções na qualidade e na quantidade de serviços de saúde, educação e social. Devido aos vínculos criados entre essas condições e a violência, os governos devem fazer o seu melhor para manter em funcionamento os serviços sociais de proteção, reordenando, se necessário, as prioridades em seus orçamentos nacionais.

Recomendação 7.

Maior colaboração e troca de informações relacionadas à prevenção contra a violência.

Com o intuito de melhor se chegar a conhecimentos compartilhados, a um consenso sobre as metas de prevenção e a uma melhor coordenação da ação, devem ser avaliadas as relações de trabalho e comunicação entre as agências internacionais, as agências governamentais, os pesquisadores, as redes e as organizações não governamentais engajadas na prevenção contra a violência. Todos têm importantes papéis a desempenhar na prevenção contra a violência (ver Quadro 9.2).

Diversas agências internacionais, instituições regionais e organismos das Nações Unidas ou estão trabalhando na prevenção contra a violência ou têm mandatos ou atividades altamente relevantes para a redução da violência, inclusive no que diz respeito a questões econômicas, direitos humanos, direito internacional e desenvolvimento sustentável. Até hoje, a coordenação entre todas essas agências é insuficiente. Esse fato deve ser remediado para evitar muita duplicação desnecessária e para beneficiar-se da economia resultante da combinação de *expertise*, redes, financiamentos e instalações domésticas. Devem ser explorados os mecanismos para melhorar a cooperação, possivelmente se iniciando em pequena escala e envolvendo um pequeno número de organizações com mandato e experiência prática em prevenção contra a violência (ver Quadro 9.3).

A tecnologia de comunicações, que teve inúmeros avanços nos últimos anos, é um aspecto positivo da globalização, pois permitiu a criação de milhares de

QUADRO 9.2**Respondendo à ameaça da violência: a Aliança Interamericana para a Prevenção contra a Violência**

Em países do continente americano, assim como no mundo todo, a segurança pública é uma questão urgente que preocupa os governos. Sob ponto de vista da economia nacional, a violência afeta o investimento externo e doméstico, impedindo o crescimento e o desenvolvimento em longo prazo. A violência também faz com que os cidadãos se sintam inseguros e percam a fé nos sistemas políticos e de justiça criminal.

Como resposta a essa preocupação, cinco organizações internacionais e regionais, e uma organização nacional uniram forças em junho de 2000 para criar a iniciativa denominada Aliança Interamericana para a Prevenção contra a Violência (*Inter-American Coalition for the Prevention of Violence*). As organizações participantes foram

- o Banco Interamericano de Desenvolvimento;
- a Organização dos Estados Americanos;
- a Organização Pan-Americana da Saúde;
- a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura;
- os Centros Norte-Americanos para Controle e Prevenção de Doenças;
- o Banco Mundial.

A Aliança acredita que pode dar um apoio efetivo às iniciativas nacionais - sejam elas provenientes dos governos, da sociedade civil ou do setor privado - na prevenção contra a violência, especialmente mobilizando novos parceiros e recursos. Mesmo que a base de suas atividades seja o princípio da cooperação, ela respeita a liberdade dos países para tomarem suas próprias decisões acerca da prevenção contra a violência

.As principais ações planejadas pela Aliança incluem:

- patrocinar campanhas para aumentar a conscientização pública sobre a importância da prevenção contra a violência;
- apoiar os esforços para reunir e publicar dados confiáveis sobre violência e crime, em níveis local e nacional;
- criar um *website* sobre prevenção contra a violência, com uma base de dados contendo as melhores práticas;
- fornecer informações sobre a prevenção contra a violência para os responsáveis pela elaboração de políticas e tomadas de decisões em todas as regiões;
- organizar seminários e oficinas de trabalho regionais sobre prevenção contra a violência, bem como viagens e iniciativas de estudo entre cidades que tenham características semelhantes;
- trabalhar com a mídia;
- trabalhar com ministérios governamentais, prefeituras municipais e outros agentes nacionais e locais;
- trabalhar com o setor privado, organizações não governamentais e comunidades étnicas e religiosas;
- oferecer apoio técnico na elaboração, implementação e avaliação dos programas nacionais de prevenção contra a violência.

No continente americano, este é o primeiro esforço desse tipo de prevenção contra a violência e pode vir a fornecer um modelo para iniciativas regionais semelhantes em outras partes do mundo.

redes em vários campos. Na prevenção contra a violência e em campos correlatos, ao propor diversos modelos de prevenção, discutir metodologias e examinar criticamente os resultados da pesquisa, as redes de pesquisadores e profissionais têm fortalecido

bastante a base mundial de conhecimentos. A troca de informações e idéias é crucial para o progresso futuro, além do trabalho de autoridades governamentais, provedores de serviços e grupos de defesa.

QUADRO 9.3**Esforços das Nações Unidas para evitar a violência interpessoal**

Atualmente, as agências das Nações Unidas têm trabalhado muito para evitar a violência interpessoal, especialmente através de iniciativas direcionadas para tipos específicos de violência em determinados cenários. Contudo, até recentemente, uma grande parte desse trabalho estava sendo realizada isoladamente.

Em novembro de 2001, representantes de dez agências das Nações Unidas se reuniram em Genebra, Suíça, para discutir seus trabalhos sobre violência interpessoal e para descobrir formas de coordenar esforços futuros nessa área. Apesar de as agências das Nações Unidas terem anteriormente contribuído de maneira satisfatória em trabalhos sobre a violência relacionada a conflitos, pouco se tem feito em relação ao trabalho interagencial para evitar atos diários de violência e crimes - incidentes que afetam pessoas, famílias, comunidades e instituições como escolas e locais de trabalho. Se nesse problema complexo houvesse maior cooperação no interior das agências das Nações Unidas - e especialmente entre elas -, poderiam ser obtidos benefícios consideráveis. A reunião foi o primeiro passo nessa direção.

Em uma mensagem para os representantes, o Secretário Geral das Nações Unidas, Sr. Kofi Annan, declarou: "Os homens e as mulheres em todos os lugares têm o direito a viver suas vidas e a criar seus filhos livres do medo da violência. Devemos ajudá-los a desfrutar de tal direito fazendo com que fique claro que a violência pode ser evitada, e trabalhando juntos para identificar suas causas subjacentes e lidar com elas".

Os participantes elaboraram uma série de ações de colaboração com as quais se comprometeriam. Em curto prazo, elas incluem a preparação de um guia para os recursos e as atividades das Nações Unidas para a prevenção contra a violência interpessoal, enfatizando as principais competências de cada agência na prevenção contra a violência interpessoal e na identificação de áreas que atualmente não são tratadas pelas organizações das Nações Unidas. Com base nesse guia, será desenvolvido um *website* para ajudar as agências participantes a trocarem informações e para servir como um recurso para outras agências das Nações Unidas, governos, organizações não governamentais, pesquisadores e doadores. Em médio e longo prazo, os esforços de colaboração incluirão trabalho de defesa, coleta e análise de dados, iniciativas de pesquisa e prevenção.

Os grupos de defesa também são parceiros importantes na saúde pública. Os grupos de defesa preocupados com a violência contra as mulheres e com os abusos dos direitos humanos (especialmente a tortura e os crimes de guerra) são ótimos exemplos. Esses grupos mostraram sua capacidade de mobilizar recursos, reunir e repassar informações sobre problemas importantes e montar campanhas que têm provocado um impacto nos responsáveis pela tomada de decisões. Nos últimos anos, também têm se tornado mais evidentes os grupos que têm como foco outras questões, especificamente o abuso de idosos e o suicídio. O valor dos grupos de defesa deve ser reconhecido. Pode-se conseguir isso por meio de medidas práticas, como conferir a esses grupos a condição de grupos oficiais nas principais conferências internacionais e incluí-los em grupos de trabalho oficiais.

evitar muita duplicação desnecessária e para

beneficiar-se da economia resultante da combinação de expertise, redes, financiamentos e instalações domésticas. Devem ser explorados os mecanismos para melhorar a cooperação, possivelmente se iniciando em pequena escala e envolvendo um pequeno número de organizações com mandato e experiência prática em prevenção contra a violência (ver Quadro 9.3).

A tecnologia de comunicações, que teve inúmeros avanços nos últimos anos, é um aspecto positivo da globalização, pois permitiu a criação de milhares de redes em vários campos. Na prevenção contra a violência e em campos correlatos, ao propor diversos modelos de prevenção, discutir metodologias e examinar criticamente os resultados da pesquisa, as redes de pesquisadores e profissionais têm fortalecido bastante a base mundial de conhecimentos. A troca de informações e idéias é crucial para o progresso futuro, além do

trabalho de autoridades governamentais, provedores de serviços e grupos de defesa.

Os grupos de defesa também são parceiros importantes na saúde pública. Os grupos de defesa preocupados com a violência contra as mulheres e com os abusos dos direitos humanos (especialmente a tortura e os crimes de guerra) são ótimos exemplos. Esses grupos mostraram sua capacidade de mobilizar recursos, reunir e repassar informações sobre problemas importantes e montar campanhas que têm provocado um impacto nos responsáveis pela tomada de decisões. Nos últimos anos, também têm se tornado mais evidentes os grupos que têm como foco outras questões, especificamente o abuso de idosos e o suicídio. O valor dos grupos de defesa deve ser reconhecido. Pode-se conseguir isso por meio de medidas práticas, como conferir a esses grupos a condição de grupos oficiais nas principais conferências internacionais e incluí-los em grupos de trabalho oficiais.

Uma outra área importante em que poderíamos obter progressos é no compartilhamento de informações entre os especialistas que trabalham com diferentes tipos de violência. Os especialistas que trabalham com questões como abuso infantil, violência juvenil, violência contra parceiros íntimos, abuso de idosos ou prevenção contra o suicídio, em geral, têm estreita colaboração com especialistas que trabalham com o mesmo tipo de violência, mas têm muito menos sucesso com aqueles que trabalham com outros tipos de violência. Conforme demonstrado pelo presente relatório, os diferentes tipos de violência compartilham fatores de risco e estratégias de prevenção comuns a eles. Portanto, pode-se ganhar muito ao desenvolver plataformas que facilitem a troca de informações, bem como a pesquisa conjunta e o trabalho de defesa.

Recomendação 8.

Promover e monitorar a adesão aos tratados, às leis e a outros mecanismos internacionais para proteção aos direitos humanos

Na última metade do século passado, os governos nacionais assinaram diversos acordos legais internacionais que têm relevância direta para a violência e sua prevenção. Esses acordos determinam padrões de legislação nacional e

estabelecem normas e limites de comportamento. No contexto deste relatório, alguns dos mais importantes são:

- A Convenção para a Prevenção e a Punição de Crimes de Genocídio (1948).
- A Convenção para Supressão do Tráfico de Pessoas e da Exploração da Prostituição de Outros (1949).
- A Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965).
- A Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966).
- A Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966).
- A Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979).
- A Convenção contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanas ou Degradantes (1984).
- A Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e seus dois Protocolos Opcionais sobre o Envolvimento das Crianças em Conflitos Armados (2000) e sobre a Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil (2000).
- O Estatuto de Roma sobre a Corte Criminal Internacional (1998).

Também há outros acordos importantes que são altamente pertinentes para diversos aspectos da violência, tais como a Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos (1981) e a Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra as Mulheres (1994).

Enquanto muitos governos nacionais têm obtido avanços em harmonizar a legislação com suas obrigações e seus compromettimentos, outros ainda não conseguiram tal avanço. Alguns não têm recursos ou expertise para colocar em prática as provisões desses instrumentos internacionais. Onde o obstáculo é a escassez de recursos ou informações, a comunidade internacional deve fazer mais para dar assistência. Em outros casos, serão necessárias campanhas para trazer à tona as mudanças na legislação e na prática.

Recomendação 9.

Buscar respostas práticas, de consenso internacional, para o comércio mundial

de drogas e o comércio mundial de armas.

Tanto nos países emergentes quanto nos industrializados, o comércio mundial de drogas e o comércio mundial de armas são parte da violência e existem em nível nacional e internacional. A partir das evidências fornecidas em várias partes deste relatório, avanços mesmo modestos em qualquer frente vão contribuir para reduzir a quantidade e o nível de violência que milhões de pessoas sofrem. Até hoje, contudo - e a despeito do perfil atuante na arena mundial - não parece haver soluções em vista para esses problemas. As estratégias de saúde pública podem ajudar a reduzir os impactos sobre a saúde em diversos cenários e nos níveis local e nacional e, portanto, devem ter um papel muito maior nas respostas de nível global.

Conclusão

A violência não é inevitável. Nós podemos fazer muito para lidar com ela e evitá-la. As pessoas, famílias e comunidades cujas vidas a cada ano são dilaceradas

pela violência podem ser salvaguardadas e as causas raízes da violência podem ser atacadas com o intuito de se produzir uma sociedade mais saudável para todos.

O mundo ainda não mediu totalmente a dimensão de tal tarefa e ainda não tem todas as ferramentas necessárias para realizá-la. Contudo, a base do conhecimento global está crescendo e já se obteve muita experiência útil.

Este relatório tenta contribuir com a base de conhecimento. Espera-se que o relatório inspire e facilite, no mundo todo, maior cooperação, inovação e compromisso para evitar a violência.

Referências

1. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification for external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
2. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).

Anexo Estadísticas

Antecedentes

Todo ano, mais de 100 países enviam à Organização Mundial da Saúde - OMS informações detalhadas a respeito do número de óbitos resultantes de várias doenças, afecções ou lesões. Os dados provenientes dos Estados Membros da OMS são compilados a partir dos sistemas de registro de estatísticas vitais, utilizando-se os códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID (1,2). Os sistemas nacionais de registro de estatísticas vitais captam cerca de 17 milhões dos óbitos que ocorrem em todo mundo a cada ano. Os dados provenientes desses sistemas de registro, assim como aqueles provenientes de levantamentos, censos e estudos epidemiológicos são analisados pela Organização Mundial da Saúde para determinar padrões de causas de mortalidade segundo países, regiões e para o mundo como um todo.

A OMS também utiliza esses dados, juntamente com outras informações, para avaliar o impacto da carga global de doença [global burden of disease]. Essas estimativas, publicadas pela primeira vez em 1996, representam o estudo mais abrangente de mortalidade e morbidade global já realizado (3). Está em andamento uma nova avaliação da carga global de doença para o ano 2000 (4). Aqui são apresentadas as estimativas da carga global de lesões [global burden of injury] para o ano 2000. A seguir, encontram-se descrições das tabelas incluídas nos anexos e dos dados utilizados para calcular as estimativas para 2000 de mortes relacionadas a causas violentas.

Tipos de tabelas

O anexo de dados estatísticos contém três tipos de tabelas:

- estimativas globais e regionais de mortalidade;
- as dez principais causas de mortalidade e anos de vida ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years - DALYs*) para todos os Estados Membros da OMS em conjunto, e para cada uma das regiões da OMS;
- coeficientes de mortalidade por país.

Estimativas de mortalidade regionais e global

A Tabela A.1 fornece uma visão geral das contagens de população usadas para estimar os coeficientes global e regional de mortalidade. As Tabelas A.2 a A.5 contém estimativas de morte violenta para o ano 2000. A Tabela A.2 apresenta

estimativas de mortalidade para todas as lesões intencionais, por gênero, faixa etária, região da OMS e nível de renda. As estimativas para homicídio, suicídio e guerra, por gênero, faixa etária, região da OMS e nível de renda, são apresentadas separadamente nas Tabelas A.3 a A.5.

Causas de mortalidade e classificações DALY

A Tabela A.6 apresenta as dez principais causas de mortalidade e DALYs para o ano 2000, assim como a classificação das mortes violentas e DALYs. Essas classificações abrangem todos os Estados Membros da OMS em conjunto, e cada região em separado.

Taxas de mortalidade por país

As Tabelas A.7-A.9, respectivamente, apresentam os números e taxas de mortalidade por lesão intencional, homicídio e suicídio, enquanto a Tabela A.10 fornece os números correspondentes a mortes por arma de fogo, classificados por tipo de morte. Nessas tabelas, os números absolutos e taxas por 100 mil indivíduos são apresentados por gênero e faixa etária para os países que enviam dados à OMS.

Métodos Categorias

Mortes e lesões não fatais são atribuídas a uma causa básica, utilizando-se as regras e convenções da Classificação Internacional de Doenças (1,2). A lista de causas para o projeto Carga Global de Doença para 2000 (*project Global Burden of Disease - GBD 2000*) apresenta quatro níveis de desagregação e inclui 135 doenças e lesões específicas (5). As categorias de lesão não intencional e intencional são definidas em termos dos códigos de causas externas. Os códigos para lesões intencionais, por exemplo são os seguintes :

- Homicídio - CID-9 E960-E969 ou CID-10 X85-Y09.
- Suicídio - CID-9 E950-E959 ou CID-10 X60-X84.
- Lesões relacionadas a guerra - CID-9 E990-E999 ou CID-10 Y36.
- Intervenção Legal - CID-9 E970-E978 ou CID-10 Y35.
- Lesões intencionais - CID-9 E950-E978, E990-E999 ou CID-10 X60-Y09, Y35, Y36.

Os números absolutos e taxas por 100 mil são apresentados por gênero e região da OMS para seis faixas etárias: 0-4 anos, 5-14 anos, 15-29 anos, 30-44

anos, 45-59 anos e 60 anos e mais.

Regiões da OMS

Os Estados Membros da OMS estão agrupados em seis regiões: Região Africana, Região das Américas, Região do Sudeste Asiático, Região Européia, Região do Mediterrâneo Oriental e Região do Pacífico Ocidental. Os países que compõem cada região estão indicados na Tabela A.1.

Os países que formam as seis regiões da OMS nas Tabelas A.1-A.5 foram ainda divididos por nível de renda com base em estimativas de 1996 do produto nacional bruto (PNB) per capita (atualmente denominado renda nacional bruta), compiladas pelo Banco Mundial e utilizadas no World health report 1999 [Relatório Mundial de Saúde 1999] (6). Com base no PNB per capita, as economias são classificadas em renda baixa (US\$785 ou menos), média (US\$786-9 635) ou alta (acima de US\$9 636).

Estimativas Globais de mortalidade

O projeto GBD 2000 utiliza-se das estimativas mais recentes de população para os Estados Membros da OMS, preparadas pela Divisão de População das Nações Unidas (7). Novas tabelas de anos de vida para o ano 2000 foram construídas para todos os 191 Estados Membros da OMS (8,9). Os resultados para lesões, aqui relatados, da Versão 1 do projeto GBD 2000, baseiam-se em ampla análise dos dados de mortalidade para todas as regiões do mundo, juntamente com revisões sistemáticas de estudos epidemiológicos e dados de serviços de saúde (4). Dados completos ou incompletos de estatísticas vitais, juntamente com sistemas de registro por amostragem, cobrem 72% da mortalidade global. Dados de levantamentos e técnicas demográficas indiretas fornecem informações sobre os índices de mortalidade infantil e de adultos para os 28% restantes de mortalidade global estimada.

Dados referentes à causa de morte foram analisados para suprir a cobertura incompleta dos registros de dados de estatísticas vitais de alguns países e as prováveis diferenças nos padrões de causa de mortalidade esperadas para subpopulações não cobertas [*uncovered*] e frequentemente mais pobres (4). Os padrões de causas de mortalidade na China e Índia, por exemplo, basearam-se nos sistemas existentes de registro de mortalidade. Na China, foram usados o sistema de pontos de vigilância de doenças [*disease surveillance points systems*] e o sistema de registro de dados de estatística vital do Ministério da Saúde. Na Índia, os dados de mortalidade dos

registros de causa de óbito foram usados para áreas urbanas e o levantamento anual de causas de óbito foi utilizado para as áreas rurais.

Para todos os outros países em que faltam registros de dados de estatísticas vitais, os modelos de causa de morte foram utilizados para uma estimativa inicial da maior probabilidade de distribuição de óbitos pelas categorias mais amplas de doenças infecciosas e não infecciosas e lesões, com base em estimativas de coeficientes de mortalidade total e renda. Um modelo regional de causas específicas de mortalidade foi então construído com base no registro local de dados de estatística vital e dados de necropsia transmitidos verbalmente e a distribuição proporcional foi então aplicada, dentro de cada grupo mais amplo de causas. Finalmente, as estimativas resultantes foram ajustadas com base em evidências epidemiológicas de estudos sobre doenças e lesões específicas.

Foi dada especial atenção aos problemas de erros de preenchimento ou codificação das causas de morte. A categoria "Lesão indeterminada, infligida acidentalmente ou intencionalmente" (E980-E989 nos códigos CID-9 de 3 dígitos, ou Y10-Y34 no CID-10) pode frequentemente abranger uma proporção significativa de mortes por lesão. Exceto no caso de informações mais detalhadas disponíveis em nível local, essas mortes foram alocadas de forma proporcional a outras lesões que levam a óbito.

Classificação global e regional dos DALYs

O DALY é utilizado para quantificar a carga de doença (3,10). O DALY é uma medida de um hiato na saúde [*health-gap*], que combina informação sobre o número de anos de vida perdidos devido à morte prematura com informação acerca da perda de saúde por incapacidade.

Os anos vividos com incapacidade (YLDs) são o componente de incapacidade dos DALYs. O YLD mede o equivalente aos anos de vida saudável perdidos como resultado de uma seqüela incapacitante de alguma doença ou lesão. Requerem a estimativa de incidência, duração média de incapacidade, e pesos da incapacidade (entre os limites de 0-1).

Muitas fontes de informação foram utilizadas para estimar os YLDs por doenças e lesões no projeto GBD 2000. Este incluiu dados de vigilância e registros de doenças internacionais e nacionais, dados de levantamentos de saúde, dados de uso de hospitais e serviços médicos e estudos epidemiológicos internacionais e específicos de alguns países (4).

A análise da carga de lesão no projeto GBD 2000 foi feita a partir de métodos desenvolvidos para as projeções de 1990. Esses métodos definem como lesão tudo o que for grave o suficiente para precisar de atenção médica ou que leve a óbito. A estimativa de *YLDs* resultantes de lesões se baseou na análise de bancos de dados de serviços de saúde que registraram códigos tanto para o tipo quanto para a natureza da lesão. Bancos de dados nacionais da Austrália, Chile, Maurício, Suécia e Estados Unidos foram utilizados para desenvolver proporções mortalidade/incidência. Essas proporções foram então aplicadas para extrapolar os *YLDs* por mortes por lesão para todas as regiões do mundo. As proporções mortalidade/incidência foram bastante consistentes para países desenvolvidos e em desenvolvimento. A proporção de casos novos que em longo prazo resultaram em seqüelas incapacitantes foi estimada para cada categoria de natureza da lesão a partir de uma revisão de estudos epidemiológicos de longo prazo de resultados de lesão.

Para produzir a classificação da Tabela A.6, mortes e incapacidades foram primeiramente divididas em três grupos amplos:

- doenças infecciosas, causas maternas e condições advindas do período perinatal e deficiências nutricionais;
- doenças não infecciosas;
- lesões.

A seguir, mortes e incapacidades foram agrupadas em categorias. Lesões, por exemplo, foram divididas em não intencionais e intencionais. Seguindo esse nível de desagregação, mortes e incapacidades foram ainda divididas em subcategorias. Lesões não intencionais, por exemplo, foram subdivididas em lesões por acidente de trânsito, envenenamentos, quedas, incêndios, afogamento e outras lesões não intencionais, enquanto as lesões intencionais foram subdivididas em lesões auto-infligidas, violência interpessoal e lesões resultantes de guerra. As classificações foram produzidas através do ordenamento das subcategorias.

As dez principais causas de morte e *DALYs* encontram-se na Tabela A.6, que se refere a todos os Estados Membros da OMS em conjunto e a cada uma das seis regiões da OMS. Nas regiões onde as mortes por violência e *DALYs* figuram abaixo das dez principais causas, é fornecida uma classificação específica. O *DALY* relatado na Tabela A.6 usa as taxas padrão de desconto de tempo (3%) e pesos padrão para idade (3).

Coeficientes de mortalidade por país

Os números e coeficientes de mortalidade por violência relatados nas Tabelas A.7-A.10 se referem ao ano mais recente entre 1990 e 2000 notificado à OMS pelos países com população acima de 1 milhão de habitantes. Para países com populações abaixo de 1 milhão, é apresentado um coeficiente médio baseado nos últimos 3 anos em que dados foram enviados a OMS, entre 1990 e 2000.

Os coeficientes não foram calculadas quando o número de óbitos em uma determinada categoria era menor do que 20, embora conste o número de óbitos. Os coeficientes apresentados estão padronizados por faixa etária e por idade. Os coeficientes padronizados por idade são calculados aplicando-se os coeficientes por faixa etária à População Padrão Mundial (11) e permitem a comparação de coeficientes de populações com diferentes estruturas etárias.

Os dados de população utilizados para estimar os coeficientes de mortalidade para cada país nas Tabelas A.7 -A.10 podem ser consultados no site da Organização Mundial da Saúde no endereço <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Referências

1. *International classification of diseases*, ninth revision. Geneva, World Health Organization, 1978.
2. *International statistical classification of diseases and related health problems*, tenth revision. Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index. Geneva, World Health Organization, 1992-1994 [Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, Volumes 1 e 2: Lista de Tabelas Classificatórias e Manual de Instruções; Volume 3: Índice Alfabético. São Paulo, Edusp, 2001].
3. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
4. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 36).
5. Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9:69-82.
6. *World health report 1999 - making a difference*.

Geneva, World Health Organization, 1999.

7. *World population prospects: the 2000 revision*. New York, NY, United Nations, 2001.

8. Lopez AD et al. *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 40).

9. *World health report 2000 - health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.

10. Murray CJ, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

11. Ahmad OA et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper, No. 31). internacionais ou organizações não governamentais que operem dentro de seu país e que possam apoiar ou implementar algumas das recomendações.

TABELA A.1

População (em milhares) por sexo e faixa etária, de todos os Estados Membros da OMS, 2000 a

Estados Membros por região da OMS e nível de renda	Humanos Todas as faixas						
			0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos
							≥ 60 anos
Todos	6045172	3045373	214256	615966	797048	643148	404000
Alta renda	915866	451069	27970	59366	94800	106787	75398
Baixa e média renda	5129306	2594304	286286	556619	702249	536361	317253
Região Africana (baixa e média renda)	639631	318751	54547	87461	98948	48416	25515
Argélia	30291	15348	1798	3601	4724	2959	1425
Angola	13134	6499	1303	1867	1683	888	493
Benin	6272	3092	557	900	839	441	227
Burkina Faso	1541	755	113	214	234	119	50
Burundi	11538	5576	1114	17413	1551	558	332
Camêrões	6356	3088	559	955	837	423	211
Comores	14876	7405	1182	2046	2099	1089	609
Cabo Verde	427	149	21	54	52	38	5
República Centro Africana	3717	1811	304	494	489	268	158
Chad	7895	3900	749	1087	1051	557	302
Comores	706	354	59	95	104	55	27
Congo	3018	1478	282	413	391	212	113
Côto do Marfim	16013	8206	1219	2166	2317	1521	783
República Democrática do Congo	50948	25245	5043	7427	9522	3414	1834
Guiné Equatorial	457	235	40	60	58	35	20
Eritreia	3659	1817	211	396	188	287	156
Etiópia	62908	31279	5028	8629	8284	4730	2617
Gâmbia	1230	609	98	180	147	75	69
Gâmbia	1303	644	105	159	165	118	66
Gâmbia	19306	9513	1821	2855	2836	1526	823
Guiné	8124	4102	733	1087	1129	545	338
Guiné Bissau	1199	591	105	156	157	93	53
Quênia	30669	15273	2367	4553	4697	2251	1023
Lesoto	2035	1009	118	256	281	167	99
Libéria	2913	1463	277	547	499	183	99
Madagascar	15970	7943	1438	2140	2122	1248	646
Malawi	11308	5617	1058	1609	1534	783	420
Mali	11331	5524	1081	1557	1531	778	394
Mauritânia	2665	1321	236	354	361	203	110
Mauritius	1161	579	45	105	15	145	81
Mocambique	18292	9342	1589	2426	2475	1377	753
Namíbia	1757	868	142	245	242	152	64
Níger	10832	5459	1157	1564	1457	746	382
Nigéria	113862	57383	9996	16068	15825	8410	4546
Ruanda	7609	3765	452	1040	1137	5840	267
São Tomé e Príncipe	158	64	10	17	20	12	2
Senegal	9431	4697	805	1303	1296	751	385
Seicheles	80	40	3	7	11	10	6
Serra Leoa	4405	2165	405	568	580	336	185
África do Sul	43309	21523	2608	4781	4551	4510	2270
Suazilândia	925	456	70	123	130	72	39
Togo	4527	2248	546	620	628	335	178
Uganda	23300	11625	2358	3393	3181	1515	771
Zâmbia	35119	17422	5015	4937	4960	2552	1319
Zâmbia	10421	5246	954	1497	1501	701	369
Zimbábue	12627	6315	1053	1821	1864	898	418
Região das Américas (alta renda)	31429	15535	11231	23580	42303	47526	28675
Bahamas	304	150	15	50	42	35	17
Canadá	30757	15229	920	2095	4166	4817	2933
Estados Unidos da América	282230	139685	10285	21228	39395	53674	28705

Estado-Membros por região da OMS e nível de renda	Mulheres Todas as idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todos	2999797	297863	582630	761707	621085	402225	33687
Alta renda	464797	26478	56255	90803	100963	87204	100094
Baixa e média renda	2535000	271385	526375	670904	5174700	315021	236793
Região Africana (alta e média renda)	320880	53609	86331	88370	48701	27079	16790
Argélia	14945	1721	3155	4515	3891	1392	993
Angola	6635	1292	1867	1700	919	324	324
Bozâca	3150	551	899	849	503	242	137
Burkina Faso	787	111	211	232	121	68	44
Burundi	5959	1099	1699	1642	779	417	321
Camargões	3268	555	955	857	459	272	170
Camargões	7471	1163	2021	2088	1097	663	457
Canã Verde	228	30	53	65	48	14	8
República Centro-Africana	1907	304	497	511	286	181	128
Chad	2985	743	1085	1043	574	320	212
Comargões	552	57	92	105	55	29	16
Congo	1549	281	429	405	233	126	86
Costa do Marfim	7807	1292	2157	2279	1141	648	360
República Democrática do Congo	25735	498	7592	6332	3478	2012	1304
Cote d'Ivoire	251	40	60	58	26	23	13
Eritreia	1842	306	494	490	293	165	94
Etiópia	31545	5568	8589	8287	4815	2787	1002
Gabão	671	97	149	148	96	73	58
Gâmbia	658	103	159	169	123	69	36
Gãna	9632	1397	2527	2827	1545	271	223
Guiné	4052	715	1057	1101	637	348	194
Guiné-Bissau	608	105	156	156	96	57	37
Quênia	15395	2339	4301	4697	2284	1103	561
Lesoto	1025	145	250	276	170	109	75
Libéria	1448	274	246	4914	168	97	72
Madagáscar	8028	1439	2137	2122	1258	675	406
Malawi	3692	1016	1576	1513	811	485	297
Mal	5727	1061	15470	1537	788	445	365
Mauritânia	1344	234	352	360	210	117	70
Maurício	585	47	100	149	140	58	59
Moçambique	9251	1589	2454	2482	1407	625	313
Namíbia	889	149	292	258	136	77	36
Níger	5373	1128	1532	1410	737	372	192
Nigéria	56779	9688	15519	15357	8301	4700	288
Ruanda	3844	642	1047	1150	537	289	179
São Tomé e Príncipe	75	10	17	21	13	4	5
Senegal	4725	787	1281	1292	741	405	218
Seicheles	40	3	7	10	0	6	4
Serra Leoa	2254	403	575	491	350	203	116
África do Sul	21955	2569	4773	6369	4356	2443	1476
Swazilândia	469	69	123	132	75	42	27
Togo	2244	381	617	629	340	192	120
Uganda	11875	2333	3382	3171	1480	527	483
Tanzânia	17597	2963	4889	5050	2637	1425	767
Zâmbia	5185	933	1465	1466	669	393	239
Zimbábue	6313	1021	1826	18741	858	446	320
Região das Américas (alta renda)	159295	10665	22263	31189	26916	29701	28922
Bahamas	154	15	29	41	36	20	14
Canadá	15525	874	1993	3040	3773	2887	2660
Estados Unidos da América	165553	9777	20240	2818	33108	26294	20048

Tabela A1 (continuação)

Estados Membros por região da OMS e nível de renda		Homens							
		Todas Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos	
Região das Américas (alta e média renda)	Américas	513081	254252	27942	54610	72444	51530	29507	18219
Argentina e Barbuda		65	70	3	7	9	7	4	5
Argentina		37032	18163	1779	3436	4785	3454	2612	2098
Bahamas		267	130	9	19	33	35	19	14
Belize		226	115	15	29	54	20	10	7
Bolívia		8329	4144	617	1063	1155	663	393	233
Brasil		170606	84169	8145	16934	24344	8495	10360	5441
Chile		15211	7521	734	1460	1565	737	1057	669
Colômbia		42109	20786	3429	6608	5758	4375	2318	1297
Costa Rica		4024	2490	226	441	537	438	236	142
Cuba		11199	5611	268	850	1310	1432	918	733
Equador		71	55	3	7	9	7	4	5
El Salvador		4224	2224	429	950	1215	816	466	298
Estados Unidos		12646	6350	747	1429	1857	1239	660	410
Guatemala		6278	3062	407	751	854	465	293	201
Haiti		94	46	5	9	13	10	6	4
Honduras		11387	5541	942	1593	1637	838	408	242
Paraguai		761	360	41	76	118	74	36	23
Peru		8112	3949	578	1099	1179	601	326	206
Panamá		6417	3230	491	874	953	524	252	153
Papua Nova Guiné		2578	1250	134	278	370	242	132	113
Paraguai		98872	48926	5705	11011	14605	9371	5091	3156
Paraguai		2071	1023	408	691	741	399	189	135
Panamá		2056	1442	154	303	293	302	172	113
Paraguai		5496	2772	291	511	561	309	267	129
Paraguai		25668	12726	1475	2877	2743	2299	1368	855
São Cristóvão e Neves		38	19	2	4	5	4	2	2
Santa Lúcia		148	72	9	16	22	14	7	5
São Vicente e Granadinas		113	56	6	11	15	3	7	5
Suriname		417	206	20	44	55	43	17	15
Trinidad e Tobago		1284	644	45	119	188	143	91	57
Uruguai		3337	1619	145	278	296	319	211	209
Venezuela		24140	12161	1429	2771	3671	2449	1494	757
Região da África e da Ásia (baixa e média renda)		1535654	756263	80144	172150	218836	160218	90518	54045
Bangladesh		137439	70538	9362	17773	20431	12252	6434	3405
Burkina Faso		2085	1054	167	287	287	57	98	50
Camboja e Laos		22365	11199	987	2030	2789	2728	1644	1001
China		1008997	520112	60614	114665	142912	106143	60892	36792
Coreia do Sul		212693	106379	11094	22082	31038	22647	12123	7394
Maldivas		291	149	34	61	51	33	12	8
Mianmar		47740	23729	2740	5246	5883	4633	2696	1507
Nepal		23012	11511	1833	3852	5184	3923	1150	689
Sri Lanka		18951	9718	784	1751	2609	22174	1449	898
Timor-Leste		62896	31098	2928	5536	8776	7476	4039	2512
Região Europeia (alta renda)		391607	197120	10797	23663	39008	46332	37098	23523
Andorra		86	43	2	5	10	12	8	7
Áustria		8080	3642	208	481	768	1043	739	690
Bélgica		10219	5060	282	621	978	1198	971	866
Dinamarca		5830	2671	169	330	499	607	564	454
Finlândia		5172	2523	148	329	492	569	566	420
Frância		59233	28436	1862	3817	5687	6431	3526	2138
Alemanha		82017	40148	1965	4583	7254	10564	7897	7895
Grecia		10610	5230	239	565	1107	1138	963	1122

Estados Membros por região da OMS e nível de renda		Mulheres							
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos	
Região	das	Américas	258829	26872	52717	7181	53591	31566	22273
(média e média renda)									
Argentina e Eschada		55	3	6	8	7	4	3	
Argentina		18868	1720	330	4691	3500	2783	2836	
Bolivia		173	8	19	23	32	21	22	
Bolivia		111	17	28	324	20	9	7	
Bolivia		4155	593	1026	1149	711	426	260	
Brazil		56238	7890	16298	24223	19506	11331	7380	
Chile		7590	707	1418	1821	1742	1113	882	
Colômbia		51719	2331	4938	5727	4699	2555	1586	
Costa Rica		1092	216	420	528	426	235	138	
Cuba		5558	350	809	1288	1421	953	796	
Equador		56	3	7	9	8	5	4	
República Dominicana		4119	481	915	1150	841	488	284	
Equador		5296	719	1303	1812	1271	684	460	
El Salvador		3196	590	707	949	573	327	250	
Guatemala		45	4	9	12	10	6	5	
Guatemala		5648	903	1527	1593	852	490	310	
Haiti		392	48	75	119	85	45	26	
Haiti		4153	557	1072	1187	687	402	253	
Honduras		3152	472	844	910	526	261	173	
Jamaica		1300	129	270	362	288	139	124	
México		49946	5665	10590	14694	10006	5385	3707	
Nicarágua		2548	398	689	742	414	208	127	
Panamá		1415	147	290	284	302	174	118	
Paraguai		1048	339	688	940	495	259	164	
Peru		12526	1421	2794	3527	2290	1442	952	
São Cristóvão e Neves		19	2	4	5	4	3	2	
Santa Lúcia		25	8	15	22	15	8	7	
São Vicente e Granadinas		57	5	11	15	12	8	6	
Suriname		210	20	43	63	46	20	15	
Trinidad e Tobago		551	43	116	185	147	92	67	
Uruguai		1718	139	266	393	371	265	224	
Venezuela		13009	1888	2859	3271	2443	1421	827	
Região da Síntese da Ásia		549368	87306	162512	204600	149646	88187	35389	
(média e média renda)									
Bangladesh		56282	9090	16765	18111	12122	6095	3351	
Burma		1052	160	276	271	157	99	71	
Coreia do Norte		11660	945	1943	2675	2629	1665	1236	
Índia		455626	56384	106824	131070	92562	5899	4066	
Indonésia		105713	10688	21567	30239	22054	12615	8750	
Maldivas		145	23	39	39	25	11	7	
Mianmar		24020	2667	5154	6866	4732	2818	1734	
Nepal		11232	1730	2839	2968	1875	1125	692	
Sri Lanka		9296	767	1681	2146	2115	1238	861	
Taiilândia		21728	2851	5428	8815	7889	4197	2788	
Região Eurovia (alta renda)		201480	10234	22287	37512	45016	37558	45105	
(média e média renda)									
Áustria		41	2	4	9	12	7	7	
Áustria		4138	198	456	739	992	758	856	
Bélgica		5229	269	596	911	1159	959	1202	
Dinamarca		2687	159	314	481	581	553	600	
Finlândia		2649	141	315	472	549	560	612	
Frância		50985	1771	3648	5875	6453	5484	3091	
Alemanha		41569	1861	4330	6838	9875	7778	11184	
Grecia		5590	262	552	1104	1158	982	1301	

Tabela A1 (continuação)

Estados Membros por região da OMS e nível de renda		Total b						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	Homens 15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Europeia (alta renda – continuação)								
Islândia		279	140	11	25	52	37	217
Irlanda		3803	1890	136	288	902	384	324
Israel		6040	2990	316	560	773	561	429
Itália		57530	27002	1380	2870	9685	6676	5434
Luxemburgo		437	215	14	28	42	59	42
Malta		35	16	1	2	5	4	5
Países Baixos (Holanda)		15864	7562	480	1005	1520	1992	1616
Noruega		4469	2213	149	305	437	508	437
Portugal		10015	4819	288	569	1139	1065	860
San Marino		27	13	1	1	5	3	3
Espanha		39910	19511	939	2088	7657	4631	3151
Suécia		8841	4393	226	399	819	941	921
Suíça		7170	3546	187	424	619	896	764
Reino Unido		59415	29542	1864	3972	5733	6896	5529
Região Europeia (alta e média renda)	Europeia	478955	236651	15396	38477	59421	51974	36583
Região da América Ocidental e do Pacífico (alta e média renda)								
Albânia		3134	1609	159	326	418	265	203
Armênia		3287	1697	106	356	406	433	331
Azerbaijão		8041	3649	214	886	1062	925	292
Bélgica		10187	4746	241	757	1153	750	783
Bósnia-Herzegovina		3977	1988	106	283	462	221	342
Bulgária		7849	3864	162	479	890	813	773
Croácia		1651	8271	138	292	386	527	131
República Checa		10210	4999	213	633	1229	1045	1096
Estonia		1393	649	31	95	155	150	99
Geórgia		6267	3113	153	799	611	494	379
Hungria		9965	4756	251	613	1149	1001	983
Coreia do Sul		16172	7944	648	1570	2137	1607	1011
Quênia		4921	2413	265	579	876	486	230
Litânia		2671	1116	48	168	26	365	263
Lituânia		3698	1743	95	272	412	423	289
Moldávia		390	192	12	28	44	40	28
Polónia		38605	18761	1024	2767	4772	4143	3498
Romênia		4295	2054	133	315	549	437	325
Romênia		22435	10997	584	1511	2760	2376	1930
Federação Russa		145491	68130	3254	10103	16713	10737	11983
Eslovênia		5399	2623	148	391	585	590	479
Eslovênia		1988	966	46	116	22	230	201
Indonésia		6087	3022	393	822	852	551	232
República da Macedônia (alta e média renda)		2034	1017	71	167	249	236	177
Eslovênia								
Coreia do Sul		66665	33676	3614	6381	10000	6843	4024
Coreia do Sul		4737	2345	305	598	553	463	197
Coreia do Sul		49565	24019	1122	1497	5549	3781	4011
Uzbequistão		24861	12257	14707	3182	3535	2436	1045
Eslovênia		10552	5244	332	762	1226	1109	970
Região da América Ocidental e do Pacífico (alta e média renda)	Ocidental	5879	2994	230	597	753	1000	763
Região da América Ocidental e do Pacífico (baixa e média renda)								
Chile		784	391	28	66	89	85	69
Quênia		1914	1113	73	213	287	261	205
Quênia		565	286	27	50	62	41	74
Estados Unidos		2606	1722	107	290	545	513	414
Região da América Ocidental e do Pacífico (baixa e média renda)	Ocidental	475735	24537	34697	62275	57412	41988	23809
Região da América Ocidental e do Pacífico (baixa e média renda)								
Alcunhado		21785	11227	1984	2923	3018	1814	1008

Estados-Membros por região da OMS e nível de renda			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	Mulheres 15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Europeia (alta renda – continuação)									
Islândia			179	10	21	51	37	23	25
Irlanda			1913	128	276	581	299	321	321
Israel			3350	288	533	757	581	485	455
Itália			29528	127	2728	87700	6631	5635	7357
Luxemburgo			222	12	26	41	52	40	49
Malta			17	1	2	3	4	3	6
Países Baixos (Holanda)			8002	457	966	1754	1964	1567	1549
Polónia			3755	14	789	761	487	377	148
Portugal			5137	272	542	1132	1068	943	1210
San Marino			17	1	1	3	2	3	7
Espanha			26700	577	1970	7752	4594	3555	952
Suécia			4757	274	269	781	898	898	1109
Suíça			3624	178	405	589	837	743	871
Reino Unido			30173	1779	3778	5777	67047	5578	5047
Região Europeia (baixa e média renda)			24857	14736	36869	57486	52418	40312	26495
Albânia			1571	150	305	591	346	189	150
Arménia			1953	107	336	479	479	275	286
Azerbaijão			4982	296	836	1324	996	437	493
Bélgica			8441	227	764	1147	1203	911	1248
Bósnia Herzegovina			2009	99	266	457	511	357	379
Bulgária			4185	155	457	852	875	841	476
Croácia			2471	121	279	450	518	442	562
República Checa			5775	270	677	1178	1015	1156	1175
Dinamarca			745	30	91	151	151	140	182
Geórgia			2750	146	378	587	611	437	591
Hungria			5212	279	586	1199	992	1038	1209
Guatemala			8529	625	1520	2394	1818	1141	1131
Quirguistão			2538	128	567	679	497	249	266
Letónia			1338	46	166	257	265	242	334
Lituânia			1957	97	261	430	427	341	434
Malta			147	12	26	41	39	40	88
Polónia			13844	770	2637	4534	4060	3724	3843
Moldova			2272	136	366	555	435	379	558
Roménia			11451	552	1447	2659	2351	2044	2406
Federação Russa			77557	5708	9657	16269	16774	13798	17584
Eslovénia			2775	147	371	662	580	515	501
Eslovénia			1322	44	116	212	228	198	239
Estónia			3055	88	261	430	427	341	434
Republika de Sérvia			1017	70	153	258	229	76	150
Ucrânia			32032	1494	6332	9529	6685	3963	3019
Turquia			2397	286	583	645	477	212	179
Ucrânia			29679	1008	4757	5540	3577	1775	9836
Uzbequistão			12524	12547	3079	3487	2366	1039	1309
Ungria			5525	308	716	1178	1068	938	1382
Região das Américas (alta renda)			22775	1779	3778	5777	440	389	157
Chile			395	26	62	85	83	76	58
Coreia			800	77	224	262	126	88	28
Costa Rica			199	56	48	45	51	23	5
Estados Unidos			884	96	229	254	180	168	57
Região das Américas (baixa e média renda)			252299	37023	58158	64326	38840	22641	13650
Afganistão			10558	1852	2736	2796	1675	655	519

Tabela A1 (continuação)

Estados Membros por região da OMS e nível de renda			Total h					
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	Homens		
						15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos
								≥ 60 anos
								2008
Região Mediterrânea Oriental								
(baixa e média renda – continuação)								
Bahrain		613	568	29	63	75	120	61
Djibouti		632	293	52	86	80	38	28
Egito		67594	34064	4095	8182	9788	6652	3721
Irã		22846	11608	1817	3083	3329	939	1018
República Islâmica do Irã		70550	35968	3882	9640	10578	6420	37012
Jordânia		4415	2254	390	618	791	429	194
Líbano		3495	1711	171	384	495	257	163
Líbia		5290	274	329	589	877	473	316
Marruecos		29378	14984	1832	3441	4437	2948	1429
Oman		2538	1342	206	363	534	223	166
Palestina		112556	75022	11127	18995	19041	11856	7231
Arábia Saudita		23546	10812	1630	2835	2882	1331	1571
Síria		8778	4238	897	1216	1154	619	314
Sudão		31365	15039	2412	3943	4390	2645	1456
Síria		15159	5200	1145	2228	2455	1400	575
Túnia		9159	4776	430	1013	144	986	511
Yêmen		18149	9442	1995	2703	2402	1308	439
Região Pacífica Ocidental		201220	93220	5745	11957	22508	23029	20208
(alta renda)								
Austrália		19158	9526	648	1368	2127	3176	1788
Burúni		323	179	18	36	41	44	25
Japão		127096	52312	3159	6424	13292	13493	14004
Korea Zelândia		3778	1867	112	502	593	424	355
Coreia do Sul		45770	22522	1631	3517	8229	6209	2679
Singapura		4018	2023	145	310	412	383	376
Região Pacífica Ocidental		1433206	761340	63450	141343	195138	18236	111291
(baixa e média renda)								
Camboja		15134	5288	1070	1846	1700	1050	518
China		1283437	639410	51092	118265	163941	162698	101353
Ilhas Cook		20	10	1	2	5	2	1
Micronésia		125	84	9	15	16	2	2
Filipinas		814	414	50	90	118	65	49
Kiribati		85	43	6	10	11	8	5
Laos		5279	2630	426	722	719	420	210
Malásia		22218	11355	1350	2510	3029	3386	1557
Ilhas Marshall		51	26	4	6	7	5	3
Mongólia		2555	1268	139	315	387	259	105
Nauru		12	5	1	2	2	1	1
Níue		2	1	<1	<1	<1	<1	<1
Palau		19	10	1	2	2	2	1
Papua Nova Guiné		4829	2507	366	635	746	436	223
Polínia		75573	36063	5031	9474	10979	6625	3785
Samoa		159	83	11	23	27	2	6
Ilhas Salomão		447	220	41	63	56	23	18
Tonga		94	53	6	12	15	0	6
Tuvalu		10	5	1	1	2	1	1
Vanuatu		147	7	1	1	2	1	1
Vanuatu		78157	38838	3939	9293	11375	7873	3633
Vanuatu		78157	38838	3939	9293	11375	7873	3633

Fonte: Nações Unidas 2001

a Os números foram arredondados ao milhar mais próximo. Qualquer discrepância aparente na soma total são resultado de arredondamentos.

b Total excluindo de homens e mulheres.

c Nenhum país de alta renda na região.

Estados-Membros por região da OMS e nível de renda	Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	Mulheres 15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrânea Oriental (baixa e média renda – continuação)							
Bahrain	272	28	66	68	52	20	11
Djibouti	333	31	85	84	53	43	21
Irã	32521	3015	7811	9137	6367	2871	2359
República Islâmica do Iraque	11280	1759	2935	3178	1875	1001	553
Jordânia	31232	3672	9107	10154	6807	3496	1895
Líbano	2339	3672	9107	10154	6807	3496	1895
Líbia	1766	164	370	450	404	197	152
Marrocos	2549	34	563	848	444	248	153
Omã	14914	1766	3318	4307	2966	1511	1249
Paquistão	1191	1766	3318	4307	2966	1511	1249
Arábia Saudita	68634	10783	17826	18240	11178	6562	4263
Somália	9474	1558	2715	2590	1530	831	453
Síria	15457	2316	3806	4281	264	1504	935
Síria	2588	1093	2144	3417	1540	593	431
Tunísia	4682	406	964	1357	1005	522	422
Yemen	9207	1912	2575	2285	1578	680	578
Região Pacífico Ocidental (alta renda)	101778	5968	11142	91475	31594	30726	21925
Austrália	9608	615	1296	2052	2179	1762	1705
Brunei	156	17	34	35	39	19	5
Japão	64841	29493	6118	12740	1229	14132	13674
Nova Zelândia	1037	135	288	383	452	337	323
Coreia do Sul	22218	1474	3118	5833	6107	2653	2384
Singapura	1595	135	289	338	585	370	277
Região Pacífica Ocidental (baixa e média renda)	724667	57838	128958	156113	174027	105926	74795
Camboja	6715	1057	1797	1681	1170	665	356
China	622027	45892	104807	155577	154205	94675	67867
Ilhas Cook	9	1	2	3	2	1	1
Myanmar	55	8	15	15	11	6	4
Nepal	400	47	85	112	82	50	25
Quênia	40	6	10	10	7	4	3
Laos	2643	410	688	705	411	231	152
Malásia	10364	138	2405	3025	2269	1314	721
Ilhas Marshall	25	4	6	6	4	3	2
Mongólia	1265	123	265	230	262	109	79
Nauru	6	1	1	1	1	1	<1
Níger	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Palau	9	1	2	2	2	1	1
Papua Nova Guiné	2303	34	283	657	422	217	98
Filipinas	43361	4508	9001	10611	680	3843	2284
Ruanda	25	1	21	27	9	6	5
Ilhas Salomão	217	38	59	61	34	17	9
Tonga	47	6	11	13	9	5	4
Tuvalu	5	1	1	1	1	1	<1
Vanuatu	96	14	25	26	17	8	5
Vietnã	35199	2804	9024	11235	8179	2782	3106

TABELA A.2

Estimativa de mortalidade por lesão intencional a, por gênero, faixa etária, região OMS e nível de renda, 2000

Números absolutos (em milhares) b

Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	1659	1153	41	54	351	520	205	182
	alta	198	11	1	1	24	51	22	27
	baixa e média	1510	1042	40	54	326	468	178	156
Região Africana d	baixa e média	311	225	17	23	72	57	31	25
Região das Américas	todas	228	56	2	3	87	50	28	17
	alta	26	44	<1	1	13	14	9	7
	baixa e média	171	132	1	2	74	45	19	10
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	317	153	1	1	74	56	19	10
Região Europeia	todas	303	225	2	5	50	73	38	44
	alta	55	41	<1	<1	7	11	7	31
	baixa e média	248	183	2	5	46	67	48	31
Região Mediterrâneo Oriental	todas	95	63	1	5	20	11	7	5
	alta	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	95	61	1	5	20	11	7	5
Região Pacífico Ocidental	todas	405	216	1	4	50	55	44	31
	alta	37	26	<1	<1	4	5	8	7
	baixa e média	368	190	1	4	45	49	36	25

Taxa por 100 mil habitantes

Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	28,3	40,5	13,0	8,5	44,0	49,7	50,7	57,4
	alta	14,4	22,1	2,2	1,3	27,5	29,4	31,3	35,2
	baixa e média	32,1	44,6	14,1	9,6	48,2	53,8	56,0	59,6
Região Africana d	baixa e média	60,9	94,6	31,2	21,9	80,9	118,0	119,7	182,5
Região das Américas	todas	27,7	45,6	3,8	3,4	82,3	89,2	48,0	63,1
	alta	17,2	27,6	4,0	2,4	43,8	56,3	30,7	33,3
	baixa e média	34,3	62,1	3,8	3,8	100,7	89,7	61,9	51,5
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	22,8	31,9	6,0	8,9	31,9	56,6	41,8	54
Região Europeia	todas	32,0	52,3	6,5	7,9	54,7	79,6	78,1	57,0
	alta	11,5	17,5	0,9	0,7	16,6	34,9	26,7	34,3
	baixa e média	49,5	82,7	10,4	12,4	75,1	128,4	130,2	108,9
Região Mediterrâneo Oriental	todas	21,6	25,4	99,9	7,3	27,1	26,6	27,2	40,1
	alta	10,2	12,9	3,9	3,2	19,9	17,6	12,3	20,2
	baixa e média	21,8	27,3	40,2	7,3	29,3	26,9	37,7	41,3
Região Pacífico Ocidental	todas	24,2	28,2	1,9	2,2	22,9	28,2	27,7	41,2
	alta	15,4	22,3	1,1	1,2	15,9	27,9	32,2	80,6
	baixa e média	26,2	27,7	2,0	3,0	27,2	26,6	22,2	80,6

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%)

Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	32,8	32,8	15,0	20,0	39,8	55,9	34,7	31,9
	alta	31,5	35,7	12,8	14,9	37,2	43,7	41,9	26,1
	baixa e média	32,9	30,6	15,1	20,1	40,0	58,9	33,8	38,2
Região Africana d	baixa e média	41,3	43,5	23,7	29,7	56,3	53,4	40,8	43,0
Região das Américas	todas	40,5	44,9	8,7	15,6	57,7	50,2	41,2	29,0
	alta	33,1	37,9	19,6	19,6	46,2	42,5	39,9	25,7
	baixa e média	43,9	47,5	7,1	17,1	60,4	52,9	41,8	29,3
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	23,1	24,3	7,9	13,7	28,1	28,4	26,1	21,1
Região Europeia	todas	37,1	39,2	16,0	29,7	41,7	43,2	39,2	34,8
	alta	29,6	37,5	8,1	10,6	28,9	40,6	42,8	27,1
	baixa e média	39,4	40,7	17,0	31,9	34,2	32,1	38,2	38,9

Números absolutos (em milhares) 1)

Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	576	29	37	153	119	79	97
	alta	38	<1	1	6	10	9	12
	baixa e média	198	23	37	147	109	65	85
Região Africana e Região das Américas	baixa e média	86	12	13	22	15	9	6
	todas	31	1	1	1	9	2	4
	alta	12	<1	<1	2	3	2	2
Região do Sudeste Asiático e Região Europeia	baixa e média	14	1	1	2	3	2	2
	todas	101	4	13	37	23	12	12
	alta	6	1	1	1	17	14	21
Região Mediterrânea Oriental	baixa e média	15	<1	<1	2	3	4	6
	todas	59	1	1	9	13	11	15
	alta	34	1	5	12	5	2	4
Região Pacífica Ocidental ²⁾	baixa e média	4	4	<1	<1	<	<1	<
	todas	34	<1	5	12	5	3	4
	alta	189	1	3	50	30	11	32
	baixa e média	11	<1	<1	2	2	2	5
		178	1	3	48	47	31	47

Dados por 100 mil habitantes

Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	17,3	7,7	6,4	20,1	19,1	19,1	29,2
	alta	6,9	1,8	0,9	6,7	9,2	10,3	12,2
	baixa e média	14,7	8,3	7,0	21,9	21,1	21,3	36,5
Região Africana e Região das Américas	baixa e média	29,6	21,5	14,6	36,1	31,5	32,2	36,4
	todas	7,5	2,7	1,8	10,5	10,1	8,4	7,2
	alta	2,1	3,2	1,4	8,3	10,8	9,9	6,6
Região do Sudeste Asiático e Região Europeia	baixa e média	7,5	2,6	2,0	11,5	9,6	7,5	7,9
	todas	14,3	4,2	8,5	15,3	15,2	14,2	19,7
	alta	12,5	3,9	5,1	11,9	17,2	18,4	21,6
Região Mediterrânea Oriental	baixa e média	5,7	0,7	0,5	4,4	7,5	5,7	11,7
	todas	18,3	5,2	3,1	15,9	25,5	26,5	31,9
	alta	15,5	1,1	0,8	19,1	12,9	11,7	27,2
Região Pacífica Ocidental ²⁾	baixa e média	4,4	2,1	0,7	5,2	6,0	4,0	6,1
	todas	15,7	12,2	0,8	19,2	13,0	11,7	27,4
	alta	22,5	2,3	2	34,5	25,3	26,0	53,5
	baixa e média	8,3	1,2	0,9	8,4	9,9	12,8	21,0
		25,0	2,3	2,5	26,2	27,2	29,2	62,8

Proporção de todas as mortes resultantes de JcJc (%)

Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	50,7	6,3	18,1	42,8	42,5	57,3	26,0
	alta	24,4	14,8	17,1	35,2	45,3	43,1	13,7
	baixa e média	31,4	10,2	18,1	49,9	42,0	56,6	29,9
Região Africana e Região das Américas	baixa e média	35,8	10,0	27,2	60,9	44,3	36,8	27,4
	todas	25,3	9,2	18,1	43,1	41,0	39,2	9,0
	alta	22,6	33,4	19,6	32,6	39,1	45,0	8,1
Região do Sudeste Asiático e Região Europeia	baixa e média	27,3	7,1	17,7	46,2	42,5	29,6	10,5
	todas	21,9	7,5	14,6	29,1	26,5	23,8	14,5
	alta	33,8	11,7	18,7	39,1	26,5	22,8	14,5
Região Pacífica Ocidental ²⁾	baixa e média	21,8	8,5	12,9	31,0	36,8	48,1	12,5
	todas	35,1	21,1	19,5	41,0	46,8	35,7	30,1
	alta							

TABELA A.2 (continuação)

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)									
Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrâneo Oriental	todas	28,5	28,5	41,0	17,5	33,1	28,4	21,2	21,0
	alta	19,0	19,0	15,8	17,2	21,4	22,1	18,1	18,6
	baixa e média	28,2	29,0	41,1	17,9	32,2	28,5	20,4	21,1
Região Pacífico Ocidental	todas	33,1	33,5	1,9	7,6	29,3	31,6	33,5	39,3
	alta	33,0	32,3	3,0	10,2	32,4	41,3	43,8	25,1
	baixa e média	33,2	29,8	1,8	7,5	29,1	30,7	31,8	42,2
Proporção de todas as mortes (%)									
Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	3,0	3,9	0,7	7,4	13,6	10,6	4,7	1,2
	alta	1,9	2,7	1,1	7,3	26,4	15,7	5,2	0,8
	baixa e média	3,2	4,1	0,7	7,4	12,2	10,2	4,6	1,3
Região Africana	baixa e média	2,9	4,1	0,8	10,5	13,8	6,4	5,0	2,5
Região das Américas	todas	3,9	6,2	0,6	7,1	40,2	20,2	6,0	0,9
	alta	2,1	3,3	0,3	11,0	37,3	16,7	4,7	0,7
	baixa e média	5,4	8,4	0,4	6,8	41,2	21,7	6,8	1,1
Região do Sudeste Asiático e Pacífico	baixa e média	2,2	2,8	0,3	3,9	12,7	7,4	3,1	0,9
	todas	4,1	4,9	1,2	6,2	29,3	9,7	2,0	1,3
	alta	1,4	2,1	0,7	4,0	12,8	14,6	4,6	0,5
Região Mediterrâneo Oriental	baixa e média	4,3	6,6	1,3	18,1	32,0	20,8	7,9	1,5
	todas	2,4	2,5	1,9	5,9	12,2	6,5	2,6	0,7
	alta	2,4	3,0	1,3	9,7	16,2	9,7	2,1	0,3
Região Pacífico Ocidental	baixa e média	2,4	2,9	1,8	5,9	12,2	6,9	2,6	0,7
	Todas	3,6	3,4	0,2	3,8	17,2	11,4	4,3	1,8
	Não	2,6	3,7	0,8	5,2	25,8	16,4	7,2	1,5
	baixa e média	3,7	3,4	0,2	3,7	16,0	11,0	4,2	1,6

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doenças para 2000, Versão 1.

a. Lesão mortal = C14-D1-X94-Y19, Y35, Y46-D1129-E920-E922-E999.

b. Os números foram arredondados ao milhar mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado do arredondamento.

c. Total combinado de homens e mulheres.

d. Nenhum país de alta renda na região.

e. Estimativa única.

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrâneo Oriental	todas	27.1	12.2	25.3	44.7	34.5	22.5	24.7
	alta	22.2	12.4	9.3	34.2	26.1	18.0	13.8
	baixa e média	27.1	12.2	25.3	44.7	34.6	22.5	24.8
Região Pacífico Ocidental	todas	40.6	2.2	1.1	52.5	56.9	50.4	43.0
	alta	32.3	2.4	1.7	46.2	52.1	48.1	32.7
	baixa e média	41.5	2.2	1.0	52.5	56.9	50.6	47.1

Proporção de todas as mortes (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	1.9	0.4	5.2	8.8	5.8	2.9	3.7
	alta	1.0	0.5	4.8	18.1	10.0	2.3	0.3
	baixa e média	2.1	0.4	5.2	8.6	5.6	2.8	3.8
Região Africana d	baixa e média	1.7	0.6	5.7	1.1	1.5	2.0	3.6
Região das Américas	todas	1.1	0.5	5.1	13.7	6.3	1.8	0.2
	alta	0.9	2.2	9.1	17.9	9.2	2.4	0.2
	baixa e média	1.4	0.4	4.5	12.7	5.0	1.3	0.2
Região do Sudeste Asiático e	baixa e média	1.6	0.2	4.8	7.5	4.2	1.5	0.4
Região Europeia	todas	1.4	0.2	6.9	17.4	11.6	4.0	1.5
	alta	0.7	0.6	4.1	14.2	9.2	3.4	0.3
	baixa e média	1.8	0.8	7.1	18.7	12.4	4.2	1.7
Região Mediterrâneo Oriental	todas	1.8	0.6	6.7	9.7	4.0	1.4	0.6
	alta	1.1	0.8	2.8	14.2	5.2	1.1	0.2
	baixa e média	1.8	0.6	6.7	9.7	4.0	1.4	0.6
Região Pacífico Ocidental	todas	3.7	0.3	3.8	24.7	16.5	5.9	1.5
	alta	1.8	1.1	6.6	25.0	12.3	5.4	0.8
	baixa e média	4.0	0.3	3.7	24.7	16.7	5.9	1.7

TABELA A.3

Estimativas de mortalidade por homicídio a, por gênero, faixa etária, região OMS e nível de renda, 2000

Números absolutos (em milhares) b

Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Totais	todas	520	401	18	15	155	120	60	35
	alta	36	5	1	<1	5	6	3	1
	baixa e média	484	392	18	13	147	114	57	34
Região Africana d	baixa e média	116	82	10	4	30	19	10	9
	todas	199	42	1	2	72	44	17	7
	alta	19	3	<1	<1	7	4	2	10
Região do Sudeste Asiático e f	baixa e média	140	128	1	2	55	39	15	8
	baixa e média	78	51	3	1	13	14	11	9
	todas	78	38	<1	1	15	23	13	6
Região Europeia	alta	4	3	<1	<1	1	1	1	<1
	baixa e média	74	36	<1	<1	14	22	13	6
	todas	31	20	2	1	5	5	2	2
Região do Mediterrâneo Oriental	alta	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	30	15	2	1	5	3	2	2
	todas	99	45	1	2	17	15	6	5
Região Pacífico Ocidental	alta	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	57	44	1	2	15	15	6	3

Taxa por 100 mil habitantes

Região OMS	Nível de renda	Total c, e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Totais	Todas	8,8	3,6	0,9	2,1	19,4	18,7	14,8	17,0
	alta	2,9	4,3	2,2	3,1	8,4	5,5	3,4	1,9
	baixa e média	10,1	3,6	6,1	2,5	20,9	21,3	17,9	17,2
Região Africana d	baixa e média	22,3	33,4	17,9	1,9	34,1	39,6	39,5	63,3
	todas	19,2	24,7	2,5	2,4	55,6	49,1	28,0	16,4
	alta	6,5	9,8	4,0	1,2	21,4	11,6	6,7	3,78
Região do Sudeste Asiático e f	baixa e média	27,5	37,0	2,3	2,9	59,2	76,4	50,4	31,9
	baixa e média	5,8	8,1	3,9	2,2	5,0	8,8	11,5	16,9
	todas	8,4	12,0	1,7	3,8	15,1	23,5	18,1	9,3
Região Europeia	alta	1,6	4	6,9	3,3	1,78	3,1	1,6	1,1
	baixa e média	14,8	433,2	2,2	1,2	55,9	42,6	34,8	19,7
	todas	7,1	9,4	5,0	2,9	11,9	11,1	9,8	13,6
Região do Mediterrâneo Oriental	alta	4,2	6,0	1,4	3,5	19,1	9,1	4,1	5,7
	baixa e média	7,2	9,41	5,1	2,9	11,3	11,1	10,9	15,7
	todas	3,4	2,1	1,9	1,5	7,9	7,4	24,9	3,4
Região Pacífico Ocidental	alta	1,1	1,3	1,1	3,5	1,5	2,0	1,6	1,1
	baixa e média	3,8	5,6	2,0	1,5	8,6	8,0	5,5	3,9

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%)

Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Totais	todas	10,9	11,7	6,7	4,8	17,6	14,5	13,1	6,3
	alta	5,56	6,0	12,7	6,9	12,2	2,0	4,4	1,4
	baixa e média	10,8	12,3	6,6	4,8	15,0	15,1	13,8	7,2
Região Africana d	baixa e média	15,4	16,0	13,3	5,6	27,2	17,9	17,5	14,9
	todas	28,4	32,6	8,0	12,5	47,3	36,7	24,7	9,0
	alta	11,4	12,6	19,8	9,9	23,78	13,7	8,7	2,8
Região do Sudeste Asiático e f	baixa e média	35,8	35,9	6,2	15,1	57,2	45,1	32,5	15,4
	baixa e média	5,7	6,1	5,1	4,5	5,3	6,8	7,8	6,6
	todas	9,5	9,0	4,2	5,1	11,7	12,0	9,1	4,5
Região Europeia	alta	2,3	3,3	8,1	5,9	5,0	3,8	2,5	0,9
	baixa e média	11,5	11,4	3,7	3,0	15,6	14,3	13,3	7,1

Números absolutos (em milhares) b								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	119	14	12	35	27	18	13
	alta	7	<1	<1	3	2	1	1
	baixa e média	112	14	11	32	25	17	14
Região Africana d	baixa e média	34	7	2	12	7	4	2
Região das Américas	todas	17	1	1	7	5	2	1
	alta	5	<1	<1	1	2	1	<1
	baixa e média	12	1	1	5	4	1	1
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	24	3	4	3	4	5	4
Região Europeia	todas	20	<1	<1	4	6	4	5
	alta	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	18	<1	<1	4	5	4	5
Região Mediterrânea Oriental	todas	11	2	2	4	2	1	1
	alta	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	11	2	2	3	2	1	1
Região Pacífica Ocidental	todas	14	1	1	4	4	25	2
	alta	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	13	1	1	4	4	2	1

Taxa por 100 mil habitantes								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	2,0	1,8	2,0	4,1	4,3	4,2	4,2
	alta	1,5	1,8	0,5	2,0	3,1	1,2	1,0
	baixa e média	4,6	5,1	2,1	4,7	4,7	5,4	6,1
Região Africana d	baixa e média	11,8	12,7	2,9	14,1	13,6	14,6	11,6
Região das Américas	todas	4,0	2,6	1,2	6,1	5,7	3,3	2,6
	alta	3,0	3,2	1,0	4,4	4,2	3,2	1,7
	baixa e média	4,8	2,3	1,0	7,3	6,6	4,3	3,8
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	3,5	3,5	2,6	1,6	2,5	5,7	7,3
Região Europeia	todas	3,9	1,2	0,7	4,0	5,7	3,6	3,4
	alta	0,6	0,7	0,2	0,7	0,8	0,7	0,7
	baixa e média	6,8	1,6	1,0	6,1	9,9	10,1	10,3
Região Mediterrânea Oriental	todas	4,8	5,5	3,6	5,4	4,3	3,8	5,9
	alta	1,2	0,1	0,0	1,5	1,3	1,1	2,6
	baixa e média	4,8	5,5	3,6	5,4	4,4	2,8	5,9
Região Pacífica Ocidental	todas	1,7	2,2	1,0	1,9	2,0	1,4	1,6
	alta	0,8	1,5	0,4	0,8	1,1	0,8	0,8
	baixa e média	1,8	2,3	1,0	2,0	2,1	1,6	1,9

Proporção de todas as mulheres resultantes de testes (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	7,2	6,1	5,6	9,5	8,8	8,8	7,1
	alta	4,4	14,7	10,2	10,4	5,2	5,2	1,1
	baixa e média	7,5	6,3	5,5	9,5	9,2	9,2	5,0
Região Africana d	baixa e média	14,3	11,0	5,4	19,4	16,7	16,7	6,9
Região das Américas	todas	15,7	8,7	11,8	25,0	12,7	12,7	3,2
	alta	8,8	22,4	13,5	15,3	8,3	8,3	2,7
	baixa e média	17,4	6,5	11,4	29,6	17,0	17,0	5,0
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	4,9	6,4	4,6	4,3	9,5	9,5	5,4
Região Europeia	todas	9,3	4,1	6,2	15,9	11,6	11,6	5,3
	alta	2,0	8,9	6,0	5,7	3,4	3,5	0,7
	baixa e média	12,8	3,8	6,2	15,2	13,7	13,7	9,7

TABELA A.3 (continuação)

Proporção de todas as mortes voluntárias de lesões (%) (continuação)									
Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrânea Oriental	todas	9.0	9.2	5.2	4.9	17.9	11.8	8.4	7.0
	alta	8.3	8.7	5.6	3.0	11.4	11.8	5.0	4.7
	baixa e média	9.1	9.2	5.2	4.9	12.9	11.8	8.5	7.0
Região Pacífica Ocidental	todas	4.8	5.9	1.9	3.9	10.1	8.7	4.9	1.8
	alta	2.0	1.8	3.0	4.5	2.5	2.9	1.7	0.7
	baixa e média	5.1	6.4	1.8	3.9	10.8	9.3	5.5	2.7
Proporção de todas as mortes (%)									
Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	0.9	1.4	0.3	1.8	8.2	4.0	1.4	0.3
	alta	0.5	0.5	1.4	3.4	8.7	2.9	0.6	0.0
	baixa e média	1.0	1.5	0.3	1.8	8.2	4.0	1.5	0.3
Região Africana d	baixa e média	1.1	1.5	0.4	1.6	5.8	2.2	1.7	0.9
	todas	2.7	4.5	0.5	5.3	35.2	14.8	3.6	0.4
	alta	0.7	1.1	2.2	5.5	18.1	5.3	1.0	0.1
Região do Sudeste Asiático e e	baixa e média	4.4	7.0	0.1	5.2	26.1	19.5	5.3	0.7
	baixa e média	0.5	0.7	0.2	1.4	2.4	1.8	0.9	0.3
	todas	0.8	1.2	0.3	1.7	8.3	5.8	1.6	0.2
Região Europeia	alta	0.1	0.1	0.7	1.6	2.0	1.2	0.3	0.0
	baixa e média	1.5	1.8	0.3	1.7	9.8	6.9	2.1	0.3
	todas	0.8	0.9	0.2	1.6	5.9	2.9	0.9	0.2
Região Mediterrânea Oriental	alta	0.8	0.9	0.2	1.6	5.9	2.9	0.9	0.2
	alta	1.0	1.4	0.5	1.7	8.6	5.0	0.7	0.2
	baixa e média	0.8	0.9	0.2	1.6	5.9	2.9	0.9	0.2
Região Pacífica Ocidental	todas	0.5	0.7	0.2	1.9	6.0	3.1	0.7	0.1
	alta	0.2	0.2	0.8	2.2	1.8	1.2	0.3	0.0
	baixa e média	0.6	0.8	0.2	1.9	6.3	3.3	0.7	0.1

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1.

a. Homicídios CID-10 N85-Y09 (CID-9 E960-E963).

b. Os números foram arredondados ao milhar mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado de arredondamento.

c. Total combinando de homens e mulheres.

d. Nenhum país de alta renda na região.

e. Países em desenvolvimento.

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrânea Oriental	todas	8.8	5.1	10.5	12.6	11.6	9.0	5.4
	alta	5.9	2.9	0.2	9.5	5.5	6.3	6.0
Região Pacífica Ocidental	baixa e média	8.8	5.1	10.5	12.6	11.7	9.0	5.4
	todas	3.0	2.3	4.1	4.0	4.4	2.7	1.3
	alta	2.4	7.4	7.6	4.6	3.6	3.0	0.8
	baixa e média	3.0	2.2	4.0	4.0	4.4	2.7	1.4

Proporção de todas as mortes (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	0.5	0.1	1.5	1.9	1.3	0.7	0.1
	alta	0.2	1.4	4.0	5.4	2.3	0.4	0.0
	baixa e média	0.5	0.2	1.6	1.5	1.3	0.7	0.1
Região Africana d	baixa e média	0.7	0.2	1.1	1.6	0.8	0.9	0.2
Região das Américas	todas	0.6	0.5	3.3	3.5	3.5	0.7	0.1
	alta	0.3	3.3	6.3	9.3	3.7	0.6	0.0
	baixa e média	0.9	0.2	2.9	3.0	3.5	0.8	0.1
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	0.4	0.2	1.5	0.7	0.7	0.6	0.2
	todas	0.4	0.2	2.3	6.1	3.9	1.2	0.1
Região Europeia	alta	0.1	0.6	1.9	2.1	1.1	0.2	0.0
	baixa e média	0.7	0.2	2.4	7.1	4.8	1.6	0.2
	todas	0.6	0.2	2.8	2.7	1.3	0.5	0.1
Região Mediterrânea Oriental	alta	0.3	0.2	0.1	3.9	1.1	0.4	0.1
	baixa e média	0.6	0.2	2.8	2.7	1.4	0.5	0.1
	todas	0.3	0.2	1.5	1.9	1.3	0.3	0.0
Região Pacífica Ocidental	alta	0.1	1.1	2.9	2.5	1.4	0.3	0.0
	baixa e média	0.3	0.2	1.5	1.9	1.3	0.3	0.1

TABELA A.4

Estimativas de mortalidade causada por suicídio a por gênero, faixa etária, região-OMS e nível de renda, 2000

Números absolutos (em milhares) b

Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	915	509	0	10	129	139	115	122
	alta	122	91	0	<1	16	25	24	25
	baixa e média	692	418	0	10	108	113	91	96
Região Africana d	baixa e média	27	21	0	1	6	5	5	4
Região das Américas	todas	65	52	0	1	14	15	11	10
	alta	36	29	0	<1	6	9	7	6
	baixa e média	29	22	0	<1	8	6	4	4
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	168	107	0	5	37	30	21	14
Região Europeia	todas	186	149	0	1	30	46	39	33
	alta	51	38	0	<1	6	10	9	12
	baixa e média	135	111	0	1	24	35	29	21
Região Mediterrânea Oriental	todas	24	12	0	1	5	3	2	1
	alta	<1	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	23	12	0	1	5	3	2	1
Região Pacífica Ocidental	todas	344	166	0	2	32	39	38	59
	alta	35	24	0	<1	4	6	8	7
	baixa e média	209	141	0	2	28	33	30	52

Taxa por 100 mil habitantes

Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	14,5	18,9	0,0	1,7	15,6	21,5	28,4	44,9
	alta	11,4	12,5	0,0	0,8	12,0	23,6	23,6	33,8
	baixa e média	15,5	19,5	0,0	1,8	15,4	21,1	21,1	49,9
Região Africana d	baixa e média	6,7	10,6	0,0	1,4	6,4	11,2	11,2	26,6
Região das Américas	todas	8,1	13,3	0,0	0,7	13,7	17,1	17,1	26,0
	alta	10,0	12,4	0,0	1,2	19,9	24,1	24,1	29,9
	baixa e média	6,3	10,3	0,0	0,5	11,0	12,1	12,1	21,9
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	12,0	15,7	0,0	3,1	16,9	18,5	18,5	26,1
Região Europeia	todas	19,1	32,3	0,0	1,8	30,2	46,7	46,7	51,3
	alta	10,5	16,4	0,0	0,4	14,8	22,6	22,6	33,2
	baixa e média	26,6	46,8	0,0	2,6	40,3	68,2	68,2	74,1
Região Mediterrânea Oriental	todas	5,9	6,3	0,0	0,8	7,6	7,6	7,6	10,8
	alta	3,4	4,1	0,0	0,4	5,2	5,6	5,6	7,3
	baixa e média	5,9	6,1	0,0	0,8	7,6	7,7	7,7	10,8
Região Pacífica Ocidental	todas	20,8	21,3	0,0	1,1	14,7	19,0	19,0	69,21
	alta	14,3	20,9	0,0	0,7	17,1	25,8	25,8	40,7
	baixa e média	22,3	21,8	0,0	1,2	14,4	18,2	18,2	76,2

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%)

Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	16,1	14,9	0,0	3,8	14,1	16,7	19,5	21,3
	alta	25,9	28,8	0,0	7,7	21,7	21,1	37,3	31,7
	baixa e média	15,1	13,5	0,0	3,7	13,2	15,0	17,3	30,3
Região Africana d	baixa e média	3,6	4,0	0,0	1,6	4,5	5,1	6,6	6,3
Região das Américas	todas	11,7	11,8	0,0	3,5	9,5	12,8	16,1	15,7
	alta	21,2	21,9	0,0	9,6	22,1	28,2	30,9	22,8
	baixa e média	7,4	7,0	0,0	2,1	6,3	7,1	8,9	10,2
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	12,3	12,1	0,0	6,6	15,0	14,3	14,6	10,2
Região Europeia	todas	22,8	24,5	0,0	2,6	23,56	25,4	26,2	26,5
	alta	27,2	31,3	0,0	6,6	25,8	40,1	40,3	36,2
	baixa e média	21,5	22,8	0,0	6,1	23,0	22,9	23,6	26,6

Números absolutos (em milhares) b								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	305	0	13	93	77	50	74
	alta	31	0	<1	4	7	8	11
	baixa e média	274	0	11	88	70	43	63
Região Africana d	baixa e média	7	0	1	2	2	1	1
Região das Américas	todas	14	0	<1	4	3	3	2
	alta	7	0	<1	1	3	2	1
	baixa e média	7	0	<1	3	1	1	1
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	61	0	8	20	15	5	7
Região Europeia	todas	37	0	<1	5	8	9	13
	alta	13	0	<1	1	3	3	5
	baixa e média	24	0	<1	4	5	5	10
Região Mediterrânea Oriental	todas	11	0	1	6	2	1	1
	alta	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	11	0	1	2	2	1	1
Região Pacífica Ocidental	todas	175	0	2	46	46	31	50
	alta	10	0	<1	2	2	2	7
	baixa e média	164	0	1	44	44	29	46

Taxa por 100 mil habitantes								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	10,6	0,0	2,0	12,2	12,4	12,6	22,1
	alta	5,4	0,0	0,4	4,7	7,1	9,0	11,3
	baixa e média	11,9	0,0	2,1	13,2	13,4	12,5	26,8
Região Africana d	baixa e média	3,1	0,0	0,7	1,7	4,8	4,1	7,5
Região das Américas	todas	3,3	0,0	0,6	4,0	4,3	5,0	4,4
	alta	4,1	0,0	0,4	3,9	6,6	7,1	4,9
	baixa e média	2,7	0,0	0,6	4,1	2,8	3,1	3,9
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	8,5	0,0	4,7	14,5	9,9	5,5	7,2
Região Europeia	todas	6,8	0,0	14,5	5,8	8,1	11,4	15,7
	alta	5,0	0,0	5,8	3,8	6,6	9,0	11,0
	baixa e média	8,4	0,0	3,8	7,0	9,4	13,6	20,6
Região Mediterrânea Oriental	todas	5,4	0,0	7,0	8,6	6,2	4,4	7,0
	alta	2,1	0,0	8,6	3,2	3,5	1,7	2,0
	baixa e média	5,4	0,0	3,2	8,6	6,2	4,4	7,0
Região Pacífica Ocidental	todas	20,7	0,0	8,6	22,6	23,3	25,1	51,7
	alta	8,0	0,0	22,6	7,6	8,9	12,0	20,2
	baixa e média	23,2	0,0	7,6	24,3	25,0	27,7	60,9

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	18,2	0,1	5,6	26,0	27,1	37,6	19,7
	alta	20,2	0,1	6,6	24,7	34,9	37,9	13,6
	baixa e média	18,4	0,1	5,6	26,8	37,9	23,1	22,0
Região Africana d	baixa e média	2,8	0,1	1,2	6,7	23,1	4,5	5,6
Região das Américas	todas	11,2	0,1	5,6	11,6	11,6	19,3	5,6
	alta	13,8	0,1	5,9	21,3	19,3	26,7	6,0
	baixa e média	9,3	0,1	5,5	12,4	26,7	12,2	5,0
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	12,6	0,1	8,2	17,2	12,2	9,5	5,3
Região Europeia	todas	17,9	0,1	3,7	23,5	9,3	25,6	15,8
	alta	19,7	0,1	6,7	23,0	23,6	44,4	11,8
	baixa e média	17,1	0,1	3,4	17,2	44,4	16,3	19,4

TABELA 3.4 (continuação)

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)									
Região OMS	Nível de renda	Total c	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrânea Oriental	todas	7,0	5,8	0,0	3,0	8,6	8,1	7,2	5,6
	alta	6,5	5,8	0,0	2,3	5,9	7,3	5,0	6,0
	baixa e média	7,0	5,8	0,0	2,0	3,6	8,1	7,3	5,5
Região Pacífica Ocidental	todas	28,1	22,3	0,0	3,0	18,9	22,3	28,6	37,2
	alta	31,0	31,6	0,0	6,0	29,7	38,3	43,0	34,4
	baixa e média	27,8	21,2	0,0	2,9	18,1	21,0	26,3	40,0

Proporção de todas as mortes (%)									
Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	> 60 anos
Todas	todas	1,5	1,7	0,0	1,4	6,6	4,5	2,6	0,9
	alta	1,5	2,2	0,0	3,8	17,5	12,7	4,6	0,8
	baixa e média	1,5	1,6	0,0	1,1	6,0	4,0	2,1	0,9
Região Africana d	baixa e média	0,3	0,4	0,0	0,6	1,1	0,6	0,8	0,4
Região das Américas	todas	1,1	1,6	0,0	1,5	6,6	5,2	2,3	0,6
	alta	1,3	2,2	0,0	2,4	16,8	11,1	3,7	0,7
	baixa e média	0,9	1,2	0,0	0,8	4,3	2,9	1,3	0,4
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	1,2	1,4	0,0	2,1	6,8	3,7	1,7	0,4
Região Europeia	todas	1,9	3,0	0,0	3,6	16,8	11,6	4,7	1,0
	alta	1,3	1,9	0,0	2,4	16,8	13,3	4,3	0,8
	baixa e média	2,4	3,7	0,0	3,8	16,5	11,1	4,9	1,2
Região Mediterrânea Oriental	todas	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
	alta	0,8	0,9	0,0	1,3	4,5	3,1	0,7	0,2
	baixa e média	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
Região Pacífica Ocidental	todas	3,0	2,7	0,0	1,3	11,1	8,1	3,9	1,3
	alta	2,4	3,1	0,0	3,0	20,0	15,2	7,0	1,1
	baixa e média	3,1	2,6	0,0	1,5	10,5	7,5	3,4	1,5

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2001, Versão 1

a Seletivo = CID-10 X60-X84 (CID-9 E950-E959)

b Os números foram arredondados ao milhar mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado de arredondamento.

c Total combinado de homens e mulheres.

d Nenhum país de alta renda na região

e Padronização etária.

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrânea Oriental	todas	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
	alta	10,5	0,0	6,9	19,3	15,1	7,7	4,5
	baixa e média	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
Região Pacífica Ocidental	todas	37,7	0,0	4,6	48,2	51,7	47,7	41,7
	alta	29,7	0,0	9,4	41,7	46,5	45,1	21,9
	baixa e média	38,3	0,0	1,5	48,5	52,0	47,9	45,7

Proporção de todas as mortes (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	1,2	0,0	1,6	5,5	5,7	1,9	0,5
	alta	0,8	0,0	2,6	12,7	7,7	2,9	0,3
	baixa e média	1,2	0,0	1,6	5,1	3,5	1,8	0,6
Região Africana d	baixa e média	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
Região das Américas	todas	0,5	0,0	1,6	5,2	2,7	1,0	0,1
	alta	0,5	0,0	2,8	8,4	5,7	1,9	0,1
	baixa e média	0,8	0,0	1,4	4,5	1,5	0,5	0,1
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	0,5	0,0	2,7	6,0	2,7	0,6	0,2
Região Europeia	todas	0,8	0,0	1,4	8,9	5,5	2,4	0,4
	alta	0,7	0,0	2,0	12,1	8,3	3,1	0,3
	baixa e média	0,9	0,0	1,3	8,1	4,6	2,2	0,4
Região Mediterrânea Oriental	todas	0,6	0,0	1,5	4,4	1,9	0,5	0,2
	alta	0,5	0,0	0,3	8,0	3,1	0,5	0,0
	baixa e média	0,6	0,0	1,6	4,3	1,9	0,5	0,2
Região Pacífica Ocidental	todas	3,5	0,0	1,7	22,7	15,1	5,5	1,5
	alta	1,6	0,0	5,7	22,5	11,9	5,0	0,8
	baixa e média	3,7	0,0	1,7	22,8	15,5	5,6	1,6

Regrão OMS	Nível de renda	Total e	Homens Todas as idades	Proporção de todas as idades residentes de idosos (%)					
				0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	6,1	6,8	8,2	11,0	7,8	7,1	4,9	4,3
	alta	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	1,1	0,1	0,0
	baixa e média	6,8	7,5	8,3	11,3	8,4	6,0	5,4	5,3
Regrão Africana d	baixa e média	22,3	23,9	10,1	23,4	28,1	7,7	22,7	21,8
	todas	0,4	0,4	0,7	1,5	0,3	30,4	0,2	0,4
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Regrão das Américas	baixa e média	0,5	0,5	0,8	1,8	0,4	0,5	0,3	0,6
	baixa e média	4,6	5,5	2,6	7,0	7,1	6,3	3,7	3,9
	todas	4,5	5,0	10,2	19,7	6,2	4,8	3,6	3,3
Regrão do Sudeste Asiático d	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	5,8	6,2	11,5	21,3	7,6	5,5	4,3	5,1
	todas	5,8	6,2	11,5	21,3	7,6	5,5	4,3	5,1
Regrão Européia	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	5,8	6,2	11,5	21,3	7,6	5,5	4,3	5,1
	todas	5,8	6,2	11,5	21,3	7,6	5,5	4,3	5,1

Números absolutos (em milhares) h								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	77	8	16	26	14	3	8
	alta	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	77	8	16	26	14	3	8
Região Africana d	baixa e média	45	5	10	18	6	4	3
Região das Américas	todas	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	alta	0	0	0	0	0	0	0
	baixa e média	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	14	<1	1	4	4	2	3
Região Européia	todas	6	<1	1	1	3	1	<1
	alta	<1	0	<1	0	<1	0	<1
	baixa e média	6	<1	1	1	3	1	<1
Região Mediterrânea Oriental	todas	10	2	2	3	1	1	2
	alta	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	baixa e média	10	2	2	3	1	1	2
Região Pacífico Ocidental	todas	1	0	<1	0	<1	0	0
	alta	0	0	0	0	0	0	0
	baixa e média	1	0	<1	0	<1	0	0
Taxa por 100 mil habitantes								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	2,5	2,6	2,3	3,4	2,2	1,9	2,4
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	3,0	2,9	2,6	3,9	2,7	2,4	3,4
Região Africana d	baixa e média	14,7	9,2	11,0	20,3	12,9	13,5	17,1
Região das Américas	todas	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	2,2	0,6	0,9	1,8	2,5	2,6	4,8
Região Européia	todas	1,5	0,7	1,0	1,5	3,0	1,2	0,4
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	2,6	1,3	1,5	2,4	5,6	2,4	0,8
Região Mediterrânea Oriental	todas	4,9	6,6	2,8	4,8	2,0	3,0	13,7
	alta	1,0	1,6	0,6	0,9	1,3	0,9	1,5
	baixa e média	4,9	6,7	2,8	4,8	2,1	3,0	13,8
Região Pacífico Ocidental	todas	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0
Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	4,7	3,5	6,6	7,3	5,0	3,7	2,1
	alta	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	5,2	3,6	6,7	7,7	4,1	4,1	2,8
Região Africana d	baixa e média	18,8	8,0	20,6	34,2	15,5	15,5	12,9
Região das Américas	todas	0,3	0,2	0,7	0,1	0,2	0,2	0,1
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,5	0,6	0,9	0,5	0,6	0,5	0,3
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	3,0	1,1	1,5	2,9	4,3	4,4	3,5
Região Européia	todas	3,1	2,6	8,5	5,1	8,3	2,6	0,1
	alta	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	4,5	2,9	9,5	6,4	10,2	3,2	0,8

TABELA A.5 (continuação)

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)									
Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrânea Oriental	todas	11,5	13,4	35,6	10,1	11,2	8,0	7,0	7,9
	alta	5,0	4,9	10,2	11,9	4,1	3,3	5,1	5,9
	baixa e média	11,6	13,5	35,6	10,1	11,3	8,0	7,0	8,0
Região Pacífica Ocidental	todas	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,2	0,0	0,2
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,3	0,0	0,2
Proporção de todas as mortes (%)									
Região OMS	Nível de renda	Total e	Homens						
			Todas as Idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	> 60 anos
Todas	todas	0,6	0,8	0,4	4,1	3,7	1,9	0,7	0,2
	alta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,7	0,9	0,4	4,2	3,8	2,1	0,7	0,2
Região Africana d	baixa e média	1,6	2,5	0,5	8,3	6,9	3,7	2,6	1,4
Região das Américas	todas	0,0	0,1	0,0	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,1	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2	0,1	0,0
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	0,4	0,6	0,1	2,2	3,2	1,6	0,4	0,2
Região Europeia	todas	0,4	0,6	0,8	10,8	4,4	2,2	0,6	0,1
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,6	1,0	0,8	12,4	5,4	2,7	0,9	0,2
Região Mediterrânea Oriental	todas	10,1	1,5	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
	alta	0,6	0,8	0,8	6,7	3,1	1,6	0,7	0,2
	baixa e média	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
Região Pacífica Ocidental	todas	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
	alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	baixa e média	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1

a Lesões relacionadas à guerra (CID-10 Y36 (CID-9 E990-E999))

b Os números foram arredondados ao milhar mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado de arredondamento.

c Total combinado de homens e mulheres

d Nenhum país de alta renda na região.

e Padronização etária

Proporção de todas as mortes resultantes de lesões (%) (continuação)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Região Mediterrâneo Oriental	todas	8.4	6.2	8.0	11.3	5.5	7.1	12.5
	alta	5.6	10.6	8.2	5.6	5.4	4.0	3.4
	baixa e média	8.4	6.2	8.0	11.3	5.5	7.1	12.5
Região Pacífica Ocidental	todas	0.1	0.0	1.4	0.0	0.1	0.0	0.0
	alta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	baixa e média	0.1	0.0	1.4	0.0	0.2	0.0	0.0

Proporção de todas as mortes (%)								
Região OMS	Nível de renda	Mulheres						
		Todas as idades	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Todas	todas	0.3	0.1	1.9	1.5	0.7	0.3	0.1
	alta	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	baixa e média	0.4	0.2	1.9	1.5	0.7	0.3	0.1
Região Africana d	baixa e média	0.0	0.0	4.4	5.4	0.8	0.9	0.4
Região das Américas	todas	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
	alta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	baixa e média	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
Região do Sudeste Asiático d	baixa e média	0.2	0.0	0.5	0.7	0.7	0.3	0.1
	todas	0.1	0.2	3.1	2.3	2.0	0.3	0.0
	alta	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Região Europeia	baixa e média	0.2	0.2	3.6	2.8	2.7	0.4	0.0
	todas	0.5	0.3	2.1	2.4	0.6	0.4	0.3
	alta	0.3	0.6	2.5	2.3	1.1	0.2	0.0
Região Mediterrâneo Oriental	baixa e média	0.5	0.3	2.1	2.4	0.6	0.4	0.3
	todas	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	alta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Região Pacífica Ocidental	baixa e média	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	todas	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	alta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

TABELA A.6

As dez principais causas de mortalidade e anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) e classificação de mortes relacionadas à violência e DALYs, por região OMS, 2000

TODOS ESTADOS MEMBROS**Total**

Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes					
1	Doença cardíaca isquêmica	12,4	1	Infecções de vias aéreas inferiores	6,4
2	Doença cerebrovascular	9,2	2	Condições perinatais	6,2
3	Infecções de vias aéreas inferiores	6,9	3	HIV / AIDS	6,1
4	HIV / AIDS	5,3	4	Transtorno depressivo unipolar	4,4
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	4,5	5	Doenças diarreicas	4,2
6	Condições perinatais	4,4	6	Doença cardíaca isquêmica	3,8
7	Doenças diarreicas	3,8	7	Doença cerebrovascular	3,1
8	Tuberculose	3,0	8	Acidentes de trânsito	2,8
9	Acidentes de trânsito	2,3	9	Malaireia	2,7
10	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	2,2	10	Tuberculose	2,4
13	Suicídio	1,5	12	Lesões auto-infligidas	1,3
22	Homicídio	0,9	17	Violência interpessoal	1,1
30	Guerra	0,6	32	Guerra	0,7

Homens

Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes					
1	Doença cardíaca isquêmica	12,2	1	Condições perinatais	6,4
2	Doença cerebrovascular	8,1	2	Infecções de vias aéreas inferiores	6,1
3	Infecções de vias aéreas inferiores	7,0	3	HIV/AIDS	5,8
4	HIV / AIDS	5,0	4	Doenças diarreicas	4,2
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	4,6	5	Doença cardíaca isquêmica	4,2
6	Condições perinatais	4,1	6	Acidentes de trânsito	3,0
7	Doenças diarreicas	4,0	7	Transtorno depressivo unipolar	3,4
8	Tuberculose	3,5	8	Doença cerebrovascular	3,0
9	Acidentes de trânsito	3,1	9	Tuberculose	2,9
10	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,0	10	Malaireia	2,5
13	Suicídio	1,7	17	Violência interpessoal	1,6
17	Homicídio	1,4	21	Lesões auto-infligidas	1,5
27	Guerra	0,8	32	Guerra	1,0

Mulheres

Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes					
1	Doença cardíaca isquêmica	12,6	1	HIV / AIDS	6,5
2	Doença cerebrovascular	10,4	2	Infecções de vias aéreas inferiores	6,4
3	Infecções de vias aéreas inferiores	6,9	3	Condições perinatais	6,0
4	HIV/AIDS	5,6	4	Transtorno depressivo unipolar	5,5
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	4,4	5	Doenças diarreicas	4,2
6	Condições perinatais	4,4	6	Doença cardíaca isquêmica	3,4
7	Doenças diarreicas	3,6	7	Doença cerebrovascular	3,2
8	Tuberculose	2,1	8	Malaireia	3,0
9	Malaireia	2,1	9	Anomalias congênitas	2,2
10	Doença cardíaca devida a hipertensão	1,9	10	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,1
17	Suicídio	1,2	16	Lesões auto-infligidas	1,1
37	Homicídio	0,5	19	Violência interpessoal	0,5
46	Guerra	0,3	26	Guerra	0,4

TABELA A.6 (continuação)

TODOS ESTADOS MEMBROS (continuação)

Países de alta renda

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	17,9
2	Doença cerebrovascular	10,7
3	Câncer de traqueia, brônquios, pulmão	5,6
4	Infecções de vias aéreas inferiores	4,7
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,5
6	Câncer de colo do útero	2,2
7	Diabetes mellitus	2,0
8	Câncer do estômago	2,0
9	Câncer de mama	2,0
10	Alzheimer e outras demências	1,8
13	Suicídio	1,5
35	Homicídio	0,3
61	Guerra	0,0

Países de baixa e média renda

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	11,5
2	Doença cerebrovascular	8,9
3	Infecções de vias aéreas inferiores	7,3
4	HIV/AIDS	6,1
5	Condições perinatais	5,1
6	Doença pulmonar obstrutiva crônica	4,7
7	Doenças diarreicas	4,4
8	Tuberculose	3,4
9	Acidentes de trânsito	2,4
10	Malaria	2,3
14	Suicídio	1,5
21	Homicídio	1,0
27	Guerra	0,7

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Transtorno depressivo unipolar	8,8
2	Doença cardíaca isquêmica	6,7
3	Transtornos devidos a uso de álcool	5,4
4	Doença cerebrovascular	4,9
5	Alzheimer e outras demências	4,3
6	Acidentes de trânsito	3,1
7	Câncer de traqueia, brônquios, pulmão	3,0
8	Osteoartrite	2,7
9	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,5
10	Perda de audição, infante na vida adulta	2,5
12	Lesões auto-infligidas	2,0
31	Violência interpessoal	0,7
88	Guerra	0,0

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Infecções de vias aéreas inferiores	6,8
2	Condições perinatais	6,7
3	HIV/AIDS	6,6
4	Meningite	4,6
5	Doenças diarreicas	4,6
6	Transtorno depressivo unipolar	4,0
7	Doença cardíaca isquêmica	3,5
8	Malaria	3,0
9	Doença cerebrovascular	2,9
10	Acidentes de trânsito	2,8
19	Lesões auto-infligidas	1,2
21	Violência interpessoal	1,1
31	Guerra	0,8

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO AFRICANA

Total

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
Mortes		
1	HIV / AIDS	22,6
2	Infecções de vias aéreas inferiores	10,1
3	Malária	9,1
4	Doenças diarreicas	6,7
5	Condições perinatais	5,5
6	Sarampo	4,3
7	Tuberculose	3,6
8	Doença cardíaca isquêmica	3,1
9	Doença cerebrovascular	2,9
10	Acidentes de trânsito	1,6
11	Guerra	1,6
14	Homicídio	1,1
42	Suicídio	0,3

Homens

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
Mortes		
1	HIV / AIDS	20,9
2	Infecções de vias aéreas inferiores	11,2
3	Malária	8,4
4	Doenças diarreicas	7,2
5	Condições perinatais	6,1
6	Tuberculose	4,8
7	Sarampo	4,2
8	Doença cardíaca isquêmica	2,9
9	Guerra	2,3
10	Doença cerebrovascular	2,1
13	Homicídio	1,5
28	Suicídio	0,4

Mulheres

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
Mortes		
1	HIV / AIDS	21,4
2	Malária	9,9
3	Infecções de vias aéreas inferiores	8,9
4	Doenças diarreicas	6,1
5	Condições perinatais	4,8
6	Sarampo	4,4
7	Doença cerebrovascular	3,7
8	Doença cardíaca isquêmica	3,3
9	Tuberculose	2,4
10	Coqueluche	1,6
17	Guerra	0,9
23	Homicídio	0,7
53	Suicídio	0,1

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
DALYs		
1	HIV / AIDS	20,6
2	Malária	10,1
3	Infecções de vias aéreas inferiores	9,6
4	Condições perinatais	6,3
5	Doenças diarreicas	6,1
6	Sarampo	4,5
7	Tuberculose	2,8
8	Coqueluche	1,8
9	Acidentes de trânsito	1,6
10	Desnutrição protéico-calórica	1,6
11	Guerra	1,6
15	Violência interpessoal	1,0
58	Lesões auto-inflicidas	0,2

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
DALYs		
1	HIV / AIDS	18,7
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,6
3	Malária	9,5
4	Condições perinatais	7,2
5	Doenças diarreicas	6,7
6	Sarampo	4,5
7	Tuberculose	3,6
8	Acidentes de trânsito	2,1
9	Guerra	2,1
10	Coqueluche	1,8
12	Violência interpessoal	1,4
44	Lesões auto-inflicidas	0,3

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
DALYs		
1	HIV / AIDS	22,4
2	Malária	10,7
3	Infecções de vias aéreas inferiores	7,6
4	Doenças diarreicas	5,5
5	Condições perinatais	5,4
6	Sarampo	4,5
7	Tuberculose	1,9
8	Coqueluche	1,9
9	Desnutrição protéico-calórica	1,5
10	Transtorno depressivo unipolar	1,4
18	Guerra	1,0
25	Violência interpessoal	0,7
69	Lesões auto-inflicidas	0,1

TABELA A.6 (continuação)**REGIÃO AFRICANA a (continuação)****Países de baixa e média renda**

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
Mortes		
1	HIV / AIDS	22,6
2	Infecções de vias aéreas inferiores	10,1
3	Malária	9,1
4	Doenças diarreicas	6,7
5	Condições perinatais	3,5
6	Sarampo	4,3
7	Tuberculose	3,6
8	Doença cardíaca isquêmica	3,1
9	Doença cerebrovascular	2,9
10	Acidentes de trânsito	1,6
11	Guerra	1,6
14	Homicídio	1,1
22	Suicídio	0,3

Classif.	Causa	Proporção da total (%)
DALYs		
1	HIV / AIDS	20,6
2	Malária	10,1
3	Infecções de vias aéreas inferiores	8,6
4	Condições perinatais	6,3
5	Doenças diarreicas	6,1
6	Sarampo	4,5
7	Tuberculose	2,8
8	Coqueluche	1,8
9	Acidentes de trânsito	1,6
10	Desnutrição proteico-calórica	1,6
11	Guerra	1,6
15	Violência interpessoal	1,0
38	Lesões não intencionais	0,2

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1
a Nenhum país de alta renda na região

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO DAS AMÉRICAS

Total					
Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes			DALYs		
1	Doença cardíaca isquêmica	15,6	1	Transtorno Depressivo Unipolar	8,1
2	Doença cerebrovascular	7,7	2	Transtornos devidos a uso de álcool	4,4
3	Infecções de vias aéreas inferiores	4,4	3	Doença cardíaca isquêmica	4,4
4	Câncer de traqueia, brônquios, pulmão	3,9	4	Condições perinatais	3,9
5	Diabetes mellitus	3,7	5	Violência interpessoal	3,8
6	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,5	6	Doença cerebrovascular	3,3
7	Homicídio	2,7	7	Acidentes de trânsito	3,2
8	Condições perinatais	2,6	8	Infecções de vias aéreas inferiores	2,7
9	Acidentes de trânsito	2,4	9	Anomalias congênitas	2,6
10	Doença cardíaca devida a hipertensão	2,3	10	Perda de audição, início na vida adulta	2,6
21	Suicídio	1,1	26	Lesões auto-inflicidas	1,1
62	Guerra	0,0	86	Guerra	0,0

Homens					
Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes			DALYs		
	Doença cardíaca isquêmica	15,5		Transtornos devidos a uso de álcool	6,6
	Doença cerebrovascular	6,5		Violência interpessoal	6,2
	Câncer de traqueia, brônquios, pulmão	4,6		Transtorno depressivo unipolar	5,5
	Homicídio	4,5		Doença cardíaca isquêmica	4,9
	Infecções de vias aéreas inferiores	4,1		Acidentes de trânsito	4,5
	Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,6		Condições perinatais	4,1
	Acidentes de trânsito	3,4		Doença cerebrovascular	2,8
	Diabetes mellitus	3,1		Infecções de vias aéreas inferiores	2,7
	Condições perinatais	2,8		Perda de audição, início na vida adulta	2,6
	Carcinoma hepático	2,4		Anomalias congênitas	2,5
	Suicídio	1,6		Lesões auto-inflicidas	1,5
	Guerra	0,1		Guerra	0,1

Mulheres					
Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes			DALYs		
1	Doença cardíaca isquêmica	12,7	1	Transtorno depressivo unipolar	11,2
2	Doença cerebrovascular	9,1	2	Doença cardíaca isquêmica	3,8
3	Infecções de vias aéreas inferiores	4,7	3	Doença cerebrovascular	3,8
4	Diabetes mellitus	4,5	4	Condições perinatais	3,7
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,4	5	Diabetes mellitus	2,8
6	Câncer de traqueia, brônquios, pulmão	3,2	6	Anomalias congênitas	2,8
7	Câncer de mama	3,2	7	Infecções de vias aéreas inferiores	2,7
8	Doença cardíaca devida a hipertensão	2,7	8	Perda de audição, início na vida adulta	2,6
9	Condições perinatais	2,3	9	Doenças diarreicas	2,0
10	Câncer de colo e reto	2,0	10	Anemia	2,0
30	Homicídio	0,6	27	Violência interpessoal	0,9
32	Suicídio	0,5	42	Lesões auto-inflicidas	0,6
66	Guerra	0,3	87	Guerra	0,0

TABELA A.6 (continuação)**REGIÃO DAS AMÉRICAS (continuação)****Países de alta renda**

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	30,8
2	Doença cerebrovascular	7,0
3	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	6,6
4	Doença pulmonar obstrutiva crônica	4,5
5	Infecções de vias aéreas inferiores	4,0
6	Câncer de colo e reto	2,8
7	Diabetes mellitus	2,8
8	Alzheimer e outras demências	2,2
9	Câncer de mama	2,0
10	Doença cardíaca devida a hipertensão	1,8
14	Suicídio	1,3
22	Homicídio	0,7
66	Guerra	0,0

Países de baixa e média renda

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	11,2
2	Doença cerebrovascular	8,2
3	Infecções de vias aéreas inferiores	4,7
4	Diabetes mellitus	4,5
5	Homicídio	4,4
6	Condições perinatais	4,2
7	Acidentes de trânsito	3,9
8	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,7
9	Doença cardíaca devida a hipertensão	2,6
10	Doenças diarréicas	2,1
24	Suicídio	0,9
60	Guerra	0,1

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Transtorno depressivo unipolar	11,0
2	Doença cardíaca isquêmica	7,1
3	Transtornos devidos a uso de álcool	6,7
4	Doença cerebrovascular	3,4
5	Acidentes de trânsito	3,3
6	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,2
7	Alzheimer e outras demências	3,1
8	Diabetes mellitus	2,8
9	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,8
10	Perda de audição, infarto na vida adulta	2,6
12	Lesões auto-infligidas	1,7
18	Violência interpessoal	1,4
87	Guerra	0,0

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Transtorno depressivo unipolar	6,7
2	Condições perinatais	5,1
3	Violência interpessoal	4,8
4	Transtornos devidos a uso de álcool	3,4
5	Infecções de vias aéreas inferiores	3,4
6	Acidentes de trânsito	3,2
7	Doença cerebrovascular	3,2
8	Anomalias congênitas	3,1
9	Doença cardíaca isquêmica	3,1
10	Doenças diarréicas	2,8
30	Lesões auto-infligidas	0,8
82	Guerra	0,1

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2010, Versão 1

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO DO SUDESTE ASIÁTICO

Total

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	13,7
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,5
3	Condições perinatais	7,1
4	Doenças diarreicas	6,7
5	Doença cerebrovascular	5,7
6	Tuberculose	4,8
7	Acidentes de trânsito	3,1
8	HIV / AIDS	2,6
9	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,2
10	Anomalias congênitas	1,9
16	Suicídio	1,2
28	Homicídio	0,5
34	Guerra	0,4

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Condições perinatais	8,9
2	Infecções de vias aéreas inferiores	7,4
3	Doenças diarreicas	5,5
4	Transtorno depressivo unipolar	4,7
5	Doença cardíaca isquêmica	4,4
6	Tuberculose	3,5
7	Acidentes de trânsito	3,3
8	Anomalias congênitas	3,0
9	HIV / AIDS	2,7
10	Anemia	2,3
19	Lesões auto-inflicidas	1,2
38	Violência interpessoal	0,5
41	Guerra	0,5

Homens

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	13,6
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,8
3	Doenças diarreicas	7,1
4	Condições perinatais	6,8
5	Doença cerebrovascular	5,3
6	Tuberculose	5,1
7	Acidentes de trânsito	4,3
8	HIV / AIDS	3,1
9	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,1
10	Cirrose hepática	1,9
14	Suicídio	1,4
22	Homicídio	0,7
25	Guerra	0,6

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Condições perinatais	9,0
2	Infecções de vias aéreas inferiores	7,2
3	Doenças diarreicas	5,4
4	Acidentes de trânsito	5,0
5	Doença cardíaca isquêmica	4,8
6	Tuberculose	4,0
7	Transtorno depressivo unipolar	3,7
8	HIV / AIDS	3,3
9	Anomalias congênitas	3,1
10	Perda de audição, início na vida adulta	2,1
17	Lesões auto-inflicidas	1,5
27	Guerra	0,8
32	Violência interpessoal	0,7

Mulheres

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	13,9
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,0
3	Condições perinatais	7,5
4	Doenças diarreicas	6,4
5	Doença cerebrovascular	6,2
6	Tuberculose	4,3
7	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,3
8	Anomalias congênitas	2,0
9	HIV / AIDS	2,0
10	Câncer de colo do útero	1,8
20	Suicídio	0,9
37	Homicídio	0,4
48	Guerra	0,2

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Condições perinatais	8,7
2	Infecções de vias aéreas inferiores	7,6
3	Transtorno depressivo unipolar	5,7
4	Doenças diarreicas	5,6
5	Doença cardíaca isquêmica	4,1
6	Tuberculose	3,1
7	Anomalias congênitas	2,9
8	Anemia	2,7
9	Doença cerebrovascular	2,1
10	HIV / AIDS	2,1
25	Lesões auto-inflicidas	1,0
51	Violência interpessoal	0,3
62	Guerra	0,2

TABELA A.6 (continuação)**REGIÃO DO SUDESTE ASIÁTICO a (continuação)****Países de baixa e média renda**

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	15,7
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,5
3	Condições perinatais	7,1
4	Doenças diarreicas	6,7
5	Doença cerebrovascular	5,7
6	Tuberculose	4,8
7	Acidentes de trânsito	3,1
8	HIV / AIDS	2,6
9	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,2
10	Anomalias congênitas	1,9
16	Suicídio	1,2
28	Homicídio	0,5
31	Guerra	0,4

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Condições perinatais	8,9
2	Infecções de vias aéreas inferiores	7,4
3	Doenças diarreicas	5,5
4	Transtorno depressivo unipolar	4,7
5	Doença cardíaca isquêmica	4,4
6	Tuberculose	3,5
7	Acidentes de trânsito	3,3
8	Anomalias congênitas	3,0
9	HIV / AIDS	2,7
10	Anemia	2,3
19	Lesões auto-inflicidas	1,2
38	Violência interpessoal	0,5
41	Guerra	0,5

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1
 a Nenhum país de alta renda na região

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO EUROPEIA

Total

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	34,3
2	Doença cerebrovascular	15,4
3	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,9
4	Infecções de vias aéreas inferiores	3,0
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,8
6	Câncer de colo e reto	2,5
7	Suicídio	1,9
8	Câncer de estômago	1,9
9	Cirrose hepática	1,8
10	Doença cardíaca devida a hipertensão	1,6
18	Homicídio	0,8
34	Guerre	0,4

Homens

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	23,4
2	Doença cerebrovascular	11,6
3	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	6,0
4	Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,6
5	Suicídio	3,0
6	Infecções de vias aéreas inferiores	3,0
7	Câncer de colo e reto	2,1
8	Câncer de estômago	2,2
9	Cirrose hepática	2,2
10	Câncer de próstata	1,9
14	Homicídio	1,2
29	Guerre	0,6

Mulheres

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	25,2
2	Doença cerebrovascular	19,3
3	Câncer de mama	9,3
4	Infecções de vias aéreas inferiores	3,1
5	Câncer de colo e reto	2,5
6	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,0
7	Doença cardíaca devida a hipertensão	2,0
8	Diabetes mellitus	1,8
9	Câncer de estômago	1,6
10	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	1,6
16	Suicídio	0,8
28	Homicídio	0,4
34	Guerre	0,1

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DAI-Ys		
1	Doença cardíaca isquêmica	10,1
2	Doença cerebrovascular	6,8
3	Transtorno depressivo unipolar	6,0
4	Transtornos devidos a uso de álcool	3,4
5	Alzheimer e outras demências	3,0
6	Lesões auto-infligidas	2,6
7	Acidentes de trânsito	2,5
8	Infecções de vias aéreas inferiores	2,4
9	Perda de audição, início na vida adulta	2,3
10	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	2,2
18	Violência interpessoal	1,4
33	Guerre	0,7

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DAI-Ys		
1	Doença cardíaca isquêmica	11,0
2	Doença cerebrovascular	5,6
3	Transtornos devidos a uso de álcool	5,1
4	Transtorno depressivo unipolar	4,0
5	Lesões auto-infligidas	3,7
6	Acidentes de trânsito	3,4
7	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,2
8	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,6
9	Infecções de vias aéreas inferiores	2,5
10	Envenenamento	2,1
15	Violência interpessoal	1,9
26	Guerre	1,0

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DAI-Ys		
1	Doença cardíaca isquêmica	9,0
2	Transtorno depressivo unipolar	4,6
3	Doença cerebrovascular	3,3
4	Alzheimer e outras demências	4,2
5	Osteoartrite	2,9
6	Câncer de mama	2,8
7	Perda de audição, início na vida adulta	2,5
8	Infecções de vias aéreas inferiores	2,3
9	Diabetes mellitus	2,0
10	Condições perinatais	1,8
21	Lesões auto-infligidas	1,1
34	Violência interpessoal	0,7
58	Guerre	0,3

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO EUROPEIA (continuação)

Países de alta renda

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	18,4
2	Doença cerebrovascular	11,3
3	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	5,1
4	Infecções de vias aéreas inferiores	4,1
5	Câncer de colo e reto	3,4
6	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,4
7	Câncer de mama	2,3
8	Diabetes mellitus	2,1
9	Alzheimer e outras demências	1,9
10	Câncer de próstata	1,8
15	Suicídio	1,3
14	Homicídio	0,1
68	Guerra	0,0

Países de baixa e média renda

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	28,3
2	Doença cerebrovascular	18,1
3	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,1
4	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,4
5	Suicídio	2,3
6	Infecções de vias aéreas inferiores	2,4
7	Câncer de estômago	2,1
8	Câncer hepático	1,8
9	Envenenamento	1,8
10	Câncer de colo e reto	1,8
13	Homicídio	1,3
21	Guerra	0,6

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Transtorno depressivo unipolar	7,9
2	Doença cardíaca isquêmica	7,5
3	Alzheimer e outras demências	6,1
4	Transtornos devidos a uso de álcool	5,3
5	Doença cerebrovascular	5,1
6	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,1
7	Osteoartrite	2,9
8	Acidentes de trânsito	2,7
9	Perda de audição, início na vida adulta	2,5
10	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,4
14	Lesões auto-infligidas	1,9
53	Violência interpessoal	0,2
86	Guerra	0,0

Classif.	Causa	Proporção do total (%)
DALYs		
1	Doença cardíaca isquêmica	11,4
2	Doença cerebrovascular	7,7
3	Transtorno depressivo unipolar	5,1
4	Infecções de vias aéreas inferiores	3,0
5	Lesões auto-infligidas	2,9
6	Transtornos devidos a uso de álcool	2,5
7	Condições perinatais	2,4
8	Acidentes de trânsito	2,3
9	Perda de audição, início na vida adulta	2,2
10	Envenenamento	2,1
12	Violência interpessoal	1,9
24	Guerra	1,0

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2010, Versão 1

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO MEDITERRÂNEA ORIENTAL

Total					
Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes			DALYs		
1	Doença cardíaca isquêmica	10,5	1	Condições perinatais	8,4
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,1	2	Infecções de vias aéreas inferiores	8,4
3	Condições perinatais	7,5	3	Doenças diarreicas	6,9
4	Doenças diarreicas	7,1	4	Transtorno depressivo unipolar	4,5
5	Doença cerebrovascular	5,3	5	Anomalias congênitas	3,5
6	Tuberculose	2,4	6	Doença cardíaca isquêmica	3,1
7	Acidente de trânsito	2,3	7	Acidentes de trânsito	2,5
8	Anomalias congênitas	2,2	8	Fuberculose	2,2
9	Sarampo	2,0	9	Sarampo	2,2
10	Doença cardíaca devida a hipertensão	1,8	10	Doença cerebrovascular	2,0
18	Guerra	1,0	20	Guerra	1,0
21	Homicídio	0,8	29	Violência interpessoal	0,7
24	Suicídio	0,6	34	Lesões auto-inflicidas	0,5
Homens					
Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes			DALYs		
1	Doença cardíaca isquêmica	11,7	1	Condições perinatais	8,9
2	Infecções de vias aéreas inferiores	8,6	2	Infecções de vias aéreas inferiores	4,3
3	Condições perinatais	7,8	3	Doenças diarreicas	6,7
4	Doenças diarreicas	6,7	4	Acidentes de trânsito	3,7
5	Doença cerebrovascular	5,0	5	Doença cardíaca isquêmica	3,6
6	Tuberculose	4,3	6	Anomalias congênitas	3,3
7	Acidentes de trânsito	3,2	7	Tuberculose	2,8
8	Anomalias congênitas	2,1	8	Transtorno depressivo unipolar	2,8
9	Sarampo	1,9	9	Sarampo	2,1
10	Nefrite e nefrose	1,8	10	Doença cerebrovascular	2,0
15	Guerra	1,3	15	Guerra	1,5
21	Homicídio	0,9	25	Violência interpessoal	0,9
26	Suicídio	0,6	37	Lesões auto-inflicidas	0,5
Mulheres					
Classif.	Causa	Proporção do total (%)	Classif.	Causa	Proporção do total (%)
Mortes			DALYs		
1	Infecções de vias aéreas inferiores	9,6	1	Infecções de vias aéreas inferiores	8,4
2	Doença cardíaca isquêmica	9,2	2	Condições perinatais	7,9
3	Doenças diarreicas	7,5	3	Doenças diarreicas	7,1
4	Condições perinatais	7,4	4	Transtorno depressivo unipolar	4,2
5	Doença cerebrovascular	5,7	5	Anomalias congênitas	3,2
6	Tuberculose	2,7	6	Doença cardíaca isquêmica	2,6
7	Anomalias congênitas	2,2	7	Anemia	2,3
8	Sarampo	2,1	8	Sarampo	2,2
9	Doença cardíaca devida a hipertensão	2,0	9	Doença cerebrovascular	2,0
10	Diabetes mellitus	1,7	10	Coqueluche	1,7
26	Suicídio	0,6	36	Lesões auto-inflicidas	0,6
27	Homicídio	0,6	39	Guerra	0,6
29	Guerra	0,5	40	Violência interpessoal	0,5

TABELA A.6 (continuação)**REGIÃO MEDITERRÂNEA ORIENTAL (continuação)****Países de alta renda**

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	30,7
2	Doença cerebrovascular	11,3
3	Acidentes de trânsito	6,3
4	Doença cardíaca devida a hipertensão	4,2
5	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,1
6	Nefrite e nefrose	2,3
7	Diabetes melitus	2,3
8	Infecções de vias aéreas inferiores	2,2
9	Anomalias congênitas	1,8
10	Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,6
16	Homicídio	1,0
22	Suicídio	0,8
27	Guerra	0,6

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DAI-Ys		
1	Doença cardíaca isquêmica	7,5
2	Acidentes de trânsito	7,2
3	Transtorno depressivo unipolar	6,9
4	Perda de audição, míopia na vida adulta	5,5
5	Doença cerebrovascular	3,4
6	Anomalias congênitas	3,1
7	Anemia	2,7
8	Diatose melitus	2,5
9	Tuberculose derivadas do uso de drogas	2,3
10	Quedas	2,3
22	Violência interpessoal	1,0
31	Lesões auto-infligidas	0,7
35	Guerra	0,6

Países de baixa e média renda

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cardíaca isquêmica	10,4
2	Infecções de vias aéreas inferiores	9,1
3	Condições perinatais	7,6
4	Doenças diarreicas	7,1
5	Doença cerebrovascular	5,3
6	Tuberculose	3,4
7	Acidentes de trânsito	2,2
8	Anomalias congênitas	2,2
9	Sarampo	2,0
10	Doença cardíaca devida a hipertensão	1,8
18	Guerra	1,0
20	Homicídio	0,8
26	Suicídio	0,6

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DAI-Ys		
1	Condições perinatais	8,5
2	Infecções de vias aéreas inferiores	8,4
3	Doenças diarreicas	6,9
4	Transtorno depressivo unipolar	3,5
5	Anomalias congênitas	3,3
6	Doença cardíaca isquêmica	3,1
7	Acidentes de trânsito	2,5
8	Tuberculose	2,2
9	Sarampo	2,2
10	Doença cerebrovascular	2,0
20	Guerra	1,0
29	Violência interpessoal	0,7
34	Lesões auto-infligidas	0,5

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1

TABELA A.6 (continuação)

REGIÃO PACÍFICA OCIDENTAL

Total

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cerebrovascular	16,2
2	Doença pulmonar obstrutiva crônica	13,8
3	Doença cardíaca isquêmica	8,2
4	Infecções de vias aéreas inferiores	4,7
5	Câncer de traqueia, brônquios e pulmão	3,5
6	Câncer de fígado	3,5
7	Câncer de estômago	3,2
8	Suicídio	3,0
9	Tuberculose	3,0
10	Condições perinatais	2,8
27	Homicídio	0,5
86	Guerra	0,0

Homens

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cerebrovascular	15,8
2	Doença pulmonar obstrutiva crônica	13,1
3	Doença cardíaca isquêmica	8,3
4	Câncer de fígado	4,5
5	Câncer de traqueia, brônquios e pulmão	4,5
6	Infecções de vias aéreas inferiores	4,0
7	Câncer de estômago	3,8
8	Acidentes de trânsito	3,1
9	Tuberculose	3,3
10	Suicídio	2,7
23	Homicídio	0,7
56	Guerra	0,0

Mulheres

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cerebrovascular	16,6
2	Doença pulmonar obstrutiva crônica	14,6
3	Doença cardíaca isquêmica	8,1
4	Infecções de vias aéreas inferiores	5,6
5	Suicídio	3,5
6	Condições perinatais	3,2
7	Doença cardíaca devido a hipertensão	2,8
8	Tuberculose	2,7
9	Câncer de estômago	2,5
10	Câncer de traqueia, brônquios e pulmão	2,4
39	Homicídio	0,3
67	Guerra	0,0

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Doença pulmonar obstrutiva crônica	7,3
2	Doença cerebrovascular	5,8
3	Transtorno depressivo unipolar	5,8
4	Infecções de vias aéreas inferiores	5,2
5	Condições perinatais	4,6
6	Acidentes de trânsito	3,7
7	Anemia	3,2
8	Doença cardíaca isquêmica	3,0
9	Lesões auto-inflicidas	2,8
10	Quedas	2,6
33	Violência interpessoal	0,7
85	Guerra	0,1

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Doença pulmonar obstrutiva crônica	7,3
2	Doença cerebrovascular	6,1
3	Acidentes de trânsito	4,9
4	Transtorno depressivo unipolar	4,8
5	Infecções de vias aéreas inferiores	4,6
6	Condições perinatais	4,3
7	Doença cardíaca isquêmica	3,2
8	Anemia	3,1
9	Quedas	2,8
10	Câncer de fígado	2,7
13	Lesões auto-inflicidas	2,3
27	Violência interpessoal	0,9
75	Guerra	0,1

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Doença pulmonar obstrutiva crônica	7,2
2	Transtorno depressivo unipolar	7,1
3	Infecções de vias aéreas inferiores	5,9
4	Doença cerebrovascular	5,5
5	Condições perinatais	4,9
6	Lesões auto-inflicidas	4,5
7	Anemia	3,3
8	Doença cardíaca isquêmica	2,6
9	Osteoartrite	2,5
10	Anomalias congênitas	2,5
51	Violência interpessoal	0,4
86	Guerra	0,0

TABELA A.6 (continuação)**REGIÃO PACÍFICA OCIDENTAL (continuação)****Países de alta renda**

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cerebrovascular	15,7
2	Doença cardíaca isquêmica	10,8
3	Infecções de vias aéreas inferiores	7,4
4	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	5,3
5	Câncer de estômago	5,1
6	Câncer de colo e reto	3,4
7	Câncer de fígado	3,3
8	Suicídio	2,1
9	Acidentes de trânsito	2,2
10	Diabetes mellitus	2,1
43	Homicídio	0,2
84	Guerra	— ^a

Países de baixa e média renda

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
Mortes		
1	Doença cerebrovascular	16,2
2	Doença pulmonar obstrutiva crônica	15,5
3	Doença cardíaca isquêmica	7,8
4	Infecções de vias aéreas inferiores	4,4
5	Câncer de fígado	3,5
6	Tuberculose	3,3
7	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	3,3
8	Condições perinatais	1,7
9	Suicídio	2,1
10	Câncer de estômago	3,0
26	Homicídio	0,6
84	Guerra	0,0

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Doença cerebrovascular	7,6
2	Transtorno depressivo unipolar	6,4
3	Doença cardíaca isquêmica	4,2
4	Osteoartrite	3,4
5	Acidentes de trânsito	3,4
6	Transtornos devidos a uso de álcool	3,1
7	Lesões auto-infligidas	2,9
8	Câncer de estômago	2,7
9	Diabetes mellitus	2,7
10	Câncer de traquéia, brônquios, pulmão	2,6
52	Violência interpessoal	0,3
84	Guerra	— ^a

Classif.	Causa	Proporção de total (%)
DALYs		
1	Doença pulmonar obstrutiva crônica	7,7
2	Transtorno depressivo unipolar	5,8
3	Doença cerebrovascular	5,7
4	Infecções de vias aéreas inferiores	5,5
5	Condições perinatais	5,0
6	Acidentes de trânsito	3,7
7	Anemia	3,3
8	Doença cardíaca isquêmica	2,8
9	Lesões auto-infligidas	2,8
10	Quedas	2,6
52	Violência interpessoal	0,7
83	Guerra	0,1

FONTE: Projeto OMS – Carga Global de Doença para 2000, Versão 1.

^a Nenhuma morte ou lesão relacionada a guerra.

TABELA A.7

Mortalidade por lesão intencional^a, por gênero, faixa etária e país, ano mais recente entre 1990 e 2000^b

País ou área	Ano	Medida ^c	Total ^{d,e}	Homens						
				Todas as idades ^f	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Albânia	1998	N ^g	840	089	<	10	333	193	103	39
		Taxa	26,7	46,4	—	—	93,1	53,2	45,9	27,8
Argentina	1996	N ^g	5900	3143	37	65	936	720	609	670
		Taxa	11,4	19,0	2,1	1,7	21,0	21,9	25,5	34,1
Armênia	1999	N ^g	167	128	2	3	29	45	25,5	22
		Taxa	4,3	6,0	—	—	5,3	10,4	27	10,3
Austrália	1998	N ^g	2954	2825	0	28	727	803	120	398
		Taxa	14,9	23,8	—	1,1	34,8	37,4	43,5	24,0
Áustria	1999	N ^g	1629	1151	3	7	174	304	25,7	394
		Taxa	18,3	26,0	—	—	22,1	29,6	27,9	60,4
Azerbaijão	1999	N ^g	430	307	0	10	105	107	55,7	21
		Taxa	5,8	10,0	—	—	17,5	12,0	41	6,3
Bahamas	1995-1997	N ^g	47	40	1	2	21	11	10,9	2
		Taxa	16,0	20,4	—	—	50,4	—	3	—
Barbados	1993-1995	N ^g	36	28	0	3	11	9	—	3
		Taxa	14,0	22,1	—	—	—	—	4	—
Belarus	1990	N ^g	4537	3684	3	27	755	1226	—	685
		Taxa	47,4	72,5	—	2,7	67,6	105,9	958	101,5
Bélgica	1995	N ^g	2330	1653	3	14	278	505	125,6	460
		Taxa	19,5	28,9	—	—	28,20	42,7	395	50,4
Brasil	1995	N ^g	48868	34046	99	573	20183	12011	41,4	1835
		Taxa	27,7	50,2	1,2	2,2	89,1	71,9	19,5	30,8
Bulgária	1999	N ^g	1550	1143	<	12	156	227	293	451
		Taxa	14,9	20,5	—	—	17,0	27,2	37,0	57,9
Canadá	1997	N ^g	4145	3222	14	65	784	1091	758	510
		Taxa	12,6	20,1	—	2,1	24,6	26,4	25,7	23,8
Chile	1994	N ^g	1226	1070	13	16	365	329	191	159
		Taxa	9,0	16,5	—	—	19,7	21,5	22,2	28,1
China (SAH Hong Kong)	1998	N ^g	883	548	6	14	105	181	103	141
		Taxa	12,3	15,9	—	—	15,0	19,8	23,0	33,6
(Áreas urbanas e rurais selecionadas)	1999	N ^g	19270	9719	10	143	1760	2702	1944	3143
		Taxa	15,5	15,9	—	1,1	10,1	17,2	20,7	47,7
Colômbia	1995	N ^g	24728	22685	55	310	12180	7272	214	737
		Taxa	65,1	122,4	2,3	4,6	220,5	191,3	116,5	65,1
Costa Rica	1995	N ^g	304	330	3	3	124	124	50	21
		Taxa	12,0	20,1	—	—	24,0	32,0	27,0	18,3
Coreia	1999	N ^g	1134	825	1	3	131	207	197	281
		Taxa	27,4	34,8	—	—	27,1	39,6	47,6	86,2
Cuba	1997	N ^g	2819	2027	7	17	511	581	376	533
		Taxa	20,5	30,9	—	—	35,7	44,4	12,7	29,0
República Tcheca	1999	N ^g	1709	1386	3	7	245	335	426	370
		Taxa	14,4	24,1	—	—	19,9	31,0	39,6	49,1
Guiné-Bissau	1996	N ^g	955	670	2	4	92	178	104	210
		Taxa	14,8	21,6	—	—	15,7	29,9	34,5	47,1
Equador	1996	N ^g	2242	1905	5	34	872	643	234	117
		Taxa	20,8	36,0	—	1,6	50,7	58,5	41,5	32,6
El Salvador	1991	N ^g	2776	2491	2	31	1464	552	250	192
		Taxa	87,9	119,2	—	2,9	204,9	143,2	106,8	125,2
Estonia	1999	N ^g	701	548	2	4	102	158	187	115
		Taxa	42,9	71,0	—	—	63,6	101,6	138,7	112,8
Finlândia	1998	N ^g	1355	1053	1	5	188	334	312	213
		Taxa	23,3	37,3	—	—	38,1	57,3	57,2	52,8

País ou área	Ano	Medida ^c	Mulheres						
			Todas as idades ^a	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Albânia	1998	Nº	158	5	10	78	39	18	11
		Taxa	9.1	—	—	17.4	10.8	—	—
Argentina	1996	Nº	835	35	60	214	176	160	190
		Taxa	4.4	2.1	1.2	4.9	5.2	6.2	7.1
Armênia	1999	Nº	39	0	2	3	10	8	16
		Taxa	1.9	—	—	—	—	—	—
Austrália	1998	Nº	629	10	13	161	209	118	117
		Taxa	6.2	—	—	7.9	9.7	7.2	7.1
Áustria	1999	Nº	468	3	4	50	101	109	201
		Taxa	8.4	—	—	8.5	10.3	14.3	20.8
Azerbaijão	1999	Nº	63	1	3	14	22	12	11
		Taxa	1.8	—	—	—	2.4	—	—
Bahamas	1995-1997	Nº	7	0	1	2	3	1	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Barbados	1993-1995	Nº	9	0	0	3	2	2	1
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Belarus	1999	Nº	873	3	13	143	215	219	279
		Taxa	14.2	—	—	13.2	18.1	24.9	22.8
Bélgica	1995	Nº	677	3	9	73	195	156	241
		Taxa	10.7	—	—	—	17.0	17.5	19.2
Brasil	1995	Nº	4820	84	302	1977	1518	569	370
		Taxa	6.0	1.0	1.2	8.7	8.8	6.0	6.0
Bulgária	1999	Nº	704	1	5	44	64	66	207
		Taxa	7.1	—	—	5.0	7.7	10.1	20.7
Canadá	1987	Nº	823	10	32	189	303	233	156
		Taxa	5.8	—	1.1	6.2	8.0	8.7	5.7
Chile	1994	Nº	156	5	12	50	42	25	22
		Taxa	2.2	—	—	2.7	2.7	2.7	2.9
China (SAR Hong Kong)	1996	Nº	315	4	13	65	83	39	110
		Taxa	9.6	—	—	9.0	8.8	8.9	23.4
Áreas urbanas e rurais selecionadas	1999	Nº	9557	19	120	2117	2587	1757	2957
		Taxa	15.2	—	1.0	13.1	17.5	19.6	40.5
Colômbia	1995	Nº	2043	34	151	982	575	218	83
		Taxa	10.4	1.5	2.3	17.8	14.2	10.9	6.0
Costa Rica	1995	Nº	64	1	4	31	20	7	1
		Taxa	3.7	—	—	6.5	5.3	—	—
Crotônia	1999	Nº	309	1	3	21	50	74	160
		Taxa	9.0	—	—	4.5	9.0	17.1	31.1
Cuba	1997	Nº	795	4	14	208	212	164	193
		Taxa	13.4	—	—	15.1	16.1	18.1	26.3
República Tcheca	1999	Nº	383	4	6	54	64	90	156
		Taxa	5.7	—	—	4.8	6.3	8.9	14.0
Dinamarca	1996	Nº	285	1	1	21	73	90	99
		Taxa	11.3	—	—	4.0	12.0	17.2	16.0
Equador	1996	Nº	337	6	28	105	70	24	234
		Taxa	5.8	—	1.4	11.0	6.4	4.2	5.9
El Salvador	1991	Nº	285	1	23	104	50	29	18
		Taxa	11.5	—	2.2	21.0	11.0	11.4	—
Estônia	1999	Nº	155	3	4	14	35	43	56
		Taxa	16.3	—	—	9.2	22.7	29.7	29.7
Finlândia	1998	Nº	302	1	3	43	77	99	79
		Taxa	9.9	—	—	9.1	13.7	18.4	13.2

TABELA A.7 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ³	Total ^{1,2}	Homens						
				Todas as idades ⁴	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
França	1998	N ⁵	10997	8058	1.1	36	1092	2358	1938	2620
		Taxa	16.9	21.1	—	0.0	17.8	36.0	30.7	51.7
Geórgia	1992	N ⁵	214	160	0	0	38	42	30	50
		Taxa	4.1	3.0	—	—	7.0	0.4	66.6	16.9
Alemanha	1999	N ⁵	11925	8532	27	65	1185	2348	2133	2774
		Taxa	11.5	17.7	1.3	1.0	15.9	22.6	26.9	36.4
Grécia	1998	N ⁵	545	425	1	1	82	107	100	134
		Taxa	4.3	5.0	—	—	8.0	8.6	10.6	12.4
Guiné	1994-1998	N ⁵	128	99	0	0	43	32	18	8
		Taxa	18.1	32.3	—	—	37.1	47.8	—	—
Hungria	1999	N ⁵	3825	2724	4	19	322	747	873	780
		Taxa	28.5	19.0	—	—	25.9	72.8	90.5	102.8
Islândia	1994-1996	N ⁵	29	24	0	0	3	0	5	4
		Taxa	10.5	17.8	—	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	N ⁵	495	390	1	5	156	118	76	42
		Taxa	13.4	21.6	—	—	33.8	31.2	25.8	18.9
Israel	1997	N ⁵	430	335	0	2	108	82	48	35
		Taxa	7.3	12.1	—	—	14.6	15.1	12.4	28.4
Itália	1997	N ⁵	5418	4108	0	11	748	933	873	1543
		Taxa	7.3	11.8	—	—	12.1	14.8	18.2	27.4
Japão	1997	N ⁵	24300	18378	32	88	2038	3145	5983	5114
		Taxa	15.1	21.4	1.1	0.9	14.9	26.1	43.2	43.1
Cazaquistão	1992	N ⁵	5811	4509	14	99	1470	1706	815	434
		Taxa	36.7	60.3	—	3.7	68.8	91.0	86.3	74.3
Kuwait	1999	N ⁵	97	71	1	3	24	38	3	2
		Taxa	4.2	5.1	—	—	7.5	7.9	—	—
Quirguistão	1999	N ⁵	905	727	1	18	201	272	153	84
		Taxa	22.5	38.1	—	—	30.1	56.2	74.3	52.7
Letônia	1999	N ⁵	1075	806	0	1	132	256	246	171
		Taxa	38.8	84.4	—	—	60.5	98.4	122.4	90.1
Lituânia	1999	N ⁵	1858	1498	2	13	292	482	488	261
		Taxa	46.8	80.5	—	—	68.7	115.1	183.3	100.9
Luxemburgo	1995-1997	N ⁵	75	55	0	0	3	17	14	16
		Taxa	16.4	23.4	—	—	—	—	—	—
Malta	1997-1999	N ⁵	25	19	0	0	4	6	2	4
		Taxa	6.1	—	—	—	—	—	—	—
Maurício	1999	N ⁵	214	144	2	3	40	66	22	11
		Taxa	17.5	23.6	—	—	26.2	45.6	27.5	—
México	1997	N ⁵	17153	15131	120	434	6636	4540	2116	1276
		Taxa	19.5	38.5	2.2	2.6	46.6	53.5	46.3	45.0
Países Baixos (Holanda)	1999	N ⁵	1729	1166	4	15	202	350	308	267
		Taxa	9.5	13.1	—	—	12.9	19.5	19.5	20.0
Nova Zelândia	1998	N ⁵	835	479	5	16	180	157	77	69
		Taxa	16.5	25.3	—	—	44.0	30.8	24.0	26.5
Nicarágua	1998	N ⁵	522	398	2	13	193	106	51	30
		Taxa	14.4	23.8	—	—	30.1	31.7	32.2	32.9
Noruega	1997	N ⁵	575	410	1	0	94	114	91	110
		Taxa	11.5	17.4	—	—	20.4	23.0	22.6	29.6
Panamá (exceto zona do canal)	1997	N ⁵	453	401	5	0	130	125	44	32
		Taxa	17.0	30.1	—	—	48.5	45.0	28.0	31.1
Paraguai	1994	N ⁵	577	508	3	11	203	182	76	53
		Taxa	15.9	23.6	—	—	31.8	37.2	39.8	50.4

País ou área	Ano	Medida °	Mulheres						
			Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
França	1998	Nº	2939	8	23	308	721	781	1098
		Taxa	7.9	—	0.4	5.1	11.1	14.7	15.8
Geórgia	1992	Nº	54	0	0	12	13	9	20
		Taxa	1.9	—	—	—	—	—	4.1
Alemanha	1999	Nº	3306	18	12	303	686	783	1667
		Taxa	5.9	—	0.7	4.3	7.0	10.0	14.3
Grécia	1996	Nº	123	0	1	15	26	37	44
		Taxa	1.9	—	—	—	2.3	3.8	3.4
Gulana	1994-1996	Nº	27	0	1	13	8	4	2
		Taxa	7.6	—	—	—	—	—	—
Hungria	1999	Nº	904	5	9	73	173	222	422
		Taxa	12.7	—	—	6.6	10.9	20.0	34.0
Islândia	1994-1996	Nº	5	0	0	1	0	1	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	Nº	100	1	1	26	24	24	24
		Taxa	5.1	—	—	5.8	0.2	6.3	7.8
Israel	1997	Nº	95	0	3	14	25	8	45
		Taxa	3.0	—	—	—	4.4	—	10.4
Itália	1997	Nº	1308	2	11	173	252	279	588
		Taxa	3.3	—	—	2.9	4.0	6.0	7.8
Japão	1997	Nº	7923	42	82	903	1139	2078	3679
		Taxa	9.0	1.5	0.9	6.9	9.6	14.9	23.7
Cazaquistão	1997	Nº	1275	18	40	299	354	339	325
		Taxa	15.1	—	1.5	14.6	18.6	21.8	30.1
Kuwait	1999	Nº	26	0	0	6	18	1	1
		Taxa	3.2	—	—	—	—	—	—
Quirguistão	1999	Nº	179	5	10	56	39	21	48
		Taxa	11.2	—	—	11.5	7.9	9.4	20.9
Letónia	1999	Nº	269	9	6	27	133	66	103
		Taxa	16.7	—	—	10.7	23.5	27.3	31.8
Lituânia	1999	Nº	358	5	9	44	78	87	135
		Taxa	15.1	—	—	11.0	18.4	25.6	31.4
Luxemburgo	1995-1997	Nº	20	0	0	3	7	5	5
		Taxa	11.3	—	—	—	—	—	—
Malta	1997-1999	Nº	6	0	0	2	1	1	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Maurício	1999	Nº	70	2	3	29	26	7	3
		Taxa	11.4	—	—	19.7	18.8	—	—
México	1997	Nº	2022	109	226	825	467	105	190
		Taxa	4.2	2.0	1.5	5.7	5.2	4.0	5.7
Países Baixos (Holanda)	1999	Nº	563	1	10	95	156	147	153
		Taxa	6.1	—	—	6.3	8.3	9.6	9.4
Nova Zelândia	1998	Nº	169	2	7	68	61	22	19
		Taxa	8.1	—	—	14.2	11.3	6.8	—
Nicarágua	1996	Nº	124	2	18	71	17	10	6
		Taxa	5.7	—	—	10.9	—	—	—
Noruega	1997	Nº	150	0	1	28	46	47	37
		Taxa	6.4	—	—	6.3	9.7	12.1	7.5
Panamá (excepto zona do canal)	1997	Nº	52	3	6	22	10	5	6
		Taxa	3.7	—	—	5.9	—	—	—
Paraguai	1994	Nº	69	2	4	25	19	9	10
		Taxa	3.7	—	—	4.0	—	—	—

TABELA A.7 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ^a	Total ^{a,c}	Homens						
				Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Filipinas	1990	N ^e	8677	7770	20	80	3296	3009	1041	294
		Taxa	15.9	28.5	0.4	0.6	54.9	53.4	36.4	20.0
Polónia	1995	N ^e	6618	6384	12	82	944	1918	1486	822
		Taxa	16.0	27.3	—	1.8	21.8	42.1	50.2	37.0
Portugal	1999	N ^e	671	494	3	4	70	90	35	234
		Taxa	5.2	8.3	—	—	6.0	9.3	10.0	27.0
Porto Rico	1998	N ^e	11,288	10,22	1	11	557	238	125	89
		Taxa	28.6	53.7	—	—	12.6	65.1	45.1	38.1
Coréia do Sul	1997	N ^e	7061	4794	17	71	1141	1646	1125	794
		Taxa	14.9	21.3	—	1.3	17.2	26.3	33.9	45.3
Moldova	1999	N ^e	999	794	4	15	150	255	221	149
		Taxa	26.7	46.2	—	—	30.6	66.0	66.9	70.0
Romênia	1999	N ^e	3880	2817	10	67	419	763	813	885
		Taxa	14.1	23.3	—	2.3	17.2	32.3	44.5	37.2
Federação Russa	1998	N ^e	85511	68013	98	581	15476	25190	16695	9973
		Taxa	53.7	91.9	2.9	4.0	55.7	140.3	143.5	111.7
Cingapura	1998	N ^e	446	280	0	3	67	97	57	56
		Taxa	13.9	17.4	—	—	19.3	21.4	21.3	37.2
Eslováquia	1999	N ^e	825	680	0	5	111	208	215	141
		Taxa	13.0	24.1	—	—	16.3	34.9	46.4	42.9
Eslovênia	1999	N ^e	623	476	1	5	65	125	135	145
		Taxa	26.0	42.4	—	—	29.6	55.0	68.8	97.7
Espanha	1998	N ^e	3620	2757	2	9	551	636	483	1060
		Taxa	7.0	11.7	—	—	11.0	14.0	14.0	29.2
Santa Lúcia	1993-1994	N ^e	21	17	0	0	9	9	2	1
		Taxa	16.0	—	—	—	—	—	—	—
Suécia	1996	N ^e	1267	947	0	1	147	233	274	286
		Taxa	13.0	16.4	—	—	17.0	25.0	31.0	33.7
Suíça	1996	N ^e	1513	1060	2	10	187	265	262	321
		Taxa	17.8	26.5	—	—	26.5	30.8	36.6	55.7
Tadjiquistão	1995	N ^e	657	451	4	0	149	175	74	43
		Taxa	13.7	22.4	—	—	18.0	37.2	36.0	28.7
Tailândia	1994	N ^e	6630	5133	21	105	1881	1866	885	375
		Taxa	11.6	18.5	0.8	1.3	20.6	29.9	27.7	19.5
República da Macedônia (da antiga Iugoslávia)	1997	N ^e	202	153	0	1	18	53	31	50
		Taxa	9.7	15.0	—	—	—	23.5	19.7	39.1
Trinidad e Tobago	1994	N ^e	313	243	0	4	82	78	52	27
		Taxa	26.1	38.0	—	—	45.9	53.1	61.5	49.1
Turcomenistão	1998	N ^e	742	603	2	18	249	215	84	23
		Taxa	18.0	31.4	—	—	58.1	47	53.0	20.1
								0		
Ucrânia	1999	N ^e	20702	10255	28	148	2902	6139	4710	3373
		Taxa	36.9	63.8	2.5	3.2	51.8	96.7	117.4	93.5
Reino Unido	1999	N ^e	4020	3803	20	34	886	1320	868	666
		Taxa	7.6	2.0	1.1	0.5	15.1	19.0	15.9	12.7
Inglaterra e País de Gales	1999	N ^e	4016	3077	19	29	887	1060	736	567
		Taxa	6.9	10.8	—	0.5	12.9	17.2	15.2	12.3
Ilândia do Norte	1999	N ^e	145	123	0	1	49	50	15	8
		Taxa	8.8	14.9	—	—	25.9	27.6	—	—

País ou área	Ano	Medida °	Mulheres						
			Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Filipinas	1993	Nº	907	11	48	403	228	138	90
		Taxa	3.3	—	0.4	4.4	4.0	4.6	4.7
Polónia	1995	Nº	1255	14	25	168	379	301	368
		Taxa	6.6	—	0.6	1.0	8.1	8.1	10.1
Portugal	1999	Nº	477	3	8	18	33	25	30
		Taxa	2.5	—	—	—	3.0	2.7	7.6
Porto Rico	1998	Nº	107	3	4	43	30	13	14
		Taxa	5.1	—	—	8.9	7.8	—	—
Coreia do Sul	1997	Nº	2267	19	72	663	600	363	460
		Taxa	9.2	—	165	10.5	11.6	10.8	17.2
Moldova	1999	Nº	205	5	11	28	49	48	64
		Taxa	9.9	—	—	6.3	11.0	15.4	21.0
Roménia	1999	Nº	743	11	20	114	177	177	214
		Taxa	5.5	—	1.0	4.2	6.7	8.8	11.1
Federação Russa	1998	Nº	17498	90	303	3000	4342	3862	5902
		Taxa	19.2	2.8	2.2	19.3	24.8	28.6	34.5
Cingapura	1998	Nº	166	0	0	50	30	29	56
		Taxa	10.4	—	—	14.5	6.7	11.1	32.4
Eslovénia	1999	Nº	145	0	1	10	42	40	44
		Taxa	4.0	—	—	—	7.2	11.0	11.0
Eslovênia	1999	Nº	147	0	0	15	28	48	56
		TAXA	11.4	—	—	—	12.3	24.6	24.6
Espanha	1998	Nº	803	1	5	122	174	102	399
		Taxa	3.2	—	—	2.7	4.0	4.8	8.3
Santa Lúcia	1993-1995	Nº	3	0	0	2	0	0	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Suécia	1998	Nº	420	3	8	48	90	132	139
		Taxa	7.7	—	—	5.8	10.2	15.5	12.7
Suíça	1996	Nº	453	3	5	53	102	114	176
		Taxa	9.8	—	—	7.7	12.2	16.9	21.8
Tadjiquistão	1995	Nº	106	0	0	38	31	15	21
		Taxa	5.3	—	—	5.0	6.4	—	11.0
Tailândia	1994	Nº	1397	15	78	550	418	210	126
		Taxa	4.9	—	1.0	6.2	6.7	6.3	5.3
República da Macedónia (da antiga Jugoslávia)	1997	Nº	49	0	1	6	10	5	19
		Taxa	4.7	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	1994	Nº	70	2	2	33	10	6	8
		Taxa	11.6	—	—	21.2	—	—	—
Turcomenistão	1998	Nº	138	1	1	58	35	18	21
		Taxa	7.1	—	—	9.1	7.6	—	13.5
Ucrânia	1999	Nº	4507	22	72	559	983	1100	1771
		Taxa	13.6	2.0	1.6	10.5	17.7	22.9	27.4
Reino Unido	1999	Nº	1117	7	14	195	330	261	310
		Taxa	3.2	—	—	3.6	4.0	4.7	4.6
Inglaterra e Gales	1999	Nº	938	7	13	182	272	219	275
		Taxa	3.0	—	—	3.1	4.6	4.5	4.5
Irlanda do Norte	1999	Nº	22	0	0	11	8	1	2
		Taxa	2.7	—	—	—	—	—	—

TABELA A.7 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ^c	Total ^{d,e}	Homens						
				Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Escócia	1989	N ²	760	603	1	4	170	229	117	82
		Taxa	14.1	22.9	—	—	33.4	38.7	25.3	18.7
Estados Unidos da América	1998	N ²	49586	38974	396	894	12511	11688	6885	6600
		Taxa	17.4	28.3	4.1	9.0	44.2	36.4	30.1	34.6
Uruguai	1990	N ²	457	357	1	5	64	90	86	111
		Taxa	14.0	23.5	—	—	17.8	31.5	36.7	50.3
Uzbequistão	1998	N ²	2414	1821	2	73	585	690	215	156
		Taxa	12.1	19.0	—	1.6	17.6	29.7	33.0	22.2
Venezuela	1994	N ²	4704	4254	16	104	2435	1100	357	232
		Taxa	23.2	42.0	—	2.6	80.8	53.1	33.4	38.6

Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS a partir de setembro 2001.

^a Lesão intencional = C10-10 X80-Y09, Y35, Y36 (C10-B F950-F978, F990-F999).

^b Ou média dos três anos mais recentes disponíveis entre 1990 e 2000, para os países com população abaixo de 1 milhão.

^c N² = número de mortes; taxa = número de mortes por 100 mil habitantes. As mortes onde a idade não era conhecida foram distribuídas proporcionalmente pelas faixas etárias com base na distribuição por morte por lesão intencional na população. Os números de mortes foram arredondados ao número inteiro mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado do arredondamento. A taxa não foi calculada se foram notificadas menos de vinte mortes. O número de habitantes no qual as taxas se baseiam está disponível no site da Organização Mundial de Saúde – <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Padronização etária.

^e Total combinado de homens e mulheres.

País ou área	Ano	Medida ^c	Mulheres						
			Todas as Idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Escócia	1999	N ²	157	0	1	32	50	41	39
		Taxa	5.4	–	–	6.5	8.4	8.5	5.4
Estados Unidos da América	1998	N ²	10612	326	613	2297	6524	2170	1682
		Taxa	7.1	3.5	2.2	8.3	10.8	9.0	6.6
Uruguai	1990	N ²	100	2	6	25	14	13	39
		Taxa	5.6	–	–	7.1	–	–	13.6
Uzbequistão	1998	N ²	593	2	17	266	147	77	84
		Taxa	5.7	–	–	8.1	6.2	7.8	8.7
Venezuela	1994	N ²	450	16	43	202	116	38	35
		Taxa	4.4	–	16.1	6.9	5.6	9.5	5.1

TABELA A.9Mortalidade por homicídio ^a, por gênero, faixa etária e país, ano mais recente entre 1990 e 2000 ^b

País ou área	Ano	Medida ^c	Total ^{d, e}	Homens						
				Todas as idades ^f	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Albânia	1996	N ^g	660	573	2	9	286	165	74	27
		Taxa	21.0	38.7	—	—	79.0	45.5	37.2	19.4
Argentina	1996	N ^g	16111	1347	37	35	514	371	239	152
		Taxa	4.7	8.1	2.1	1.0	11.5	11.3	9.9	7.6
Armênia	1999	N ^g	98	77	2	1	20	29	16	9
		Taxa	2.6	4.2	—	—	2.8	3.1	2.5	—
Austrália	1999	N ^g	294	201	9	0	59	66	42	17
		Taxa	1.0	2.1	—	—	2.9	3.1	2.5	—
Áustria	1999	N ^g	60	32	3	2	3	15	4	5
		Taxa	0.0	0.6	—	—	—	—	—	—
Azerbaijão	1999	N ^g	375	323	0	10	176	66	32	19
		Taxa	5.0	8.7	—	—	16.6	10.1	8.5	—
Bahamas	1995-1997	N ^g	43	37	1	1	20	10	3	2
		Taxa	14.9	26.1	—	—	48.4	—	—	—
Bálcãs	1999	N ^g	1123	784	3	2	203	303	171	102
		Taxa	19.5	15.0	—	—	18.2	20.2	22.1	15.1
Bélgica	1995	N ^g	169	100	3	1	21	34	22	16
		Taxa	1.6	1.69	—	—	2.3	2.8	2.5	—
Brasil	1995	N ^g	37076	33751	99	736	18400	10352	3393	1071
		Taxa	23.0	42.5	1.2	2.5	81.2	61.9	30.7	20.9
Bulgária	1999	N ^g	238	174	4	1	38	47	48	36
		Taxa	2.6	4.0	—	—	4.1	5.6	6.1	4.6
Canadá	1997	N ^g	431	285	14	12	100	76	48	35
		Taxa	1.4	1.9	—	—	3.2	2.0	1.8	1.6
Chile	1994	N ^g	41	358	10	4	125	118	68	41
		Taxa	8.0	5.4	—	—	8.7	7.7	6.7	7.2
China (SAR Hong Kong)	1996	N ^g	63	39	5	3	8	10	3	9
		Taxa	1.0	1.3	—	—	—	—	—	—
(Áreas urbanas e rurais selecionadas)	1999	N ^g	2405	1655	16	44	514	664	264	133
		Taxa	1.0	2.5	—	0.5	3.0	4.4	2.9	2.0
Colômbia	1995	N ^g	23443	21705	56	209	11730	7009	2016	625
		Taxa	61.6	116.9	2.3	5.5	121.5	185.1	109.7	55.2
Costa Rica	1995	N ^g	179	153	3	1	57	62	22	7
		Taxa	5.4	9.3	—	—	11.5	16.6	12.2	—
Croácia	1999	N ^g	128	95	1	1	17	33	22	21
		Taxa	2.6	4.0	—	—	—	6.3	5.6	6.4
Duba	1997	N ^g	747	584	7	6	283	210	63	36
		Taxa	6.2	9.6	—	—	18.4	16.0	7.2	5.3
República Tcheca	1999	N ^g	161	97	3	1	22	36	27	8
		Taxa	1.4	1.8	—	—	1.8	3.4	2.5	—
Dinamarca	1996	N ^g	58	36	2	1	12	14	4	3
		Taxa	1.1	1.4	—	—	—	—	—	—
Equador	1996	N ^g	1032	1501	5	21	684	535	170	70
		Taxa	15.3	28.2	—	1.5	39.8	48.7	31.5	21.8
El Salvador	1993	N ^g	2480	2290	8	35	1043	659	344	201
		Taxa	55.6	108.4	—	6.1	139.1	165.4	139.5	122.7
Estônia	1999	N ^g	227	168	2	0	29	59	56	23
		Taxa	14.9	23.1	—	—	18.0	38.4	46.3	22.2
Finlândia	1998	N ^g	125	90	1	1	15	38	22	13
		Taxa	2.2	3.3	—	—	—	6.6	4.0	—
França	1996	N ^g	436	269	14	12	56	80	75	32
		Taxa	0.7	0.9	—	—	0.9	1.2	1.1	0.6

País ou área	Ano	Medida ^b	Mulheres						
			Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Albânia	1998	N ^o	87	4	3	31	360	12	6
		Taxa	5,3	—	—	7,2	8,3	—	—
Argentina	1998	N ^o	264	38	15	88	83	30	35
		Taxa	1,6	2,1	—	2,0	1,9	1,2	1,3
Arménia	1999	N ^o	21	0	2	3	6	5	5
		Taxa	1,0	—	—	—	—	—	—
Austrália	1998	N ^o	94	10	1	28	26	15	16
		Taxa	1,0	—	—	1,3	1,2	—	—
Áustria	1999	N ^o	36	3	0	4	16	8	5
		Taxa	0,8	—	—	—	—	—	—
Azerbaijão	1999	N ^o	52	1	2	12	19	9	9
		Taxa	1,4	—	—	—	—	—	—
Bahamas	1995-1997	N ^o	7	0	1	2	3	1	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Belarus	1999	N ^o	339	3	6	60	102	78	90
		Taxa	5,8	—	—	5,5	8,8	8,8	7,3
Bélgica	1995	N ^o	69	3	3	12	24	9	18
		Taxa	1,2	—	—	—	2,1	—	—
Brasil	1995	N ^o	3325	85	183	1484	1089	308	177
		Taxa	4,1	1,1	1,1	6,6	6,3	3,3	2,8
Bulgária	1999	N ^o	64	1	1	12	13	15	22
		Taxa	1,3	—	—	—	—	—	2,2
Canadá	1997	N ^o	146	10	10	33	48	25	20
		Taxa	1,0	—	—	1,1	1,3	0,9	0,7
Chile	1994	N ^o	54	5	3	17	17	5	7
		Taxa	0,8	—	—	—	—	—	—
China (SAR Hong Kong)	1996	N ^o	24	4	4	4	9	3	0
		Taxa	0,8	—	—	—	—	—	—
(Áreas urbanas e rurais selecionadas)	1999	N ^o	750	19	37	218	283	117	76
		Taxa	1,2	—	0,4	1,4	1,9	1,3	1,0
Colômbia	1995	N ^o	1738	33	106	827	511	180	72
		Taxa	9,0	1,4	2,5	15,0	12,6	9,4	5,2
Costa Rica	1995	N ^o	26	1	2	15	7	1	0
		Taxa	1,4	—	—	—	—	—	—
Croácia	1999	N ^o	33	1	1	3	7	9	12
		Taxa	1,2	—	—	—	—	—	—
Cuba	1997	N ^o	163	4	4	78	55	13	9
		Taxa	2,7	—	—	2,7	4,2	—	—
República Tcheca	1999	N ^o	54	4	2	14	9	13	12
		Taxa	1,0	—	—	—	—	—	—
Dinamarca	1998	N ^o	23	1	0	7	7	5	3
		Taxa	0,8	—	—	—	—	—	—
Equador	1995	N ^o	131	5	5	54	40	9	18
		Taxa	2,5	—	—	3,2	3,7	—	—
El Salvador	1991	N ^o	190	3	4	72	50	34	20
		Taxa	8,4	—	—	8,8	12,4	12,9	9,8
Estonia	1999	N ^o	59	3	1	4	19	21	11
		Taxa	7,4	—	—	—	—	14,4	—
Finlândia	1990	N ^o	35	1	0	3	12	14	5
		Taxa	1,2	—	—	—	—	—	—
França	1998	N ^o	187	8	6	31	42	41	39
		Taxa	0,5	—	—	0,5	0,6	0,8	0,6

TABELA A.8 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ^a	Total ^{b, c}		Homens						
					Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Alemanha	1999	N ^e	720	718	27	12	95	127	101	56	
		Taxa	0,9	1,0	1,3	—	1,3	1,2	1,3	0,7	
Grécia	1996	N ^e	144	09	1	0	21	30	31	10	
		Taxa	1,2	1,9	—	—	1,0	3,4	3,3	—	
Gulana	1994-1996	N ^e	42	35	0	0	14	12	6	3	
		Taxa	5,6	11,8	—	—	—	—	—	—	
Hungria	1990	N ^e	291	170	4	4	40	54	58	31	
		Taxa	2,6	3,2	—	—	—	5,3	6,0	4,1	
Irlanda	1997	N ^e	30	21	1	0	8	6	5	1	
		Taxa	0,8	1,2	—	—	—	—	—	—	
Israel	1997	N ^e	30	24	0	0	11	8	3	2	
		Taxa	0,5	0,9	—	—	—	—	—	—	
Itália	1997	N ^e	720	561	0	0	170	207	101	77	
		Taxa	1,1	1,8	—	—	2,7	3,2	1,9	1,4	
Japão	1997	N ^e	719	435	32	19	72	80	132	99	
		Taxa	0,6	0,7	1,1	—	0,5	0,7	1,0	0,6	
Cazaquistão	1990	N ^e	2448	1841	14	17	483	738	380	200	
		Taxa	17,1	27,4	—	—	24,8	45,5	42,4	36,1	
Kuwait	1999	N ^e	30	26	1	1	0	12	2	1	
		Taxa	2,2	2,4	—	—	—	—	—	—	
Quirguistão	1999	N ^e	341	200	1	3	83	110	59	30	
		Taxa	8,6	14,2	—	—	9,4	22,7	28,7	18,8	
Letônia	1999	N ^e	308	213	0	0	17	69	61	36	
		Taxa	11,0	17,3	—	—	18,0	20,0	30,4	20,9	
Lituânia	1999	N ^e	297	209	2	0	45	72	55	32	
		Taxa	7,5	11,3	—	—	11,0	17,2	19,2	12,9	
Maurício	1999	N ^e	33	19	2	0	3	9	2	3	
		Taxa	2,9	—	—	—	—	—	—	—	
México	1997	N ^e	13542	12170	120	224	5281	3810	1761	078	
		Taxa	15,9	29,5	2,3	2,1	37,1	44,8	38,3	34,4	
Holanda	1999	N ^e	203	144	4	4	38	58	31	11	
		Taxa	1,3	1,7	—	—	2,3	3,0	2,0	—	
Nova Zelândia	1998	N ^e	57	32	5	2	10	6	6	3	
		Taxa	1,6	1,7	—	—	—	—	—	—	
Nicarágua	1998	N ^e	286	248	2	5	117	88	37	19	
		Taxa	8,1	15,1	—	—	18,2	18,3	23,3	—	
Noruega	1997	N ^e	41	28	1	2	7	11	6	1	
		Taxa	0,8	1,3	—	—	—	—	—	—	
Panamá (exceto zona do canal)	1997	N ^e	293	265	5	2	136	75	29	10	
		Taxa	10,9	18,8	—	—	35,3	27,1	18,5	—	
Paraguai	1994	N ^e	468	420	3	4	171	144	81	37	
		Taxa	12,6	23,1	—	—	26,8	33,0	31,9	35,9	
Filipinas	1993	N ^e	7726	7181	20	59	3020	2845	977	260	
		Taxa	14,2	20,4	0,4	0,7	31,9	49,9	33,2	17,7	
Polónia	1995	N ^e	1000	785	12	10	132	292	211	128	
		Taxa	2,7	4,0	—	—	3,0	6,4	7,1	5,3	
Portugal	1999	N ^e	118	82	3	0	30	19	14	16	
		Taxa	1,1	1,6	—	—	2,6	—	—	—	
Porto Rico	1998	N ^e	804	731	1	7	500	149	50	15	
		Taxa	20,6	38,1	—	—	101,0	40,8	21,3	—	
Coréia do Sul	1997	N ^e	987	602	17	23	168	243	112	39	
		Taxa	2,0	2,4	—	0,7	2,5	3,0	3,4	2,2	
Moldova	1999	N ^e	410	307	4	5	78	408	65	40	
		Taxa	11,2	18,0	—	—	17,5	27,4	24,4	25,1	

País ou área	Ano	Medida *	Mulheres						
			Todas as Idades *	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Alemanha	1999	Nº	302	10	17	53	98	58	80
		Taxa	0,7	—	—	0,7	1,0	0,7	0,5
Grécia	1998	Nº	35	0	0	4	6	9	16
		Taxa	0,5	—	—	—	—	—	—
Guiné	1994-1996	Nº	7	0	0	3	3	1	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Hungria	1999	Nº	121	5	3	19	35	23	36
		Taxa	2,0	—	—	—	3,4	2,2	3,0
Índia	1997	Nº	9	1	0	2	1	3	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Israel	1997	Nº	6	0	0	2	3	0	1
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Itália	1997	Nº	159	2	6	36	28	27	60
		Taxa	0,5	—	—	0,6	0,4	0,5	0,8
Japão	1997	Nº	264	42	21	37	29	04	91
		Taxa	0,4	1,5	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6
Cazaquistão	1999	Nº	607	2	19	130	164	117	158
		Taxa	7,9	—	—	6,8	11,0	11,2	15,4
Kuwait	1999	Nº	13	0	0	4	7	1	1
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Quênia	1999	Nº	75	5	3	22	17	12	16
		Taxa	3,5	—	—	3,4	—	—	—
Letónia	1999	Nº	95	3	3	8	31	33	27
		Taxa	6,6	—	—	—	11,5	0,5	8,3
Lituânia	1999	Nº	68	5	3	10	21	16	33
		Taxa	4,0	—	—	—	5,0	—	7,7
Maurício	1999	Nº	14	2	1	1	6	2	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
México	1997	Nº	107/2	110	97	496	500	148	107
		Taxa	3,1	2,0	0,9	3,4	4,0	3,0	4,8
Holanda	1999	Nº	59	1	4	21	16	7	10
		Taxa	0,8	—	—	1,4	—	—	—
Nova Zelândia	1998	Nº	25	2	1	9	11	2	0
		Taxa	1,3	—	—	—	—	—	—
Nicarágua	1996	Nº	39	2	4	16	7	6	4
		Taxa	2,2	—	—	—	—	—	—
Noruega	1997	Nº	10	0	1	0	3	4	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Panamá (exceto zona do canal)	1997	Nº	28	3	3	13	5	1	3
		Taxa	2,0	—	—	—	—	—	—
Paraguai	1994	Nº	39	2	0	16	10	8	5
		Taxa	2,2	—	—	—	—	—	—
Filipinas	1993	Nº	545	11	33	173	160	108	58
		Taxa	2,1	—	0,4	1,9	2,8	3,6	3,3
Polónia	1995	Nº	303	14	5	46	03	56	80
		Taxa	1,4	—	—	1,1	2,1	1,8	2,4
Portugal	1999	Nº	36	3	2	6	10	9	6
		Taxa	0,7	—	—	—	—	—	—
Porto Rico	1998	Nº	70	3	1	33	23	7	6
		Taxa	0,7	—	—	6,0	5,6	—	—
Coreia do Sul	1997	Nº	385	19	19	100	141	59	47
		Taxa	1,6	—	—	1,6	2,4	1,8	1,8
Moldova	1999	Nº	103	4	6	13	31	19	30
		Taxa	5,2	—	—	—	7,5	—	10,0

TABELA A.8 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ^a	Total ^{a, b}	Homens						
				Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Romênia	1999	N ^c	803	572	10	12	122	161	140	121
		Taxa	3.3	4.8	—	—	4.4	6.9	7.4	6.9
Federação Russa	1998	N ^c	33553	25130	99	147	6067	10595	5792	2429
		Taxa	21.6	31.0	2.9	1.9	37.5	61.5	49.0	27.2
Cingapura	1998	N ^c	45	29	0	0	9	13	5	2
		Taxa	1.3	1.7	—	—	—	—	—	—
Eslováquia	1999	N ^c	132	89	0	0	21	30	10	12
		Taxa	2.3	3.2	—	—	3.1	6.4	—	—
Eslovênia	1999	N ^c	30	20	1	0	3	6	7	3
		Taxa	1.3	1.8	—	—	—	—	—	—
Espanha	1998	N ^c	355	255	2	3	70	91	50	39
		Taxa	0.8	1.2	—	—	2.5	2.1	1.5	1.1
Suécia	1998	N ^c	110	74	0	0	11	28	21	14
		Taxa	1.2	1.5	—	—	—	3.0	2.4	—
Suíça	1995	N ^c	77	48	2	4	10	17	11	4
		Taxa	1.1	1.4	—	—	—	—	—	—
Tadjiquistão	1995	N ^c	354	301	4	2	107	129	30	21
		Taxa	8.5	14.3	—	—	14.0	27.4	18.6	14.0
Tailândia	1994	N ^c	4164	3481	21	83	1138	1394	626	217
		Taxa	7.5	12.6	0.89	1.4	12.5	22.3	19.7	11.3
República da Macedônia (da antiga Iugoslávia)	1997	N ^c	47	38	0	0	5	10	7	7
		Taxa	2.2	3.7	—	—	—	—	—	—
Trinidade e Tobago	1991	N ^c	116	108	0	2	38	35	23	8
		Taxa	12.1	17.1	—	—	21.8	23.8	28.5	—
Turcomenistão	1998	N ^c	333	279	2	2	118	114	32	12
		Taxa	8.6	11.6	—	—	17.8	25.5	18.2	—
Ucrânia	1999	N ^c	6260	4421	28	41	941	1074	1190	541
		Taxa	11.7	17.8	2.5	1.2	17.0	31.6	29.8	15.0
Reino Unido	1999	N ^c	440	335	20	10	100	109	60	20
		Taxa	0.8	1.2	1.1	—	1.8	1.6	1.1	0.5
Inglaterra e Gales	1999	N ^c	295	214	19	8	68	61	34	24
		Taxa	0.6	0.9	—	—	1.3	1.0	0.7	0.5
Irlanda do Norte	1999	N ^c	24	20	0	1	4	11	3	1
		Taxa	1.4	2.4	—	—	—	—	—	—
Escócia	1999	N ^c	121	101	1	1	36	37	23	3
		Taxa	2.4	4.1	—	—	7.1	6.3	5.0	—
Estados Unidos da América	1998	N ^c	17893	13652	308	257	8870	3984	1800	736
		Taxa	6.0	10.7	4.1	1.3	23.6	12.4	7.0	3.0
Uruguai	1990	N ^c	136	105	1	1	22	36	22	24
		Taxa	4.4	7.1	—	—	6.0	12.8	9.2	10.8
Uzbequistão	1998	N ^c	790	667	2	18	178	222	100	47
		Taxa	4.1	6.0	—	—	5.3	9.6	10.5	6.7
Venezuela	1991	N ^c	3353	3120	15	60	1926	787	232	100
		Taxa	16.0	29.7	—	2.3	63.9	37.7	21.7	16.7

FONTE: Banco de dados de mortalidade da OMS a partir de setembro 2001.

^a Homicídio – CID-10 X85-Y09 (CID-9 E960-E969).^b Ou média dos três anos mais recentes disponíveis entre 1990 e 2000, para os países com população abaixo de 1 milhão.^c N^c = número de mortes; taxa = número de mortes por 100 mil habitantes. As mortes onde a idade não era conhecida foram distribuídas proporcionalmente pelas faixas etárias com base na distribuição de homicídios na região. Os números de mortes foram arredondados ao número inteiro mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado do arredondamento. A taxa não foi calculada se foram notificadas menos de vinte mortes. O número de habitantes no qual as taxas se baseiam está disponível no site da Organização Mundial de Saúde – <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.^d Padronização etária.^e Total combinado de homens e mulheres.

País ou área	Ano	Medida ^c	Mulheres						
			Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Romênia	1999	N ^c	291	11	5	37	50	48	74
		Taxa	1.8	—	—	1.4	2.4	2.4	3.1
Federação Russa	1998	N ^c	8423	90	135	1632	2452	1907	2207
		Taxa	9.0	2.0	1.3	10.5	14.0	14.1	12.9
Cingapura	1990	N ^c	16	0	0	5	4	3	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Eslováquia	1999	N ^c	43	0	1	4	14	11	13
		Taxa	1.4	—	—	—	—	—	—
Eslovênia	1999	N ^c	10	0	0	1	4	0	5
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Espanha	1998	N ^c	100	1	0	24	22	15	38
		Taxa	0.4	—	—	0.5	0.5	—	0.8
Suécia	1996	N ^c	36	3	3	5	14	6	5
		Taxa	0.8	—	—	—	—	—	—
Suíça	1996	N ^c	29	3	2	6	5	4	9
		Taxa	0.8	—	—	—	—	—	—
Tadjiquistão	1995	N ^c	53	0	0	16	18	7	11
		Taxa	2.9	—	—	—	—	—	—
Taiândia	1994	N ^c	600	15	62	200	218	109	71
		Taxa	2.5	—	1.1	2.4	3.4	3.0	3.0
República da Macedônia (da antiga Iugoslávia)	1997	N ^c	9	0	1	0	5	1	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	1994	N ^c	38	2	0	15	11	5	5
		Taxa	6.8	—	—	—	—	—	—
Turcomenistão	1990	N ^c	54	1	0	13	21	8	11
		Taxa	3.0	—	—	—	4.5	—	—
Ucrânia	1999	N ^c	1839	22	38	285	500	454	541
		Taxa	6.1	2.0	1.1	5.3	9.0	9.5	8.4
Reino Unido	1998	N ^c	105	7	6	26	38	15	13
		Taxa	0.4	—	—	0.5	0.6	—	—
Inglaterra e Gales	1998	N ^c	81	7	6	19	28	11	10
		Taxa	0.3	—	—	—	0.5	—	—
Irlanda do Norte	1999	N ^c	4	0	0	2	2	0	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Escócia	1999	N ^c	20	0	0	5	8	4	3
		Taxa	0.7	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos da América	1998	N ^c	4241	327	202	1268	1446	542	457
		Taxa	3.1	3.5	1.1	4.0	4.4	2.2	1.8
Uruguai	1990	N ^c	91	2	1	12	5	2	9
		Taxa	1.9	—	—	—	—	—	—
Uzbequistão	1998	N ^c	223	2	8	58	67	49	39
		Taxa	2.4	—	—	1.8	2.8	4.9	4.0
Venezuela	1994	N ^c	233	16	18	103	67	14	15
		Taxa	2.3	—	—	3.5	3.2	—	—

TABELA A.9

Mortalidade relacionada a suicídio, por gênero, faixa etária e país, ano mais recente entre 1990 e 2000^{a, b}

País ou área	Ano	Medida ^c	Total ^{d, e}	Homens						
				Todas as idades ^f	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Albânia	1998	N ^g	105	101	0	2	46	28	18	10
		Taxa	5,3	7,1	—	—	126,7	7,8	—	—
Argentina	1996	N ^g	2245	1709	0	14	402	328	442	520
		Taxa	5,5	10,6	—	—	9,0	10,0	18,3	26,3
Armênia	1999	N ^g	67	49	0	0	9	16	11	13
		Taxa	1,7	2,6	—	—	—	—	—	—
Austrália	1998	N ^g	2833	2108	0	6	888	732	303	311
		Taxa	13,3	21,4	—	—	31,7	34,1	23,2	22,7
Áustria	1999	N ^g	1556	1126	0	2	171	289	276	389
		Taxa	15,5	24,2	—	—	21,7	28,2	36,1	59,7
Azerbaijão	1999	N ^g	51	41	0	0	9	21	8	5
		Taxa	0,8	1,3	—	—	—	20,5	—	—
Belarus	1999	N ^g	3408	2877	0	22	552	923	797	583
		Taxa	30,9	56,9	—	2,9	49,4	79,7	103,4	86,0
Bélgica	1995	N ^g	2155	1550	0	10	252	471	373	444
		Taxa	17,9	27,1	—	—	24,3	39,9	41,9	48,7
Bosnia-Herzegovina	1991	N ^g	531	457	0	14	167	151	83	41
		Taxa	11,3	19,4	—	—	27,0	29,4	22,9	20,4
Brasil	1995	N ^g	6584	5174	0	38	1812	1649	935	740
		Taxa	4,7	7,6	—	0,2	8,0	8,8	10,7	14,4
Bulgária	1999	N ^g	1307	965	0	7	118	180	245	415
		Taxa	12,3	19,6	—	—	12,8	21,5	30,9	53,3
Canadá	1997	N ^g	3881	2914	0	39	882	1010	708	475
		Taxa	11,3	18,1	—	1,8	21,6	28,3	26,8	22,1
Chile	1991	N ^g	801	701	0	2	210	211	139	118
		Taxa	6,1	11,1	—	—	12,9	43,8	45,5	20,9
China (SAR Hong Kong)	1990	N ^g	700	501	0	0	90	108	99	131
		Taxa	11,2	14,6	—	—	13,8	18,5	19,4	31,2
Áreas urbanas e rurais selecionadas	1999	N ^g	18838	8048	0	83	1262	2018	1680	3015
		Taxa	13,7	13,5	—	0,0	7,2	12,0	17,0	45,7
Colômbia	1995	N ^g	1172	905	0	15	427	230	123	110
		Taxa	38,4	5,5	—	—	7,7	6,1	6,7	9,7
Costa Rica	1995	N ^g	211	17	0	5	68	61	27	14
		Taxa	6,6	10,9	—	—	13,4	16,4	14,8	—
Croácia	1999	N ^g	989	716	0	5	112	170	171	258
		Taxa	18,5	30,2	—	—	23,2	32,5	43,2	79,1
Cuba	1997	N ^g	2029	1401	0	5	235	355	310	496
		Taxa	17,1	20,8	—	—	16,4	27,1	35,3	72,6
República Tcheca	1999	N ^g	1610	1265	0	3	223	296	399	362
		Taxa	13,0	22,3	—	—	16,1	20,2	37,1	48,1
Dinamarca	1996	N ^g	892	631	0	1	60	163	160	207
		Taxa	13,6	20,2	—	—	14,5	27,4	33,98	46,5
Equador	1996	N ^g	593	366	0	7	188	107	56	38
		Taxa	5,5	7,8	—	—	10,69	9,7	9,9	10,5
El Salvador	1993	N ^g	429	276	0	4	188	58	26	21
		Taxa	8,6	12,1	—	—	21,5	14,0	10,7	13,0
Estônia	1999	N ^g	489	376	0	2	73	97	111	82
		Taxa	28,1	50,9	—	—	45,5	83,8	92,5	80,3
Finlândia	1998	N ^g	1229	962	0	9	179	296	290	200
		Taxa	21,1	34,0	—	—	35,1	50,8	53,2	49,0

País ou área	Ano	Medida ^c	Mulheres						
			Todas as Idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Albânia	1998	N ²	61	0	1	42	9	4	4
		Taxa	3.6	—	—	9.7	—	—	—
Argentina	1998	N ²	536	0	9	129	113	130	155
		Taxa	3.0	—	—	2.9	3.3	5.1	5.8
Armenia	1990	N ²	18	0	0	0	4	3	11
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Austrália	1998	N ²	525	0	2	135	183	103	101
		Taxa	5.2	—	—	6.6	8.5	6.3	6.1
Áustria	1998	N ²	429	0	1	46	85	101	196
		Taxa	7.6	—	—	6.0	9.6	13.2	20.1
Azerbaijão	1999	N ²	10	0	0	2	3	3	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Belarus	1999	N ²	591	0	4	83	113	142	189
		Taxa	8.5	—	—	7.7	9.5	16.1	15.4
Bélgica	1995	N ²	605	0	9	61	171	147	223
		Taxa	9.4	—	—	6.1	14.9	16.5	17.8
Bósnia-Herzegovina	1991	N ²	74	0	4	19	17	16	18
		Taxa	3.3	—	—	—	—	—	—
Brasil	1995	N ²	1410	0	96	496	430	258	190
		Taxa	1.9	—	0.2	2.2	2.5	2.7	3.1
Bulgária	1999	N ²	342	0	3	32	51	71	185
		Taxa	5.8	—	—	3.6	6.1	8.4	18.5
Canadá	1997	N ²	767	0	12	156	255	208	136
		Taxa	4.6	—	—	5.1	8.7	7.8	5.0
Chile	1994	N ²	97	0	4	33	25	20	14
		Taxa	1.4	—	—	1.8	1.6	2.2	—
China (SAR Hong Kong)	1996	N ²	287	0	6	61	74	36	110
		Taxa	7.9	—	—	8.5	7.9	8.2	20.4
(Áreas urbanas e rurais selecionadas)	1999	N ²	8788	0	64	1899	2304	1640	2881
		Taxa	14.0	—	0.8	11.8	15.6	18.3	39.5
Colômbia	1995	N ²	267	0	10	153	63	29	11
		Taxa	1.4	—	—	2.8	1.6	1.4	—
Costa Rica	1995	N ²	37	0	1	16	12	0	1
		Taxa	2.3	—	—	—	—	—	—
Croácia	1999	N ²	273	0	1	18	41	85	148
		Taxa	8.6	—	—	—	8.1	16.0	28.8
Cuba	1997	N ²	628	0	6	130	157	151	184
		Taxa	10.6	—	—	0.5	11.0	16.6	25.1
República Tcheca	1999	N ²	355	0	0	40	55	86	144
		Taxa	4.7	—	—	3.4	5.4	7.7	12.9
Dinamarca	1996	N ²	261	0	0	14	66	85	96
		Taxa	7.5	—	—	—	11.6	16.2	16.3
Equador	1998	N ²	197	0	17	130	30	14	6
		Taxa	3.2	—	—	7.7	2.7	—	—
El Salvador	1993	N ²	163	0	13	103	18	11	8
		Taxa	6.3	—	—	12.6	—	—	—
Estonia	1999	N ²	93	0	0	10	17	22	44
		Taxa	8.9	—	—	—	—	15.3	23.4
Finlândia	1998	N ²	266	0	2	40	65	85	74
		Taxa	8.6	—	—	8.5	11.6	15.8	12.3

TABELA A.9 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ¹	Total ^{2,c}	Homens						
				Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	> 60 anos
França	1998	N ^e	10591	7771	0	10	1098	2278	1883	2581
		Taxa	14,3	23,2	—	—	16,9	35,3	35,5	51,0
Geórgia	1992	N ^e	204	151	0	0	35	37	29	50
		Taxa	3,9	5,4	—	—	6,4	7,4	8,3	10,3
Alemanha	1999	N ^e	11160	8002	0	26	1097	2221	2032	2716
		Taxa	10,5	15,7	—	0,6	12,5	21,3	25,6	35,6
Grécia	1998	N ^e	403	315	0	0	61	69	63	116
		Taxa	3,1	4,0	—	—	5,2	6,1	7,3	10,7
Guiana	1994-1996	N ^e	84	64	0	0	28	20	10	5
		Taxa	12,5	20,5	—	—	24,8	30,2	—	—
Hungria	1998	N ^e	3328	2650	0	11	283	883	815	749
		Taxa	26,9	15,7	—	—	24,3	67,5	81,5	88,2
Islândia	1991-1996	N ^e	29	24	0	0	3	0	5	4
		Taxa	10,4	17,5	—	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	N ^e	443	376	0	4	140	112	71	41
		Taxa	12,5	20,4	—	—	12,8	12,9	11,4	26,9
Israel	1997	N ^e	379	301	0	2	95	70	44	90
		Taxa	6,5	10,8	—	—	12,8	12,9	11,4	26,9
Itália	1007	N ^e	4804	3647	0	6	578	728	772	1488
		Taxa	8,2	9,0	—	—	9,3	11,4	14,3	28,0
Japão	1997	N ^e	23502	15908	0	34	1984	3084	5829	5015
		Taxa	14,5	20,7	—	0,5	14,4	25,4	42,2	42,3
Cazaquistão	1998	N ^e	4001	3340	0	49	983	1172	711	446
		Taxa	27,9	50,9	—	3,2	49,4	72,2	79,9	70,9
Kuwait	1999	N ^e	47	34	0	1	11	21	1	0
		Taxa	1,5	1,0	—	—	—	4,3	—	—
Quirguistão	1999	N ^e	599	460	0	12	138	182	94	54
		Taxa	14,0	23,9	—	—	20,6	33,5	45,6	34,0
Letônia	1999	N ^e	764	503	0	1	85	187	185	135
		Taxa	27,0	47,1	—	—	32,5	70,4	92,1	78,3
Lituânia	1999	N ^e	1552	1287	0	8	237	410	413	210
		Taxa	38,4	69,2	—	—	57,8	97,9	144,1	88,1
Luxemburgo	1995-1997	N ^e	72	53	0	0	3	18	14	15
		Taxa	14,7	22,5	—	—	—	—	—	—
Maurício	1999	N ^e	171	120	0	1	35	56	20	8
		Taxa	14,3	19,7	—	—	23,0	38,7	25,0	—
México	1997	N ^e	3369	2828	0	61	1350	731	365	300
		Taxa	3,9	3,9	—	0,0	9,5	8,6	8,0	10,6
Holanda	1999	N ^e	1517	1015	0	7	165	321	275	246
		Taxa	8,3	11,3	—	—	10,5	16,5	17,5	20,0
Nova Zelândia	1998	N ^e	574	442	0	0	170	126	71	68
		Taxa	15,0	23,6	—	—	41,5	29,4	22,1	25,3
Nicarágua	1996	N ^e	230	147	0	6	76	41	13	11
		Taxa	5,9	3,4	—	—	11,8	12,0	—	—
Noruega	1997	N ^e	553	387	0	3	87	103	85	109
		Taxa	10,9	18,1	—	—	18,8	20,8	21,1	28,3
Panamá (exceto zona do canal)	1997	N ^e	145	124	0	1	48	48	15	14
		Taxa	5,5	9,8	—	—	12,5	16,7	—	—
Paraguai	1994	N ^e	105	82	0	4	30	18	14	15
		Taxa	3,2	5,1	—	—	4,8	—	—	—
Filipinas	1993	N ^e	851	609	0	0	258	183	59	31
		Taxa	1,5	1,9	—	—	2,7	2,9	2,0	2,1

País ou área	Ano	Medida ^b	Mulheres						
			Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
França	1998	N ^a	2783	0	9	277	679	740	1058
		Taxa	7.4	—	—	4.6	10.4	14.0	15.3
Geórgia	1992	N ^a	53	0	0	11	13	9	20
		Taxa	1.9	—	—	—	—	—	4.4
Alemanha	1999	N ^a	3078	0	9	250	587	725	1507
		Taxa	5.1	—	—	3.5	6.0	9.2	13.7
Grécia	1996	N ^a	88	0	1	11	20	28	28
		Taxa	1.4	—	—	—	1.8	2.9	2.1
Guiana	1994-1996	N ^a	20	0	1	10	5	3	1
		Taxa	5.6	—	—	—	—	—	—
Hungria	1999	N ^a	778	0	1	54	138	199	386
		Taxa	10.7	—	—	4.8	13.5	18.6	31.8
Islândia	1994-1996	N ^a	5	0	0	1	0	1	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	N ^a	90	0	0	24	23	21	22
		Taxa	4.7	—	—	5.4	5.9	7.3	7.1
Israel	1997	N ^a	78	0	0	12	20	7	39
		Taxa	2.4	—	—	—	3.5	—	9.0
Itália	1997	N ^a	1147	0	8	137	224	252	528
		Taxa	2.9	—	—	2.3	3.5	4.5	7.0
Japão	1997	N ^a	7596	0	19	866	1110	2013	3588
		Taxa	8.5	—	—	6.6	9.4	14.4	23.2
Cazaquistão	1999	N ^a	664	0	10	187	163	136	167
		Taxa	8.7	—	—	9.8	9.7	13.1	16.6
Kuwait	1990	N ^a	13	0	0	2	11	0	0
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Quirguistão	1999	N ^a	99	0	2	34	22	9	32
		Taxa	4.7	—	—	5.2	4.5	—	13.9
Letônia	1999	N ^a	171	0	0	19	32	43	76
		Taxa	10.0	—	—	—	11.9	17.9	23.5
Lituânia	1999	N ^a	265	0	1	34	57	71	102
		Taxa	11.2	—	—	8.5	13.4	20.9	23.7
Luxemburgo	1995-1997	N ^a	19	0	0	3	7	5	5
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Maurício	1999	N ^a	54	0	0	28	20	5	1
		Taxa	8.9	—	—	19.0	14.5	—	—
México	1997	N ^a	541	0	30	327	107	47	29
		Taxa	1.1	—	0.3	2.3	1.2	1.0	0.9
Holanda	1990	N ^a	502	0	5	75	140	139	143
		Taxa	5.4	—	—	4.9	7.5	9.1	8.8
Nova Zelândia	1998	N ^a	132	0	4	40	40	20	10
		Taxa	8.8	—	—	12.0	8.9	6.2	—
Nicarágua	1998	N ^a	83	0	12	55	10	4	2
		Taxa	3.5	—	—	8.5	—	—	—
Noruega	1997	N ^a	146	0	0	25	43	43	35
		Taxa	5.9	—	—	5.6	9.1	11.0	7.1
Panamá (exceto zona do canal)	1997	N ^a	21	0	0	9	5	4	3
		Taxa	1.7	—	—	—	—	—	—
Paraguai	1994	N ^a	27	0	2	9	6	3	5
		Taxa	1.5	—	—	—	—	—	—
Filipinas	1990	N ^a	342	0	0	226	64	27	24
		Taxa	1.2	—	—	2.5	1.1	0.9	1.0

TABELA A.9 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ^a	Total ^{a, b}	Homens						
				Todas as idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Polônia	1995	N ^c	5499	4562	0	60	809	1625	1274	794
		Taxa	13.4	23.2	—	1.9	18.7	35.7	43.0	32.7
Portugal	1999	N ^c	545	407	0	1	39	78	71	218
		Taxa	4.0	6.7	—	—	3.3	7.4	6.3	25.1
Porto Rico	1998	N ^c	321	290	0	3	58	69	66	74
		Taxa	8.1	15.6	—	—	11.7	24.4	23.7	31.6
Coreia do Sul	1997	N ^c	6024	4162	0	31	966	1308	1012	755
		Taxa	12.8	18.8	—	0.0	14.6	22.3	30.5	43.1
Moldova	1999	N ^c	579	482	0	8	72	149	155	100
		Taxa	15.5	28.1	—	—	16.1	38.8	68.2	51.2
Romênia	1999	N ^c	2736	2235	0	35	357	588	703	511
		Taxa	10.8	18.5	—	2.2	12.8	25.4	37.1	30.3
Federação Russa	1998	N ^c	51770	42785	0	335	9414	14614	10698	7524
		Taxa	32.1	57.9	—	3.0	58.2	84.9	93.7	84.3
Cingapura	1998	N ^c	371	221	0	3	50	66	50	52
		Taxa	11.7	14.1	—	—	14.4	14.5	18.8	34.7
Eslováquia	1999	N ^c	692	590	0	5	90	170	197	128
		Taxa	11.5	20.8	—	—	13.2	20.5	42.5	30.9
Eslovênia	1999	N ^c	590	453	0	4	61	119	128	141
		Taxa	24.6	40.3	—	—	27.7	52.3	65.3	95.0
Espanha	1998	N ^c	3261	2469	0	4	490	545	433	1021
		Taxa	6.5	10.5	—	—	10.3	12.3	13.3	28.1
Suécia	1996	N ^c	1253	872	0	1	135	211	253	272
		Taxa	11.8	18.9	—	—	15.8	22.8	28.9	32.0
Suíça	1998	N ^c	1431	1010	0	4	187	248	251	320
		Taxa	16.7	25.1	—	—	27.0	28.9	37.0	55.0
Tadjiquistão	1995	N ^c	199	146	0	0	42	46	36	22
		Taxa	5.2	6.1	—	—	5.5	9.0	17.7	14.7
Tailândia	1994	N ^c	2333	1631	0	1	743	473	257	158
		Taxa	4.1	5.9	—	—	6.1	7.6	8.1	8.2
República da Macedônia (ex-antiga Iugoslávia)	1997	N ^c	155	115	0	1	13	34	24	43
		Taxa	7.4	11.3	—	—	—	15.1	15.3	33.6
Trinidad e Tobago	1994	N ^c	148	118	0	2	35	35	28	18
		Taxa	12.6	19.5	—	—	19.3	23.8	34.7	—
Turcomenistão	1998	N ^c	408	322	0	15	133	101	82	11
		Taxa	10.1	18.9	—	—	20.3	22.5	31.8	—
Ucrânia	1999	N ^c	11162	11806	0	80	1922	3160	3514	2830
		Taxa	25.2	40.0	—	2.3	34.8	65.2	87.0	78.4
Reino Unido	1999	N ^c	4448	3443	0	4	777	1220	806	636
		Taxa	6.8	10.8	—	—	13.2	17.7	14.0	12.1
Inglaterra e Gales	1999	N ^c	3690	2840	0	2	596	989	700	551
		Taxa	6.3	9.9	—	—	11.5	16.2	14.4	11.8
Irlanda do Norte	1999	N ^c	121	103	0	0	45	39	12	7
		Taxa	7.3	12.5	—	—	23.8	21.5	—	—
Escócia	1999	N ^c	637	500	0	2	134	192	94	78
		Taxa	11.7	18.8	—	—	26.3	32.5	20.3	17.8
Estados Unidos da América	1998	N ^c	30575	24538	0	241	5718	7523	5218	5838
		Taxa	10.4	17.3	—	1.2	20.2	23.4	22.8	30.6

País ou área	Ano	Medida *	Mulheres						
			Todas as Idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Polónia	1995	N ^c	937	0	8	121	268	245	279
		Taxa	4.2	—	—	2.9	6.3	7.7	7.6
Portugal	1999	N ^c	138	0	3	12	23	16	84
		Taxa	1.9	—	—	—	2.1	—	7.1
Porto Rico	1998	N ^b	31	0	0	10	7	6	8
		Taxa	1.5	—	—	—	—	—	—
Coreia do Sul	1997	N ^c	1662	0	34	563	549	303	413
		Taxa	7.6	—	1.1	8.9	9.3	9.0	15.5
Moldova	1999	N ^b	97	1	0	15	18	29	34
		Taxa	4.7	—	—	—	—	9.3	11.3
Roménia	1999	N ^c	501	0	4	77	101	129	190
		Taxa	3.6	—	—	2.9	4.3	6.4	8.0
Federação Russa	1998	N ^c	8985	0	79	1369	1893	1955	3689
		Taxa	9.4	—	0.8	8.8	10.8	14.5	21.6
Singapura	1998	N ^c	150	0	0	45	26	26	53
		Taxa	9.4	—	0.8	8.8	10.8	14.5	21.6
Eslováquia	1999	N ^c	102	0	0	14	28	29	31
		Taxa	3.2	—	—	—	4.8	5.8	6.2
Eslovénia	1999	N ^c	137	0	0	14	24	48	51
		Taxa	10.6	—	—	—	4.8	5.8	6.2
Espanha	1990	N ^c	702	0	4	90	152	147	301
		Taxa	2.8	—	—	2.1	3.5	4.3	7.5
Suécia	1990	N ^c	381	0	2	43	70	120	134
		Taxa	6.9	—	—	5.2	8.6	14.8	12.2
Suíça	1996	N ^c	421	0	0	47	97	110	167
		Taxa	9.1	—	—	6.8	11.6	16.3	20.7
Tadjiquistão	1995	N ^c	53	0	0	22	13	8	10
		Taxa	2.5	—	—	2.8	—	—	—
Tailândia	1994	N ^c	702	0	1	342	202	101	56
		Taxa	2.4	—	—	3.9	3.2	3.0	2.4
República da Macedónia (na antiga Iugoslávia)	1997	N ^c	40	0	0	6	13	4	17
		Taxa	3.8	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	1991	N ^b	30	0	0	18	8	1	3
		Taxa	5.0	—	—	—	—	—	—
Turcomenistão	1998	N ^c	84	0	3	47	14	10	10
		Taxa	4.1	—	—	7.1	—	—	—
Ucrânia	1999	N ^b	2646	0	14	275	484	645	1228
		Taxa	7.6	—	—	5.1	8.7	13.4	19.0
Reino Unido	1999	N ^c	7005	0	1	169	292	246	297
		Taxa	2.9	—	—	3.0	4.4	4.5	4.3
Inglaterra e Gales	1999	N ^c	650	0	0	133	244	208	265
		Taxa	2.7	—	—	2.7	4.1	4.3	4.3
Irlanda do Norte	1999	N ^c	10	0	0	9	0	1	2
		Taxa	—	—	—	—	—	—	—
Escócia	1999	N ^b	137	0	1	27	42	37	30
		Taxa	4.7	—	—	5.5	7.1	7.7	5.0
Estados Unidos da América	1990	N ^c	6037	0	83	1029	2076	1624	1225
		Taxa	4.0	—	0.4	3.7	6.4	6.7	4.8

TABELA A.9 (continuação)

País ou área	Ano	Medida ^a	Total ^{a, c}	Homens						
				Todas as idades ^d	0–4 anos	5–14 anos	15–29 anos	30–44 anos	45–59 anos	≥ 60 anos
Uruguai	1990	N ^e	318	251	0	3	42	51	65	87
		Taxa	9,6	16,4	–	–	11,8	19,0	27,5	39,4
Uzbequistão	1998	N ^e	1620	1252	0	53	407	468	215	109
		Taxa	8,0	13,0	–	1,7	12,2	20,1	22,5	15,5
Venezuela	1994	N ^e	1089	890	0	26	349	262	121	131
		Taxa	6,1	10,3	–	1,0	11,6	12,6	11,3	21,8

FONTE: Banco de dados de mortalidade da OMS a partir de setembro 2001.

^a Suicídio = CID-10 X80–X84 (CID-9 E950–E959).

^b Ou média dos três anos mais recentes disponíveis entre 1990 e 2000, para os países com população abaixo de 1 milhão.

^c N^e = número de mortes; taxa = número de mortes por 100 mil habitantes. As mortes onde a idade não era conhecida foram distribuídas proporcionalmente pelas faixas etárias com base na distribuição de suicídios na região. Os números de mortes foram arredondados ao número inteiro mais próximo. Quaisquer discrepâncias aparentes na soma total são resultado do arredondamento. A taxa não foi calculada se foram notificadas menos de vinte mortes. O número de habitantes no qual as taxas se baseiam está disponível no site da Organização Mundial de Saúde – <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Padronização etária.

^e Total combinado de homens e mulheres.

País ou área	Ano	Medida ^c	Mulheres						
			Todas as Idades ^d	0-4 anos	5-14 anos	15-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	≥ 60 anos
Uruguai	1990	N ^e	67	0	3	13	9	11	30
		Taxa	3.7	—	—	—	—	—	10.5
Uzbequistão	1998	N ^e	368	0	7	208	80	28	45
		Taxa	3.3	—	—	6.3	3.3	2.8	4.7
Venezuela	1994	N ^e	199	0	9	98	49	23	20
		Taxa	2.1	—	—	3.3	2.4	2.1	2.9

TABELA A.10

Mortalidade relacionada a arma de fogo, por tipo de morte ^a e país, ano mais recente entre 1990 e 2000 ^b

País ou área	Ano	Medida ^c	Total ^{d,e}	Morte relacionada a arma de fogo			
				Homicídio	Suicídio	Não intencional	Indeterminado
Albânia	1998	N ^f	741	591	98	50	2
		Taxa	22.1	17.6	2.9	1.5	—
Austrália	1998	N ^f	334	56	248	23	7
		Taxa	1.8	0.3	1.3	0.1	—
Áustria	1998	N ^f	283	17	272	3	1
		Taxa	3.6	—	3.4	—	—
Bélgica	1995	N ^f	378	58	289	2	29
		Taxa	3.7	0.6	2.9	—	0.3
Bulgária	1999	N ^f	133	51	55	20	7
		Taxa	1.6	0.6	0.7	0.2	—
Canadá	1997	N ^f	1034	159	818	45	12
		Taxa	3.4	0.5	2.7	0.1	—
China (SAH Hong Kong)	1996	N ^f	6	3	3	0	0
		Taxa	—	—	—	—	—
Croácia	1999	N ^f	220	68	145	11	1
		Taxa	5.0	1.5	3.2	—	—
República Tcheca	1999	N ^f	259	46	185	17	11
		Taxa	2.6	0.4	1.8	—	—
Dinamarca	1996	N ^f	101	15	80	4	2
		Taxa	1.9	—	1.5	—	—
Estônia	1999	N ^f	71	31	32	1	7
		Taxa	4.9	2.1	2.2	—	—
Finlândia	1998	N ^f	235	22	267	3	3
		Taxa	5.7	0.4	5.2	—	—
França	1998	N ^f	2984	170	2388	68	340
		Taxa	6.0	0.3	4.1	0.1	0.6
Alemanha	1999	N ^f	1201	165	906	16	124
		Taxa	1.5	0.2	1.1	—	0.2
Grécia	1998	N ^f	181	71	86	34	0
		Taxa	1.8	0.7	0.8	0.3	—
Hungria	1999	N ^f	129	31	90	1	1
		Taxa	1.3	0.3	1.0	—	—
Islândia	1994-1996	N ^f	7	1	5	0	1
		Taxa	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	N ^f	54	7	44	3	0
		Taxa	1.5	—	1.2	—	—
Israel	1997	N ^f	161	15	73	0	73
		Taxa	2.8	—	1.3	—	1.3
Itália	1997	N ^f	1171	483	626	38	44
		Taxa	2.0	0.8	1.1	0.1	0.1
Japão	1997	N ^f	83	22	45	10	6
		Taxa	0.1	0.0	0.0	—	—
Kuwait	1999	N ^f	16	16	0	0	0
		Taxa	—	—	—	—	—
Letônia	1999	N ^f	92	34	47	5	6
		Taxa	3.8	1.4	1.9	—	—
Lituânia	1999	N ^f	87	18	35	4	10
		Taxa	1.8	—	0.9	0	2
Luxemburgo	1995-1997	N ^f	12	1	9	0	2
		Taxa	—	—	—	—	—
Malta	1997-1999	N ^f	7	4	2	1	0
		Taxa	—	—	—	—	—
Holanda	1999	N ^f	131	75	51	5	0
		Taxa	0.8	0.5	0.3	—	—

TABELA A.10 (continuação)País ou área Ano Medida ^a Total ^{a,c}

				Morte relacionada a arma de fogo			
				Homicídio	Suicídio	Não intencional	Indeterminado
Nova Zelândia	1998	N ^b	84	4	72	6	2
		Taxa	2.2	—	1.9	—	—
Noruega	1997	N ^b	139	10	127	2	0
		Taxa	3.2	—	2.9	—	—
Portugal	1999	N ^b	202	61	62	2	77
		Taxa	2.0	0.6	0.6	—	0.8
Coréia do Sul	1997	N ^b	59	19	22	9	9
		Taxa	0.1	—	0.0	—	—
Moldova	1999	N ^b	68	45	7	9	7
		Taxa	1.9	1.2	—	—	—
Romênia	1999	N ^b	73	19	24	26	4
		Taxa	0.3	—	0.1	0.1	—
Cingapura	1998	N ^b	6	0	5	1	0
		Taxa	—	—	—	—	—
Eslováquia	1999	N ^b	171	43	88	20	20
		Taxa	3.2	0.8	1.6	0.4	0.4
Eslovênia	1998	N ^b	61	9	49	2	1
		Taxa	3.1	—	2.5	—	—
Espanha	1998	N ^b	352	85	224	43	0
		Taxa	0.9	0.2	0.6	0.1	—
Suécia	1994	N ^b	183	11	163	3	8
		Taxa	2.1	—	1.8	—	—
Tailândia	1997	N ^b	2434	2181	168	81	8
		Taxa	4.2	3.8	0.3	0.1	—
República da Macedônia (se antiga Iugoslávia)	1999	N ^b	41	20	10	5	0
		Taxa	2.1	1.0	—	—	—
Reino Unido	1999	N ^b	197	45	140	6	6
		Taxa	0.3	0.1	0.2	—	—
Inglaterra e Gales	1999	N ^b	159	23	115	8	15
		Taxa	0.3	0.0	0.2	—	—
Irlanda do Norte	1999	N ^b	28	15	11	0	2
		Taxa	1.7	—	—	—	—
Escócia	1999	N ^b	25	7	14	0	4
		Taxa	0.5	—	—	—	—
Estados Unidos da América	1998	N ^b	30419	11802	17432	888	819
		Taxa	11.3	4.4	6.4	0.3	0.1

FONTE: Banco de dados de mortalidade da OMS a partir de setembro 2001.

^a Homicídios por arma de fogo = CID-10 X93–X95 (CID-9 E965); Suicídios por arma de fogo = CID-10 X72–X74 (CID-9 E955); Lesão não intencional por arma de fogo = CID-10 W32–W34 (CID-9 E922); Lesão por arma de fogo com intenção indeterminada = CID-10 Y22–Y24 (CID-9 E985).^b Ou média dos três anos mais recentes disponíveis entre 1990 e 2000, para os países com população abaixo de 1 milhão.^c N^b = número de mortes; taxa = número de mortes por 100 mil habitantes. A taxa não foi calculada se foram notificadas menos de vinte mortes. O número de habitantes no qual as taxas se baseiam está disponível no site da Organização Mundial de Saúde – <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Recursos

A seguir encontra-se uma lista de recursos sobre tópicos relacionados à violência, principalmente endereços na Internet, de organizações que realizam pesquisa, prevenção e defesa de direitos relacionados à violência. A intenção na preparação desta lista foi oferecer uma amostra ilustrativa mais do que uma lista abrangente de recursos. Empenhamos esforços no sentido de garantir que os web sites incluídos na lista fossem seguros, atuais e ricos em conteúdo. A Seção I contém uma lista de metasites, a Seção II uma lista de web sites categorizados por tipo de violência, e a Seção III uma lista geral de web sites que podem ser de interesse para aqueles envolvidos na pesquisa, prevenção e defesa de direitos relacionados à violência.

Seção I. Metasites relacionados à violência

Abaixo se encontram cinco metasites que, tomados em conjunto, oferecem acesso a centenas de web sites de organizações relacionadas à violência no mundo todo. De cada um deles é fornecida uma breve descrição.

Departamento de Prevenção de Lesões e Violência da OMS: links externos

http://www.who.int/violence_injury_prevention/externallinks.htm

O Departamento de Prevenção de Lesões e Violência da OMS oferece uma extensa lista de links externos de organizações no mundo todo que realizam pesquisa, prevenção e defesa de direitos relacionados à violência. Os web sites dessas agências estão listados por região geográfica e país e por tipo de violência e outros tópicos.

Economia de Guerras Civis, Crime e Violência: links relacionados

<http://www.worldbank.org/research/conflict>

Este link, hospedado no web site do Banco Mundial, oferece acesso a web sites dedicados ao estudo de conflitos. A lista inclui dados sobre variáveis políticas e econômicas de países que passaram por conflitos internos violentos, informações sobre organizações e institutos que estão trabalhando na área de solução de conflito, e sites que fornecem históricos e análises de casos específicos de conflito interno.

Rede de Informações para o Controle de Lesões

<http://www.injurycontrol.com/icrin>

A Rede de Informações para o Controle de Lesões oferece uma lista dinâmica dos principais recursos relacionados à pesquisa e controle de lesões e violência que podem ser acessados através da Internet. Os sites estão listados por categorias, incluindo dados e estatísticas, pesquisas recentes, educação e treinamento. Em contraste com a maioria dos sites de agências federais e estaduais dos Estados Unidos, aqui há vários sites de outros países.

Rede de Prevenção de Lesões

<http://www.injuryprevention.org>

A Rede de Prevenção de Lesões contém mais de 1.400 links com web sites de prevenção de lesões e violência no mundo todo. Os sites estão listados em ordem alfabética e por categorias, como prevenção de violência e suicídio, guerra e conflito. O site também oferece atualizações semanais sobre artigos de revistas especializadas, relatórios de agências, críticas de livros e listas de oportunidades de trabalho recentes na área de pesquisa e prevenção de lesões e violência.

Centro contra Violência e Maus-Tratos de Minnesota: câmara de compensação eletrônica

<http://www.mincava.umn.edu>

A câmara de compensação eletrônica do Centro contra Violência e Maus-Tratos de Minnesota fornece artigos, registros de fatos e outros recursos de informação, assim como links para web sites sobre uma ampla variedade de tópicos relacionados à violência, incluindo maus-tratos em crianças, violência de gangues e maus-tratos em idosos. O site também possui bancos de dados para pesquisa com mais de 700 manuais de treinamento, vídeos e outros recursos educacionais.

Seção II. Web sites relacionados à violência

A Tabela 1 contém uma lista de web sites, principalmente home pages de organizações envolvidas com violência, categorizadas segundo o tipo de violência. Os web sites listados fornecem informações não apenas

TABELA 1

Web sites relacionados à violência	Web site
Tipo de violência	
Maus-tratos e negligência com crianças	
Casa Alianza: Covenant House Latin America [Casa Alianza América Latina]	http://www.casa-alianza.org/TNIndex-en.shtml
Child Abuse Prevention Network [Rede de Prevenção de Maus-Tratos em Crianças]	http://child-abuse.com
Great Lakes Area Regional Resource Center Early Prevention of Violence Database [Centro Regional de Recursos da Área dos Grandes Lagos; Banco de Dados de Prevenção Precoce da Violência]	http://www.glarc.org/Resources/EPVD.rtfm
International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect [Sociedade Internacional para a Prevenção de Maus-Tratos em Crianças e Negligência]	http://www.ispcan.org
Minnesota Center Against Violence and Abuse [Centro Contra Violência e Maus-Tratos de Minnesota]	http://www.mnmcava.umn.edu
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Convention on the Rights of the Child [Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos das Nações Unidas; Convenção sobre Direitos da Criança]	http://www.unhcr.ch/html/inveno2/6/ccc.htm
United Nations Children's Fund [Fundo das Nações Unidas para a Infância]	http://www.unicef.org
Innocenti Research Centre [Centro de Pesquisa Innocenti]	http://www.unicef-irc.org
Violência Coletiva	
Centre for the Study of Violence and Reconciliation [Centro para o Estudo da Violência e Reconciliação]	http://www.csrw.ac.za/csrw/
Correlates of War Project [Projeto Correlatos de Guerra]	http://www.uni.edu/~cowproj
Global Internally Displaced Persons Project [Projeto Global das Pessoas Internamente Deslocadas]	http://www.adppa.org/en/
International Relations and Security Network: Security Watch [Rede Internacional de Relações e Segurança; Observatório de Segurança]	http://www.isn.ethz.ch/info/service
Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [Escritório para a Coordenação de Assuntos Humanitários]	http://www.ochaiweb.unhcr.org/
Office of the United Nations High Commissioner for Refugees [Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados]	http://www.unhcr.ch
Stockholm International Peace Research Institute [Instituto Internacional de Estocolmo para Pesquisa da Paz]	http://www.sipri.se
Maus-Tratos em Idosos	
Action on Elder Abuse [Ação contra Maus-Tratos em Idosos]	http://www.elderabuse.org.uk
Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse [Rede Canadense para a Prevenção de Maus-Tratos em Idosos]	http://www.mun.ca/elderabuse
HelpAge International	http://www.helpage.org
International Network for the Prevention of Elder Abuse [Rede Internacional para a Prevenção de Maus-Tratos em Idosos]	http://www.inpna.net
National Center on Elder Abuse [Centro Nacional contra Maus-Tratos em Idosos]	http://www.elderabusecenter.org
National Committee for the Prevention of Elder Abuse [Comitê Nacional para a Prevenção de Maus-Tratos em Idosos]	http://www.preventelderabuse.org/index.html

TABELA 1 (continuação)

Tipo de violência	Web site
Suicídio American Association of Suicidology [Associação Americana de Suicidologia] Australian Institute for Suicide Research and Prevention [Instituto Australiano para Pesquisa e Prevenção de Suicídio] National Strategy for Suicide Prevention [Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio] Suicide Information and Education Centre/Suicide Prevention Training Programmes [Centro de Informação e Educação Sobre Suicídios] Programas de Treinamento na Prevenção de Suicídio] The Suicidology Web: Suicide and Parasuicide [A Rede de Suicidologia: Suicídio e Parassuicídio]	http://www.suicidology.org http://www.qu.edu.au/school/psychiatrap http://www.nemalhealth.org/suicideprevention http://www.suicideinfo.ca http://www.suicide-parasuicide.rnms.com
Violência contra Mulheres Global Alliance Against Traffic in Women [Aliança Global Contra o Tráfico de Mulheres] International Center for Research on Women [Centro Internacional para Pesquisa sobre Mulheres] Latin American and Caribbean Women's Health Network [Rede de Saúde das Mulheres Latino Americanas e Caribenhas] National Sexual Violence Resource Center [Centro Nacional de Recursos Contra Violência Sexual] Network of East-West Women [Rede Mulheres Leste-Oeste] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: Women's Rights and Human Rights [Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos humanos: Direitos das Mulheres São Direitos Humanos] Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women [Rede de Pesquisa, Ação e Informação para a Integridade Corporal das Mulheres] United Nations Development Fund for Women [Fundo de Desenvolvimento para Mulheres das Nações Unidas] United Nations Development Programme: Gender in Development [Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas: Gênero no Desenvolvimento] Women Against Violence Europe [Mulheres Contra Violência Europa]	http://www.inctcn.cn/org/gaaw/ http://www.icrw.org http://www.redesalud.web.cl http://www.nsvrc.org http://www.neww.org/index.htm http://www.unhcr.ch/women/index.html http://www.tambor.org http://www.undp.org/unifem http://www.undp.org/gender http://www.wave-network.org
Violência Juvenil Center for the Prevention of School Violence [Centro para Prevenção da Violência Escolar] Center for the Study and Prevention of Violence [Centro para o Estudo e Prevenção da Violência] Inter-American Development Bank: Violence Prevention [Banco Interamericano de Desenvolvimento: Violência Prevenção] National Center for Injury Prevention and Control [Centro Nacional para Prevenção e Controle de Lesões] National Criminal Justice Reference Service [Serviço Nacional de Referência em Justiça Criminal] Partnerships Against Violence Network [Rede de Parcerias Contra a Violência] TMR Network Project: Nature and Prevention of Bullying [Projeto Rede TMR: Natureza e Prevenção da Intimidação] United Nations Crime and Justice Information Network [Rede de Informação Sobre Crime e Justiça das Nações Unidas]	http://www.ncsu.edu/cpsv http://www.colostate.edu/espe http://www.iadb.org/sds/SOC/site_471_e.htm http://www.cdc.gov/ncei http://www.ncjrs.org/nijwww.html http://pasnet.org http://www.goldsouths.ac.uk/tmr http://www.unojin.org/Statistics/statistics.html

sobre as próprias organizações, como também acerca de tópicos relacionados à violência em geral.

Seção III. Outros web sites

A Tabela 2 apresenta uma lista de outros web que podem interessar os envolvidos com pesquisa, prevenção e defesa de direitos associados à violência. Estão principalmente relacionados a questões contextuais amplas tais como desenvolvimento econômico e social, direitos humanos e crime, porém também contém algumas ferramentas relevantes para melhorar a compreensão de lesões relacionadas à violência.

TABELA 2

Organização	Web site
Amnesty International [Anistia Internacional]	http://www.amnesty.org
Campbell Collaboration's Crime and Justice Coordinating Group [Grupo Campbell de Coordenação de Colaboração de Crime e Justiça]	http://www.aic.gov.au/campbell/
Centers for Disease Control and Prevention [Centros de Controle e Prevenção de Doenças]	http://www.cdc.gov/ncipc/
National Center for Injury Prevention and Control [Centro Nacional para Prevenção e Controle de Lesões]	http://www.cdc.gov/ncipc/pub_res/translation.htm [Vigilância de Parceiros Íntimos: elementos uniformes e elementos recomendados] http://www.nsp.ficruz.br/tela_ves.html http://www1.rhinc.ne.uk/sociopolitical-science/vpr/realhome.htm
Centro Latino Americano de Estudios Sobre Violencia e Saúde Economic and Social Research Council: Violence Research Programme [Conselho de Pesquisa Econômica e Social: Programa de Pesquisa em Violência]	http://www.law.org/
Human Rights Watch [Observatório de Direitos Humanos]	http://www.hrw.org
Institute for Security Studies [Instituto para Estudos da Segurança]	http://www.iss.co.za
Inter-American Coalition for the Prevention of Violence [Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência]	http://www.iacpv.org
International Action Network on Small Arms [Rede Internacional de Ação em Pequenas Armas]	http://www.iana.org
International Campaign to Ban Landmines [Campanha Internacional para Banir Minas Terrestres]	http://www.icbl.org/
International Center for the Prevention of Crime [Centro Internacional para Prevenção do Crime]	http://www.icpc-prevention-icti.org
International Labour Organization [Organização Internacional do Trabalho]	http://www.ilo.org
Medical Research Council of South Africa: Crime, Violence and Injury, Lead Programme [Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul: Crime, Violência e Lesão, Programa Líder]	http://www.mrc.co.za/crime/crime.htm
National Library of Medicine: Entrez PubMed [Biblioteca Nacional de Medicina: Entrez PubMed]	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
Pan American Health Organization: Prevention of Violence and Injuries [Organização Pan Americana da Saúde: Prevenção de Violência e Lesões]	http://www.paho.org/English/hcp/ica/violence-unit-page.htm http://www.paho.org/English/HCP/HCN/guidelines-eng.htm [Diretrizes para vigilância epidemiológica de violência e lesões nas Américas]
Red Andina de Prevención de Violencia [Rede Andina de Prevenção da Violência]	http://www.redandina.org
Trauma.org	http://www.trauma.org/trauma.html
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas]	http://www.unesco.org
United Nations Human Settlements Programme [Programa de Assentamentos Humanos das Nações Unidas]	http://www.unhabitat.org/default.asp
United Nations Institute for Disarmament Research [Instituto para Pesquisa em Desarmamento das Nações Unidas]	http://www.unodc.ch/unidir
United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute [Instituto Inter-regional de Pesquisa sobre Crime e Justiça das Nações Unidas]	http://www.unicri.it
United Nations Office of Drug Control e Crime Prevention [Escritório de Controle de Drogas e Prevenção de Crime das Nações Unidas]	http://www.odccp.org/crime_prevention.html
United Nations Population Fund [Fundo Populacional das Nações Unidas]	http://www.unfpa.org
United Nations Research Institute for Social Development [Instituto de Pesquisa para Desenvolvimento Social das Nações Unidas]	http://www.unrisd.org
University for Peace [Universidade da Paz]	http://www.uprince.org
World Health Organization [Organização Mundial da Saúde]	http://www.who.int/ http://www.who.int/violence_injury_prevention/pdf/injuryguidelin/es.pdf [Diretrizes para vigilância de lesões]

Para os leitores sem acesso à Internet, o Departamento de Prevenção de Lesões e Violência da OMS tem a satisfação de fornecer o endereço postal completo das organizações listadas. Por gentileza, entrem em contato com o Departamento no seguinte endereço:

Department of Injuries and Violence Prevention

World Health Organization

20 Avenue Appia

1211 Geneva 27

Switzerland

Tel.: +41 22 791 3480

Fax: +41 22 791 4332

Email: vip@who.int

Índice Remissivo

Obs.: os números de página em **negrito** referem-se a entradas e definições principais.

A

Pavus alouigenes I **185**

Abuso (*vide* maus-tratos para com crianças; maus-tratos para com idosos; violência entre parceiros íntimos; violência sexual)

Consequências em adultos **69,152**

Direitos humanos **211,313,223**

Espetro:

auto agressão **180-189**

Agressores

Características **59-64**

Educação **160**

auxílio para

tratamento **71,102**

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (*vide* Vírus da Imunodeficiência Humana) **97**

Idosos **119**

Violência sexual **157**

Ação contra Maus-tratos para com idosos, Reino Unido **124**

Planos de Ação, prevenção da violência **246**

Adolescentes (*vide* Violência juvenil) **26**

Violência sexual contra **147-150**

Comportamento suicida **184**

Adultos, mau tratados quando crianças **69,152**

Grupos de defesa de direitos **248-249**

África

Pandemia de AIDS

Casamento entre crianças **151**

Assistência a idosos

Estatísticas de homicídio

Mortalidade por lesão intencional

Principais causas de mortalidade/DALYs

Violência entre parceiros **80**

Estatísticas demográficas

Iniciativas de prevenção

Refugiados **220**

Violência sexual **146-150**

Estatísticas de suicídio

vítimas de guerra **211-212**

Áfro-Americanos

Idade

Tentativa de suicídio **186-188**

maus-tratos para com crianças **57**

estatísticas de homicídio

mortalidade por lesão intencional

aumento da população idosa

violência sexual **158**

risco de suicídio **186-188**

estatísticas de suicídio

mortalidade por lesão relacionada a guerra

Populações dos estados membros da OMS

Violência juvenil **25**

Preconceito contra os idosos

Agressão

vias de desenvolvimento **32**

inter-relação com a mídia **38**

Agricultura, conflito armado **211**

Distribuição de ajuda, problemas éticos **226**

AIDS, *vide* Síndrome da Imunodeficiência Adquirida **218**

Álcool

maus-tratos para com idosos

Álcool

- maus-tratos para com idosos
- violência entre parceiros 92
- violência sexual 154
- suicídio 187
- violência juvenil 39

Mal de Alzheimer

Américas (*vide* América Latina; América do Norte; Organização Pan-Americana da Saúde);

- Estatísticas de homicídio
- Mortalidade por lesão intencional
- Principais causas de mortalidade/DALYs
- Promoção de saúde da OPAS/OMS 225
- Estatísticas demográficas 217
- Refugiados 220
- Estatísticas de suicídio
- Coalizão para prevenção da violência
- Mortalidade relacionada à guerra

Anistia Internacional

- web site

Drogas antiretrovirais

Ansiiedade, suicídio 187

Conflito armado (*vide* Violência coletiva; Guerra) 211

- Mudanças em
- População civil 220–221
- doenças contagiosas 218
- definições
- deficiência 219
- extensão 212
- história
- mortalidade
- mortalidade 217
- violência entre parceiros 80
- iniciativas pós conflito 227
- estupro 213
- custo sócioeconômico 221
- tática 214

Forças armadas

- criança recrutadas 230
- doenças sexualmente transmissíveis
- tratamento da população civil 222

Comércio de armas

Ásia (*vide* Ásia e Pacífico Ocidental; Sudeste Asiático)

- Casamento entre crianças
- Iniciativas contra maus-tratos para com idosos
- Iniciativas de prevenção
- Refugiados 220
- Tráfico sexual 84
- violência sexual 145

Ásia e Pacífico Ocidental (*vide* Ásia; Sudeste Asiático)

- Violência entre parceiros 80
- taxas de homicídio entre jovens 25

Pessoas que buscam asilo, *vide* Refugiados 220

Guerra assimétrica

R

Síndrome da criança espancada 57

Mulheres espancadas 101,163

- centros de crise
- violência entre parceiros 80

Terapias comportamentais 70, 194

- Sistema de creanças, violência Sexual **151**
- Vieses, dados sobre violência coletiva **212**
- Fatores biológicos **188**
 - Suicídio **187**
 - violência juvenil **39**
- Transtorno bipolar
- Modelo de Blumer, maus-tratos para com idosos **126**
- Meninos (*vide* Homens; Violência juvenil) **149-150**
- Intimidação **27-28**
- C**
- Campanhas
 - prevenção de maus-tratos para com crianças **70**
 - prevenção de maus-tratos para com idosos **121**
 - mídia **246**
 - prevenção da violência entre parceiros **104-105**
 - prevenção da violência Sexual **163**
- Monóxido de carbono, redução de suicídio
- Pessoas que prestam assistência **231**
 - maus-tratos para com crianças **55**
 - maus-tratos para com idosos **122,126,128**
 - abuso Sexual **143**
- Caribe
 - Legislação sobre violência Doméstica
 - Violência entre parceiros **92**
 - Violência sexual **144-169**
 - Violência juvenil **23-49**
- Comissão Carnegie para a Prevenção de Conflitos Mortais **15**
- Série de casos, maus-tratos para com crianças **55**
- Vítimas, violência coletiva **6**
- Caucasianos, taxas de suicídio **180**
- Centros
 - mulheres espancadas **92**
 - idosos maltratados **135**
 - assistência para vítimas de agressão sexual **161**
 - prevenção de suicídio **193**
- Mudança
 - Epidemia de AIDS **159**
 - Violência coletiva **210**
 - Demográfica/social **216,217**
 - Sócioeconômica **221**
 - mulheres em sociedades em transição **106**
- Características
 - famílias abusivas
 - crianças em risco
 - pessoas que maltratam idosos **128**
 - parceiros agressivos **99**
 - homens Sexualmente violentos
 - menor infrator
- Maus tratos para com crianças (*vide* Negligência) **61**
 - síndrome da criança espancada
 - consequências
 - definições
 - extensão
 - fatal **56**
 - não fatal **56**
 - físico **58**
 - prevenção **248**
 - psicológico **158**
 - recomendações **242-250**

- práticas de notificação
- fatores de risco
- sexual
- suicídio **57**
- risco de suicídio
- web sites
- Desenvolvimento infantil, prevenção de abuso sexual
- Casamento entre crianças **151**
- Mortalidade infantil
- conflito armado **211**
- maus-tratos para com crianças **61**
- violência doméstica **64,67**
- Direitos da criança
- Educação infantil, *vide* Educação de filhos
- Crianças (*vide* Maus-tratos para com crianças; Negligência; Violência juvenil) **25-26**
 - Disciplina **76**
 - violência doméstica **64,67**
 - iniciativas contra maus-tratos para com idosos
 - mídia **246**
 - negligência **57**
 - programas de educação infantil
 - iniciativas para prevenção da violência primária **61**
 - abuso sexual por professores
 - como soldados **230**
 - vulnerabilidade **152**
- Circuncisão, feminina, *vide* Mutilação genital **167**
- População civil, conflito armado **166**
- Coalizões, prevenção de maus-tratos para com crianças
- Coerção, violência Sexual **144-150**
- Terapia cognitivo-comportamental
- Deterioração cognitiva, maus-tratos para com idosos
- Violência coletiva (*vide* Conflito armado; Guerra)
 - Vítimas **213**
 - soldado criança **230**
 - consequências **230**
 - dados **212**
 - definições
 - extensão **212**
 - genocídio **211**
 - natureza de prevenção **149**
 - recomendações **229**
 - fatores de risco
 - web sites
- Compromisso, necessidade de político
- Comunicáveis, doenças (*vide* Virus Imunodeficiência Humana)
- Comunicação (*vide* Mídia)
 - divulgação de conhecimento
 - campanhas de prevenção **149**
 - recomendações de prevenção **166**
- Comunidades
 - maus-tratos para com crianças **25-26**
 - violência coletiva **212-220**
 - maus-tratos para com idosos **121**
 - não violentas
 - violência entre parceiros **92**
 - violência sexual **144**
 - integração social
 - prevenção de suicídio **199**
 - prevenção da violência **3**
 - violência juvenil **23-49**

- Comparabilidade, dados **7-9**
- Emergências complexas **210**
- Consequências
 - maus-tratos para com crianças **25-26**
 - violência coletiva **208-232**
 - maus-tratos para com idosos **121**
 - violência entre parceiros **92**
 - violência sexual **144**
- Consultoria sobre prevenção de maus-tratos para com crianças, OMS
- Convenções (vide Tratados internacionais)
 - Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984)
 - Contra o Crime Organizado Transnacional com Protocolo sobre o Tráfico de Pessoas (2000)
 - sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres (1979)
 - sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965)
 - sobre a Prevenção e Punição do Crime de Genocídio (1948)
 - sobre os Direitos da Criança (1989) **74**
 - para a Supressão do Tráfico em Pessoas e da Exploração da Prostituição de Outras (1949)
- Coordenação
 - Multisetorial
 - iniciativas de violência entre parceiros **86-108**
 - agências das Nações Unidas
- Punção corporal
- Custos
 - maus-tratos para com crianças **70**
 - violência coletiva **215**
 - violência auto-dirigida
 - suicídio **180**
 - violência contra mulheres **88**
 - violência em geral **11**
 - violência no local de trabalho **168**
 - violência juvenil **25**
- Conselho Europeu
- Aconselhamento
 - maus-tratos para com idosos **121**
 - violência sexual **154**
 - comportamento suicida **200**
 - telefone-
 - violência juvenil **47**
- Tribunais, violência doméstica **66**
- Crime, inter-relação com capital social **99**
- Justiça criminal **100**
 - maus-tratos para com crianças
 - violência doméstica
 - maus-tratos para com idosos **121**
- Centros de crise
 - Mulheres mal tratadas
 - maus-tratos para com idosos **121-128**
 - agressão sexual **152**
 - prevenção de suicídio **193,194,195**
- Programas de intervenção em crise
 - maus-tratos para com crianças **70-79**
 - violência coletiva **223**
 - maus-tratos para com idosos **119-122**
- Estudos Internacionais
 - violência entre parceiros **92**
 - suicídio **200**
 - recomendações para prevenção da violência **242-249**
 - violência juvenil **47**
- Fatores culturais
 - Maus-tratos para com crianças **74-76**

casamento infantil **151**
 maus-tratos para com idosos **130-131**
 mutilação genital feminina **167**
 violência de parceiros masculinos **149**
 educação de filhos **62-65**
 violência sexual **155**
 suicídio **196**
 violência em geral **6**
 violência juvenil **33-35**

D

DALYs, *vide* Anos de Vida Ajustados À Incapacidade

Dados

Comparabilidade
 fontes/tipos

Coleta de dados 7-8

proteção à criança **62**
 violência coletiva **212**
 violência sexual **152-156**
 suicídio **199**
 violência juvenil **48**

Creche Crianças mal tratadas **35-36**

Tomada de decisão, prevenção da violência **15**

Definições

conflito armado **211**
 maus-tratos para com crianças **69-72**
 violência coletiva **211-213**
 emergências complexas
 maus-tratos para com idosos **126**
 genocídio **211**
 violência entre parceiros íntimos **79-81**
 velhice **126**
 prevenção **16**
 estupro **213**
 violência auto-dirigida
 violência sexual **157-159**
 capital social
 suicídio **186-188**
 tortura **213**
 violência **3**
 guerra **229**
 juventude

Demência

Fatores demográficos 217

maus-tratos para com crianças **69-72**
 violência coletiva **211-213**
 populações mais velhas
 violência entre parceiros
 suicídio **186-188**
 violência juvenil **47-48**

Depressão

Privação

Deteção, maus-tratos para com crianças **67-69**

Países desenvolvidos

maus-tratos para com idosos **69-72**
 aumento da população idosa **130**
 violência entre parceiros

Países em desenvolvimento

mudança demográfica **217**
 maus-tratos para com idosos **69-72**

- HIV/AIDS
 - violência entre parceiros **90**
 - iniciativas para prevenção da violência **15**
- Deficiência, relacionada a conflito
- Anos de Vida Ajustados À Incapacidade (DALYs)
- Disciplina (*vide* Punição)
 - Crianças
 - Esposas
- Divulgação
 - maus-tratos para com crianças **75-76**
 - violência entre parceiros **95-96**
- Doenças (*vide* Morbidade)
 - Consequências dos maus-tratos para com crianças **64-65**
 - Violência coletiva
 - Contagiosas
 - ônus global **216**
 - principais causas de mortalidade/DALYs
 - idosos **119**
 - violência entre parceiros **102**
 - sexualmente transmissíveis **159**
 - suicídio **186-188**
- Pessoas deslocadas, *vide* Refugiados
- Gás doméstico, suicídio **199**
- Violência doméstica (*vide* Violência entre parceiros íntimos):
 - Crianças
 - maus-tratos para com idosos **126**
 - legislação **136**
 - variações locais
 - trabalho comunitário **35, 64, 127, 155, 163, 196, 216, 103**
 - iniciativas de prevenção **15-16**
 - serviços de apoio **198**
- Abuso de drogas **152**
- Comércio de drogas **35**
- Dinâmica
 - Violência entre parceiros **79-81**
 - Violência juvenil **29**
- E**
- Europa Oriental (*vide* Europa)
 - Casamento precoce
 - maus-tratos para com idosos **126**
 - violência sexual **157-159**
 - suicídio **186-188**
 - homicídio entre jovens **26**
- Mediterrâneo Oriental
 - Assassinatos pela honra familiar **35**
 - estatísticas de homicídio
 - mortalidade por lesão intencional
 - principais causas de mortalidade/DALYs
 - violência entre parceiros **79-81**
 - estatísticas demográficas **217**
 - estatísticas de suicídio
 - mortalidade relacionada à guerra **211-212**
- Modelo ecológico
 - maus-tratos para com crianças **69-72**
 - maus-tratos para com idosos **126**
 - prevenção da violência juvenil
- Fatores econômicos (*vide* Fatores sócioeconômicos)
 - violência coletiva **221-227**
 - suicídio **186-188**

- violência juvenil **29**
- Impactos econômicos **6-7**
- violência coletiva **217-218**
- globalização **216**
- violência contra mulheres
- violência em geral
- Educação (*vide* Treinamento)
 - prevenção de maus-tratos para com crianças
 - prevenção de maus-tratos para com idosos **135**
 - circuncisão feminina **167**
- HIV/AIDS
 - campanhas de prevenção na mídia **246**
 - educação de filhos
 - prevenção da violência sexual
 - inter-relação com violência contra mulheres
 - violência juvenil
- Maus-tratos para com idosos **126**
 - Consequências
 - Definições
 - Extensão
 - Indicadores
 - Mortalidade **09**
 - Prevenção
 - campanhas de conscientização do público **16**
 - recomendações **243**
 - fatores de risco
 - web sites
- Assistência a idosos
 - contextos familiares
 - instituições
- Emergências, complexas
 - Abrigos de emergência (*vide* Centros de crise)
 - mulheres espancadas **101, 163**
 - maus-tratos para com idosos **126**
- Abuso emocional (*vide* Violência psicológica)
 - Crianças **62**
 - Idosos **129**
- Emprego (*vide* Fatores sócio-econômicos)
 - mulheres mau tratadas **101, 163**
 - suicídio
- Ambientes (*vide* Infra-estruturas)
 - Suicídio **196**
 - redução de toxinas
 - recomendações para prevenção da violência
 - violência juvenil
- Epidemias
 - AIDS
 - conflito armado
- Igualdade, recomendações para a promoção
- Ética, fornecimento de ajuda
- Minorias étnicas
 - Genocídio **211**
 - suicídio **196**
- UE, *vide* União Européia
- Europa (*vide* Europa Oriental)
 - maus-tratos para com idosos **126**
 - estatísticas de homicídio
 - mortalidade por lesão intencional
 - principais causas de mortalidade/DALYs
 - violência entre parceiros **190**

- estatísticas demográficas **217**
- refugiados **220**
- tráfico sexual **148**
- estatísticas de suicídio **186-188**
- mortalidade relacionada à guerra **211-212**
- violência juvenil **23**
- União Europeia (UE)
 - iniciativas para combate ao tráfico
 - violência no local de trabalho **69-72**
- Avaliação
 - maus-tratos para com crianças iniciativas
 - intervenções contra maus-tratos para com idosos **126**
 - campanhas na mídia **38**
 - treinamento para educação de filhos
 - iniciativas contra violência entre parceiros **108**
 - intervenções em saúde pública
 - iniciativas contra violência sexual
 - prevenção de suicídio **189**
 - programas contra violência juvenil
- Modelos explicativos, ecológico **221**
- Atividades extracurriculares, escolas **150**

F

- Famílias
 - mulheres mal tratadas **95-96, 98, 113**
 - maus-tratos para com crianças **69-72**
 - maus-tratos para com idosos **126**
 - crimes de honra **93, 160-161**
 - violência sexual **158**
 - serviços de apoio **71-72**
 - iniciativas para prevenção da violência **41-43**
 - violência juvenil **70-72**
- Fome, relacionada a conflito **218**
- Fatalidades, *vide* Homicídios; Mortalidade
- Abuso financeiro, idosos **139**
- Armas de fogo (*vide* Armas)
 - mortalidade por país **322-323**
 - recomendações **243**
- Produção de alimentos, conflito armado **227**

G

- Gângues
 - Estupro **149, 153, 160**
 - violência juvenil **34-36, 38, 44**
- Gênero
 - crianças mal tratadas **66**
 - pessoas que maltratam crianças **67**
 - maus-tratos para com idosos **131**
 - promoção da igualdade **251**
 - estatísticas de homicídio **10, 274-277**
 - mortalidade por lesão intencional **270-273**
 - expectativa de vida **126**
 - violência sexual **173**
 - suicídio **10, 178, 278-281**
 - mortalidade por lesão relacionada a guerra **282-285**
 - populações dos estados membros da OMS **262-269**
 - violência juvenil **25-29**
- Genética, suicídio **193-194**
- Convenções de Genebra (1949) **170, 216**
- Mutilação genital, feminina **150, 171, 182**

Genocídio 216**Variações geográficas**

- maus-tratos para com crianças **60, 80**
- maus-tratos para com idosos **131-132**
- estimativas de mortalidade **10-11**
- violência entre parceiros **94-95, 97**
- violência auto-dirigida **186-189**
- violência sexual **151-153**
- violência juvenil **25-29**

Meninas (*vide* Mulheres) **66, 155, 164**

- iniciação sexual forçada **152-153**
- mutilação genital **171-172**
- taxas de homicídio **26-27**

Globalização

- violência coletiva **221, 234, 237**
- desigualdades **14, 221**
- benefícios potenciais **221-229**
- necessidade de pesquisa **248**
- tráfico sexual **162**
- políticas de proteção social **251**

Governos

- planejamento de resposta a crise **229**
- direitos humanos **253-254**
- planos de ação nacional **247-248**
- necessidade de compromisso **245**
- suicídio **204-205**
- iniciativas para prevenção da violência **17, 19, 234**
- políticas para prevenção da violência **251**
- pesquisa sobre violência **111, 241**
- violência juvenil **37-38**

Grupos

- defesa de direitos **251-252**
- genocídio **216**
- apoio pós-suicídio **203-204**
- vulneráveis **244-245**
- brigas entre jovens **31**

Crescimento, aumento da população idosa **125-126****Directrices**

- Protocolo de Istanbul sobre Tortura **219**
- Divulgação de suicídios na mídia **203**
- Violência entre parceiros **92**
- populações refugiadas **171**
- provas de agressão sexual **166**

Guerra do Golfo **223, 227-228****Armas (*vide* Armas)**

- Recomendações **249**
- Suicídio **196, 202-203**
- prevenção da violência **249**
- homicídio entre jovens **27, 35-36**
- violência juvenil **46**

H**Molestamento, sexual **155-156******Assistência à saúde**

- conflito armado **227-229**
- maus-tratos para com crianças **72-73**
- custo da violência **3, 11-12**
- violência doméstica **106-107**
- maus-tratos para com idosos **137-138**
- Iniciativas da OPAS/OMS **230-232**

- treinamento de pessoal 72, 80, 166-167
- restabelecimento pós-conflito 232-233
- refugiados 229
- abuso sexual, dentro 156, 173
- violência sexual 163, 166-168
- prevenção da violência juvenil 45
- Impactos na saúde**
 - maus-tratos para com crianças 69-70
 - violência coletiva 222-225, 227-228
 - maus-tratos para com idosos 133
 - violência entre parceiros 100-102
 - violência sexual 49, 162, 163
- Pessoal de saúde**
 - impactos do conflito armado 228
 - treinamento em maus-tratos para com crianças 72, 80
 - apoio para soldado criança 135-136
 - reconhecimento da violência doméstica 106-107
 - reconhecimento de maus-tratos para com idosos 137-139
 - prevenção da violência sexual 166-168
 - prevenção da tortura 219
 - treinamento 72, 80, 163-167
- Seuor da saúde**
 - Responsabilidades 245-246
 - papel do 229
- Hinduísmo** 198
- História, guerra** 218, 220
- HIV**, *vide* Vírus da Imunodeficiência Humana
- Holocausto, nazista** 216
- Visitação doméstica**
 - maus-tratos para com crianças 71
 - prevenção da violência juvenil 41-42
- Homicídios** 10-11
 - maus-tratos para com crianças 60, 74-75
 - crimes pela honra da família 93, 160-161
 - armas de fogo, relacionadas por país 322-323
 - violência de parceiros masculinos 93
 - mortalidade por país 308-313
 - mortalidade por região da OMS 274-275
 - idosos 228
 - violência sexual 149
 - local de trabalho 18
 - violência juvenil 25-29
- Hospitais**
 - prevenção de maus-tratos para com crianças 78
 - maus-tratos para com idosos 137
 - centros de crise para agressão sexual 67
- Mitadia**
 - maus-tratos para com crianças 45-46
 - prevenção da violência juvenil
- Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)** (*vide* Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) 165
 - conflito armado 223-224
 - prática 167
 - violência sexual 163-164
- Direitos humanos**
 - maus-tratos 219
 - crianças 79
 - governos 219, 234
 - convenções internacionais 253-254
 - idosos 142
 - Human Rights Watch 217, 228, 328

Organizações humanitárias

Código de Conduta **231**intervenção em violência coletiva **229-231**mortes relacionadas à guerra de profissionais **218****I**CID, *vide* Classificação Internacional de DoençasIdeação, suicida **191**IHDC, *vide* Instituto para Comunicações de Saúde e DesenvolvimentoImitação, suicídios **203**Imigração **196-197**Imunização, conflito armado **223, 230**Desigualdade econômica, inter-relação com homicídio **37**

Indicadores

violência coletiva **220**maus-tratos para com idosos **137-138, 139**comportamento suicida **205**

Povos indígenas

mortes relacionadas a conflitos **218**idosos **216**suicídio **190**

Indivíduos

modelo ecológico de violência **12-13**violência entre parceiros **97-98**fatores de risco de estupro **159**resposta a trauma **224**serviços de apoio **167**prevenção da violência juvenil **38, 40-41**

Desigualdades

violência coletiva **220-221**gênero/social **251**globalização **14**papel do setor de saúde **229**inter-relação com homicídio **37**Mortalidade infantil **61, 222-223**

Infantilização, idosos

Coleta de informações, *vide* Coleta de dados **251-253**Intercâmbio de informações **227**violência coletiva **232-234**violência juvenil **48-49**Infra-estruturas (*vide* Ambientes)impactos do conflito armado **227**empobrecidas **36, 38**melhorias em **249**

Lesões

maus-tratos para com crianças **61**soldado criança **235**Ônus global **257**minas terrestres **224**principais causas de mortalidade/DALYs **286-289**violência de parceiros masculinos **102**mortalidade por país **300-307**mortalidade por região da OMS **270-273, 282-285**violência sexual **162-163**mortalidade relacionada à guerra **282-285**violência juvenil **27-30**INPEA, *vide* Rede Internacional Para Prevenção de Maus-tratos Para Com IdososInstituto para Comunicações de Saúde e Desenvolvimento (IHDC), África do Sul **250**

Instituições

punição corporal **64**

- maus-tratos para com idosos 129-130
 - referência 111
- Quêntano da Inal, Gênis (QI), violência juvenil 33
- Intencionalidade 5-6, 59
- Conselho Inter-Americano Para Prevenção de Violência 252, 328
- Banco Inter-Americano de Desenvolvimento 12, 252, 337
- Fóruns Interagências, violência entre parceiros 107-108
- Pessoas deslocadas internacionalmente, *vide* Refugiados 251
- Agências internacionais, recomendações para colaboração 217, 248
- Classificação Internacional de Doenças (CITD) 217, 257
- Comitê Internacional da Cruz Vermelha 215, 232
- Aliança Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos 238
- Tribunal Criminal Internacional, *vide* Roma 170, 254
- Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho 231
- Rede Internacional Para Prevenção de Maus-tratos para com idosos (INPEA) 135-136
- Sociedade Internacional Para Prevenção de Maus-tratos e Negligência Para Com Crianças 59, 326
- Tratados internacionais *vide* Convenções
 - direitos da criança 79
 - violência cível 225
 - direitos humanos 170, 216, 219, 253-254
 - violência sexual 170, 256
- Internet
 - compartilhamento de informações 48
 - web sites relacionados a violência 326-327, 328
- Intervenções (vide Prevenção; Programas)
 - maus-tratos para com crianças 90-93
 - maus-tratos para com idosos 136-141, 142
 - pós-conflito armado 232-233, 236
 - pós-suicídio 203-204
 - prevenção da violência sexual 173, 174
 - prevenção de suicídio 199-200, 201, 205-206
 - violência redução 15-16, 243
- Violência entre parceiros íntimos (*vide* Violência doméstica) 89-113
 - Crimes 68, 73, 103
 - Consequências 94-95, 100-103
 - conselhos de conciliação 107-108
 - comparabilidade de dados 92
 - definições 89
 - dinâmica 93-96
 - do público 109-111
 - homicídios 93
 - maternidade materna 102
 - subdivisões multisectoriais 111
 - sociedades não orientadas 96-97
 - prevalência 89-93
 - prevenção 103-113
 - recomendações 111-113
 - fatores de risco 96-100
 - violência sexual 151-152
 - web sites 327
- Paras Lina, suicídio 190
- Islão 172, 198
- Islâmico
 - Atos 131
 - crimes de suicídio 195
- Protocolo de Istambul 219
- T
 - Maus-tratos 224, 232
 - América Latina (*vide* Américas)

legislação sobre direitos da criança **79**
 iniciativas contra violência doméstica **108, 109**
 casamento precoce **156**
 assistência a idosos **135**
 violência entre parceiros **90**
 violência sexual **151**
 taxas de suicídio **186-187**
 custos relacionados a violência **12**
 violência juvenil **25**
 Cumprimento da lei, *vide* Polícia
 Legislação
 maus-tratos para com crianças **74-75**
 punição corporal **64**
 violência doméstica **103-106**
 maus-tratos para com idosos **138, 142**
 direitos humanos **228, 253-254**
 violência sexual **169-170**
 Atividades de lazer, prevenção da violência juvenil **44**
 Aulas, prevenção da violência **243-245**
 Eventos de vida, suicídio **194-195**
 Treinamento em atividades essenciais **165**
 Inter-relações
 maus-tratos para com crianças/ problemas em adultos **74-74, 158**
 fontes de dados **9**
 demografia/mudança social/violência juvenil **36**
 violência doméstica/maus-tratos para com crianças **68**
 globalização/desigualdades/conflito **321**
 homicídio/desigualdade econômica **37**
 variáveis de violência **13-15, 244**
 Locais, iniciativas **16-17, 247-248**
 maus-tratos para com idosos **136-141**
 violência entre parceiros **110-111**
 Perda, suicídio **194, 195, 203-204**

M

Prisão obrigatória, violência doméstica **105**
 Notificação compulsória
 maus-tratos para com crianças **74**
 maus-tratos para com idosos **138**
 Tratamento obrigatório, pessoas que maltratam crianças **75**
 Violência marital, *vide* Violência entre parceiros íntimos
 Marcadores, suicídio **193-194**
 Casamento **99**
 Criança **156-157, 171**
 Meios de comunicação de massa, *vide* Mídia
 Mortalidade materna **102**
 Mídia **249, 250**
 prevenção de maus-tratos para com crianças **76**
 prevenção de maus-tratos para com idosos **140**
 prevenção da violência sexual **168**
 suicídio **203**
 violência juvenil **39-40**
 Marcadores médicos, suicídio **193-194**
 Atendimento médico-legal, violência sexual **166**
 Homens (*vide* Meninas)
 maus-tratos para com crianças **64, 67**
 depressão **192**
 homicídio/taxas de suicídio **10-11, 26-27**
 crises de identidade **161**
 violência sexual **159-169**

- violência contra **154-155**
- violência contra mulheres **89-113**
- violência no local de trabalho **18**
- violência juvenil **25-28**
- Saúde mental
 - maus-tratos para com crianças **69-70**
 - violência coletiva **224-225**
 - violência entre parceiros **102**
 - violência sexual **163**
 - prevenção de suicídio **199**
- Programas de supervisão, violência juvenil **42**
- Métodos
 - Suicídio **196, 202-203**
 - homicídio entre jovens **27**
- Oriente Médio, refugiados **226**
- Modelos
 - Ecológicos **12-15, 41, 130-132**
 - prevenção da violência sexual **166**
- Monitoração
 - maus-tratos para com crianças **78**
 - violência juvenil **47**
- Transtornos do humor, suicídio **192-193**
- Morbidade (*vide* Doenças; Lesões)
 - violência coletiva **222**
 - fontes de dados **07**
 - global **03**
 - custos relacionados a violência **12**
- Mortalidade
 - mulheres mau tratadas **93**
 - crianças **60, 74-75, 103, 222-223**
 - violência coletiva **216-218**
 - taxas nacionais **259**
 - maus-tratos para com idosos **128**
 - armas de fogo, relacionadas por país **322-323**
 - estimativas globais **07-11, 25-29, 258, 286-287**
 - estatísticas de homicídio **274-277, 308-313**
 - infantil **61, 222**
 - lesões intencionais **270-273, 300-307**
 - principais causas por região da OMS **288-299**
 - maternal **102**
 - violência sexual **149**
 - suicídio **185-190**
 - estatísticas de suicídio **278-281**
 - relacionada à guerra **217-218, 225, 282, 285**
 - homicídio entre jovens **25-29**
- Motivações
 - violência entre parceiros **94-95**
 - estupro **149**
 - violência juvenil **31**
- Abordagem multidisciplinar
 - prevenção de suicídio **206**
 - prevenção da violência **247**
- Mutilação
 - conflito armado **224**
 - genital feminina **171-172**
- N**
 - Planos de ação nacional, prevenção da violência **247-248**
 - Centro Nacional de Maus-Tratos Para Com Idosos, EUA **134**
 - Iniciativas nacionais **17, 19**

- prevenção de maus-tratos para com crianças 76-77
- prevenção de maus-tratos para com idosos 134-136
- prevenção da violência entre parceiros 111
- proteção social 37
- pesquisa sobre violência 248
- OTAN, *vide* Organização do Tratado do Atlântico Norte
- Holocausto nazista 216
- Negligência 07
 - Criança 60, 61, 65, 77
 - Idosos 126-134
 - populações mais pobres 245
 - violência juvenil 33
- Neurobiologia, suicídio 194
- Não fatal, violência (*vide* Lesões) 08
 - contra crianças 60, 65
 - contra mulheres 101
 - tentativa de suicídio 189
 - estimativas globais 11
 - parceiros íntimos 89
 - envolvendo jovens 27-29
- Organizações Não Governamentais 19
 - iniciativas para conflito armado 228
 - campanhas 250
 - direitos da criança 79
 - recomendações de coordenação 251
 - iniciativas de prevenção contra violência doméstica 107
 - iniciativas de prevenção contra maus-tratos para com idosos 140
 - iniciativas de prevenção contra circuncisão feminina 172
 - dados sobre direitos humanos 217, 232
 - mortes de funcionários 218
 - prevenção da tortura 219
- América do Norte (*vide* Américas)
 - maus-tratos para com idosos 129, 133, 138
 - violência entre parceiros 91
 - centros de assistência para agressão sexual 167-168
 - suicídio 190
 - prevenção da violência 140-252
 - violência juvenil 27, 30-31, 32, 33
- Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) 218-220

U

- Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos 17, 232
- Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados 17, 156, 171
- Idosos (*vide* Maus-tratos para com idosos)
 - pandemia de AIDS 126
 - direitos humanos 142
 - aumento da população 125-126
 - suicídio 191-192
- OMCT, *vide* Organização Mundial contra Tortura
- Organização dos Estados Americanos 152
- Orfãos, Epidemia de AIDS 126
- Programas Comunitários
 - violência doméstica 106
 - suicídio 201
 - violência juvenil 45

P

- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 108, 109, 230-231
- web site 328
- Escala Tática de Conflito entre Pais e Filhos 62-63

- Educação de filhos
 - maus-tratos para com crianças **67-68**
 - fatores culturais **59**
 - práticas disciplinares **62-67, 80**
 - prevenção da violência sexual **166**
 - proteção contra suicídio **198**
 - tratamento **42, 70-71**
 - oficinas **110**
 - violência juvenil **33-34**
- Violência entre parceiros, *vide* Violência entre parceiros íntimos
- Iniciativas de paz, OPAS/OMS **230-231**
- Manutenção da paz, atividades das Nações Unidas **236**
- Pressão pelos pares
 - violência sexual **160**
 - violência juvenil **34**
- Provocadores-Violadores, *vide* Agressores
- Fatores de personalidade (*vide* fatores psicológicos)
 - pessoas que maltratam crianças **67**
 - maus-tratos para com idosos **130**
 - violência entre parceiros **98-99**
 - violência juvenil **32-33**
- Pesticidas, suicídios **202**
- Farmacoterapia, prevenção de suicídio **199**
- Maus-tratos físicos **6-7**
 - Crianças **60, 62-63, 73**
 - violência de parceiros masculinos **90-91, 94, 96**
 - idosos **139**
 - risco de suicídio **194-195**
 - local de trabalho **18**
 - violência juvenil **33**
- Brigas físicas, violência juvenil **29**
- Deterioração física, maus-tratos para com idosos **130**
- Fatores fisiológicos
 - Suicídio **194**
 - violência juvenil **32**
- Planejamento, recomendações de prevenção **247**
- Política **105, 161, 169, 219**
 - delegacias de mulheres **105-106**
 - violência juvenil **37, 44**
- Políticas
 - prevenção de maus-tratos para com crianças **75, 76-78**
 - redução da violência coletiva **228**
 - provisão de dados de conflito **232**
 - violência doméstica **105**
 - violência sexual **150-155, 161**
 - proteção social **249-251**
 - prevenção de suicídio **204**
 - prevenção da violência juvenil **47-48**
- Política
 - violência coletiva **220-221**
 - necessidade de compromisso **245**
- População **125-126**
 - Idosa, aumento **226**
 - assentamento forçado **262-269**
 - Estados membros da OMS **69-70, 101, 163, 224**
- Transtorno de estresse pós-traumático
- Pobreza **68**
 - maus-tratos para com crianças **126, 132**
 - idosos **90**
 - violência entre parceiros **158-159, 161**

- violência sexual 197
- suicídio 244-245
- inter-relação com violência 45-46
- violência juvenil 149
- Poder, Abuso de
- Preditores (*vide* Fatores de risco) 97-100
 - violência entre parceiros 193
 - suicídio 243
 - violência em geral 32-33
 - violência juvenil 101
- Gravidez 38, 40-41
- Programas de melhoria da pré-escola 38
- Prevalência
 - maus-tratos para com crianças 60-65
 - violência coletiva 217-220
 - maus-tratos para com idosos 129
 - violência entre parceiros 89-93
 - violência auto-dirigida 186-191
 - violência sexual 150-157
 - violência juvenil 25-29
- Prevenção (*vide* Intervenções; Programas) 14-19
 - maus-tratos para com crianças 70-81
 - violência coletiva 228-236
 - definições 15
 - maus-tratos para com idosos 138-143
 - campanhas na mídia 250
 - planos de ação nacional 247
 - violência entre parceiros 103-113
 - abordagem da saúde pública 3-5, 9-12, 15-17, 243-254
 - recomendações 246-254
 - violência auto-dirigida 199-204
 - violência sexual 154, 164-173
 - suicídio 199-204
 - violência no local de trabalho 18
 - violência juvenil 38, 40-49
- Prevenção primária 15, 242, 248
 - maus-tratos para com idosos 142
 - violência entre parceiros 110, 113
 - violência sexual 173
- Prioridades
 - prevenção de maus-tratos para com idosos 141
 - estabelecimento de 248-249
 - prevenção da violência sexual 173
 - apoio a vítimas 249
- Prisões, violência sexual 154
- Programas (*vide* Intervenções; Prevenção)
 - prevenção de maus-tratos para com crianças 73-77
 - prevenção de maus-tratos para com idosos 136-141
 - apoio à família 71
 - redução da circuncisão feminina 171
 - visitas domésticas 71
 - Promoção de saúde da OPAS/OMS 230
 - treinamento para educação de filhos 42, 70
 - prevenção da violência entre parceiros 106, 110
 - melhoria da pré-escola 38
 - saúde pública 4
 - prevenção da violência sexual 165
 - desenvolvimento social 40
 - prevenção da violência juvenil 38, 40-49
- Promiscuidade, violência sexual 158

Profilaxia, Infecção por HIV, 167

Acusação

abuso sexual de crianças 75

violência sexual 169

Prostituição (*vide* trabalhos do Sexo) 153, 155

Proteção

Crianças mal tratadas 74

Estratégias de mulheres mal tratadas 95

instituída pelo estado 37

Ordens de proteção, violência doméstica 105

Fatores protetores

tradições culturais 244

suicídio 198

Protocolos, evidência de agressão sexual 166

Fatores psicológicos (*vide* Fatores de Personalidade)

violência sexual 159, 165

suicídio 192, 205

violência juvenil 6-7

Violência psicológica 64, 69

Crianças 139

Idosos 89, 91, 101

Mulheres 201, 205

Intervenções psicossociais, suicídio 138-144

Campanhas de conscientização do público, maus-tratos para com idosos

Abordagem de saúde pública 215

violência coletiva 231

provisão de dados 232

modelo ecológico 12-16, 41, 65, 130-132, 142

maus-tratos para com idosos 125, 137

pós-conflito 132

prevenção da violência 3-5, 9-12, 16-19, 243, 254

Punição (*vide* Disciplina)

Crianças 62-63

estupro como 149, 160

esposas 94, 100, 246

Q

Qualidade, coleta de dados 9

R

Estupro (*vide* Violência sexual)

conflito armado 156, 171, 218

centros de crise 168

definição 149

assassinatos pela honra familiar 93

gangue 153, 160

Risco de HIV 164, 167

reformas na lei 169

de homens 154

consequências físicas 162

como punição 149, 160

mutificação 11, 115

fatores de risco 158

fatores sociais 161

comportamento suicida 163

Estupradores, características 159

Recomendações

prevenção de maus-tratos para com crianças 78-80

violência coletiva 233, 236

maus tratos para com idosos 141-143

- violência entre parceiros **111-113**
- violência sexual **172**
- prevenção de suicídio **204-206**
- prevenção da violência **246-254**
- prevenção da violência juvenil **47-49**
- Cruz Vermelha, Comitê Internacional da **215, 232**
- Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, Federação Internacional das Sociedades da Refugiados **231**
 - fornecimento de atendimento médico **225**
 - risco de HIV **229**
 - violência sexual **223**
- Reabilitação, soldado criança **256**
- Relacionamentos **225**
 - Abusivos
 - modelo ecológico **96, 109**
 - maus-tratos para com idosos **12**
 - violência entre parceiros **131**
 - fatores de risco de estupro **99**
 - suicídio **159**
 - violência juvenil **194, 200**
- Religião, suicídio **33-34, 41-43**
- Práticas de notificação **197**
 - maus-tratos para com crianças
 - fatores culturais **74**
 - maus-tratos para com idosos **11**
 - violência sexual **138**
 - suicídio **189, 203**
- Saúde reprodutiva
 - maus-tratos para com crianças **77**
 - violência de parceiros masculinos **101**
 - violência sexual **162**
- Pesquisa **148**
 - maus-tratos para com crianças **80**
 - violência coletiva **234**
 - maus-tratos para com idosos **141**
 - violência na mídia **39**
 - violência entre parceiros **92**
 - violência sexual **172**
 - suicídio **205**
 - violência juvenil **47-49**
- Assistência domiciliar, *vide* Instituições
- Revisões, fatalidades infantis **74**
- Dirreitos, criança **79**
- Comportamentos de risco, juventudes **28-30**
- Fatores de risco **13-15, 244**
 - maus tratos/negligência para com crianças **65-69, 80**
 - violência coletiva **220-222**
 - maus tratos para com idosos **110**
 - violência entre parceiros **96-100**
 - estupro **158**
 - violência sexual **157-162**
 - suicídio **191-198**
 - violência juvenil **32-38**
- Modelos de comportamento, prevenção da violência juvenil **42**
- Catolicismo Romano **198**
- Estatuto de Roma do Tribunal Criminal Internacional (1998) **170, 254**
- Zona rural, suicídio **196**

S

Casas seguras

- mulheres espancadas 104
- maus-tratos para com idosos 136
- Segurança, intervenções contra violência entre parceiros 92
- Esquizofrenia, risco de suicídio 193
- Escolas
 - prevenção de maus-tratos para com crianças 75
 - punição corporal 64
 - prevenção de maus-tratos para com idosos 140
 - iniciativas de prevenção contra violência entre parceiros 108, 110
 - violência sexual 155
 - prevenção da violência sexual 169
 - programas de desenvolvimento social 38, 40
 - prevenção de suicídio 201
 - prevenção da violência juvenil 44
- Tringem
 - maus-tratos/negligência para com crianças 72
 - violência entre parceiros 107
- Prevenção secundária 15
- Forças de segurança, tortura 219
- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs), 199, 205
- Violência auto-dirigida (*vide* Suicídio) 6-7, 185-206, 244
 - Custos 185
 - Definições 185-186
 - Extensão 186-191
 - Prevenção 199-204
 - Recomendações 206
 - fatores de risco 191-198
 - auto-mutilação 185
- Programas de auto-ajuda
 - maus-tratos para com idosos 143
 - apoio pós-suicídio 203
- Auto-mutilação 185
- Serotonina, suicídio 194, 199, 205
- Serviços, apoio, *vide* Serviços de apoio
- Trabalhadores do sexo
 - violência sexual contra 115
 - tráfico 150, 153, 170-171
- Molestamento sexual 155-156
- Orientação sexual, risco de suicídio 195
- Violência sexual (*vide* Maus-tratos para com crianças, violência entre parceiros íntimos) 6-7, 149-174
 - Coerção 149, 154, 164
 - Consequências 154, 162-164
 - Definições 149
 - Extensão 150-157
 - em serviços de assistência à saúde 156, 173
 - HIV/AIDS 164
 - convenções internacionais 170
 - como comportamento aprendido 160
 - vítimas masculinas 154
 - idosos 139
 - prevenção 75-76, 165-172
 - recomendações 172-173
 - fatores de risco 157-162
 - suicídio 163, 194
 - tráfico 150, 153, 155
 - tipos 149
- Doenças sexualmente transmissíveis (*vide* Vírus da imunodeficiência humana) 163
- Abrigos
 - mulheres mal tratadas 104
 - emergências de maus-tratos para com idosos 136

País/mães solteiros 34

SIPRI, *vide* Instituto Internacional de Pesquisa para a Paz de Estocolmo

Institute Sisterhood Is Global Institute, Montreal 168

Fatores situacionais, violência juvenil 31

Capacitação

treinamento para atividades essenciais 165

educação de filhos 70

desenvolvimento social 40

Escravidão (*vide* Tráfico) 218

Capital social

maus-tratos para com crianças 68

violência entre parceiros 100

violência juvenil 36

Programas de desenvolvimento social 40

Integração social

prevenção de conflitos armados 234

violência juvenil 36

Isolamento social

maus-tratos para com crianças 68

maus-tratos para com idosos 131

risco de suicídio 195

Proteção social, recomendações de políticas 251

Serviço social, maus tratos para com idosos 136

Apoio social, suicídio 202-204

Fatores sociais

maus-tratos para com crianças 68, 76-78

violência coletiva 221, 234

maus-tratos para com idosos 131

violência entre parceiros 97, 100

violência sexual 159, 161

prevenção de suicídio 202-204

violência juvenil 36-38, 45-47

Fatores sócio econômicos

relacionamentos abusivos 96, 109

maus-tratos para com crianças 67, 80

violência coletiva 220-222, 226-228

maus-tratos para com idosos 126, 132, 142

melhorias na intra-estrutura 249

violência entre parceiros 103

políticas de proteção social 251

comportamento suicida 196

grupos vulneráveis 244

violência juvenil 36

Pontes, dados 7-9, 150, 217

Sudeste Asiático (*vide* Ásia; Ásia e Pacífico Ocidental)

estatísticas de homicídio 274-277

mortalidade por lesão intencional 270-273

principais causas de mortalidade/DALYs 292-293

estatísticas demográficas 264

estatísticas de suicídio 278-281

mortalidade relacionada à guerra 282-285

Respostas, prevenção da violência juvenil 44

Normas

coleta de dados 247-248

pesquisa sobre violência juvenil 47

Estados (*vide* Governos)

violência coletiva 6, 220

proteção social 37

Estatísticas 257-323

comparabilidade de dados 8, 92, 189, 248

- tipos/fontes de dados 7, 150, 217
- mortalidade global 258, 286
- mortalidade por país 259, 300, 308, 321, 323
- mortalidade por região da OMS 270, 274, 278, 282, 288
- populações dos estados membros da OMS 262
- Estereótipos, idosos 141**
- Estigma**
 - HIV/AIDS 164
 - maus-tratos de parceiros masculinos 96
 - violência sexual 149
 - suicídio 189
- Instituto Internacional de Pesquisa para a Paz de Estocolmo (SIPRI) 217, 326**
- planejamento Estratégico, recomendações de prevenção 246
- Estratégias (vide Prevenção; Programas)**
 - mulheres mau tratadas 95
 - revelação da violência entre parceiros 92
 - prevenção da violência juvenil 38, 40
- Estresse**
 - maus-tratos para com crianças 68
 - violência coletiva 224
 - maus-tratos para com idosos 131
- Rebelião estudantil 36**
- Uso abusivo de substâncias, inter-relação com maus-tratos para com crianças 68
- Síndrome da morte súbita infantil 60, 75**
- Suicídio (vide Violência auto-dirigida) 185-206**
 - Tentativa 189
 - Custos 12
 - Definições 185
 - estimativas errôneas 189
 - extensão 186
 - armas de fogo, relacionadas por país 322-323
 - estimativas globais 10, 186
 - ideação 191
 - métodos 196, 202-203
 - estatísticas de mortalidade 186, 278, 314
 - fatores desencadeadores 194
 - preditores 193
 - prevenção 199-204
 - fatores protetores 198
 - recomendações 204
 - fatores de risco 191-198
 - abuso sexual 163
 - tendências temporais 187
 - web sites 327
 - abuso no local de trabalho 18
- Serviços de apoio**
 - adultos mau tratados quando crianças 73
 - maus-tratos para com crianças 70
 - violência coletiva 229-232
 - violência doméstica 104-112
 - maus-tratos para com idosos 136-137
 - famílias 71
 - pós-suicídio 203
 - refugiados 171
 - vítimas de violência sexual 165, 167
 - prevenção de suicídio 200
 - vítimas 249-251
- Vigilância, conflito armado 229, 232, 234**

Professores, abuso sexual **155**
 Equipes, revisões de fatalidades infantis **74**
 Tecnologias, novos armamentos **222**
 Aconselhamento por telefone **137**
 Televisão **39, 250**
 Terrorismo **6, 216, 222, 237**
 Prevenção terciária **15**
 Terapias (*vide* Tratamentos)
 maus-tratos para com crianças **73, 76**
 comportamento suicida **199**
 prevenção da violência juvenil **42**
 Ilhéus do Estreito de Torres, suicídio **190**
 Tortura, conflito armado **218**
 Toxinas, violência juvenil **45**
 Tradições (*vide* Fatores culturais)
 assistência a idosos **127, 142**
 violência de parceiros masculinos **94**
 Tráfico
 riscos de doenças **163**
 exploração sexual **150, 153, 155, 170**
 Treinamento (*vide* Educação)
 prevenção de maus-tratos para com crianças **70, 72, 80**
 violência doméstica detecção **106**
 prevenção de maus-tratos para com idosos **138, 142**
 pessoal de saúde **166, 250**
 programas de educação de filhos **42, 70**
 prevenção de suicídio **201, 205**
 Tratados
 direitos da criança **64, 77, 170, 254**
 prevenção da violência coletiva **228**
 direitos humanos **253**
 prevenção da violência sexual **170**
 Tratamentos (*vide* Terapias)
 pessoas que maltratam crianças **75**
 parceiros agressivos **106**
 agressões sexuais **165**
 prevenção de suicídio **192, 199, 205**
 Século XX, mortes relacionadas a conflitos **218**
 Estudos gêmeos, comportamento suicida **193**
 Tipologia da violência **6-7**

U

Desemprego **36, 67, 197**
 Carta das Nações Unidas **234**
 Fundo de Desenvolvimento para Mulheres das Nações Unidas **104, 108, 327**
 Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas **252, 328**
 Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos humanos **17, 232, 328**
 Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados **17, 156, 171, 329**
 Conselho de Segurança das Nações Unidas, Tribunal de Ruanda **216**
 Nações Unidas
 web sites da agência **326**
 mortes de funcionários em zonas de conflito **218**
 iniciativas de prevenção contra violência doméstica **108**
 Comitê Permanente Inter-Agências **215**
 Protocolo de Istambul sobre Tortura **219**
 atividades de manutenção da paz **236**
 prevenção da violência sexual **169**
 prevenção de suicídio **204**
 iniciativas para prevenção da violência **253**
 Papel das agências especializadas das Nações Unidas **17**

Ambientes urbanos
taxas de suicídio **196**
violência juvenil **34-36**

V

Abuso verbal
Crianças **65**
Idosos **129**
Apoio a vítimas
mulheres mal tratadas **104**
recomendação de melhoria de serviços **149-251**
vítimas masculinas **154**
proteção **251**
violência sexual **165, 167**
Vitimização, abuso sexual de crianças **158**
Violência
Definições **5-6**
Tipologia **6-7**
Vulnerabilidade
em grupos de risco **157, 244**
crianças **66**
idosos **127**

W

Guerra (*vide* Conflito armado; Violência coletiva) **15**
distinção de conflito armado **216**
mudanças em **219**
definições **216**
deficiência **224**
história **218**
principais causas de mortalidade/DALYs **286-299**
estimativas de mortalidade **217**
estupro **256, 218**
Armas (*vide* Armas)
violência coletiva **222**
violência de parceiros masculinos **93**
suicídio **196**
violência juvenil **27-30, 46**
Web sites, relacionados a violência **326, 328**
Despesas com o bem-estar social, inter-relação com redução de homicídio **37**
Pacífico Ocidental
estatísticas de homicídio **10, 274, 277**
mortalidade por lesão intencional **270**
principais causas de mortalidade/DALYs **298**
violência entre parceiros **90**
estatísticas demográficas **268**
estatísticas de suicídio **278**
mortalidade relacionada à guerra **282**
WHA, *vide* Assembleia Mundial da Saúde
OMS, *vide* Organização Mundial da Saúde
Viúvas
risco de suicídio **195**
violência dirigida a **127, 142**
Mulheres (*vide* Meninas; Viúvas) **11, 158**
maus-tratos por trabalhadores da saúde **156**
mal tratadas quando idosas **128**
delegacias da mulher **105**
programas contra violência doméstica **111**
mutilação genital **171**
estigma relacionado a HIV/AIDS **164**

- expectativa de vida **126**
- taxas de mortalidade **93**
- violência entre parceiros **89-113**
- riscos relacionados à pobreza **244**
- resposta a maus-tratos **95, 108**
- tráfico sexual **153, 155, 170**
- violência sexual contra **149, 174**
- suicídio **191**
- web sites de prevenção da violência **326**
- fatores de vulnerabilidade **157**
- maus-tratos para com esposas **94, 100, 243**
- herança de esposas **157**
- acusações de bruxaria **128**
- violência no local de trabalho **18**
- Violência no local de trabalho **19**
- Banco Mundial **252**
- Assembleia Mundial da Saúde (WHA), iniciativas de paz **215**
- Organização Mundial da Saúde (OMS) **5, 10, 17**
 - estimativas de homicídio infantil **60**
 - prevenção da violência coletiva **229, 236**
 - Consultoria sobre Prevenção de Maus-Tratos Para Com Crianças **59**
 - diretrizes para vigilância de lesões **248**
 - diretrizes para violência entre parceiros **92**
 - estudo sobre violência entre parceiros **99**
 - iniciativas de paz **230**
 - prevenção de suicídio **204**
 - estimativas de vítimas de guerra **217**
 - web site **328**
- Organização Mundial Contra Tortura (OMCT) **153**
- Estudo Mundial Sobre Maus-Tratos no Ambiente Familiar (Projeto WorldSAFE) **62**
- Guerras Mundiais **218**
- Internet, sites relacionados a violência **326**
- Projeto WorldSAFE, *vide* Estudo Mundial Sobre Maus-Tratos no Ambiente Familiar

Y

- Violência juvenil **25-49**
 - Definições **25**
 - Desenvolvimento **30**
 - Dinâmica **30-32**
 - Extensão **25-29**
 - Homicídios **25-29**
 - influência da mídia **39**
 - não fatal **27**
 - relacionada à pobreza **244**
 - prevenção **38, 40-49**
 - recomendações **47-49**
 - fatores de risco **32-38**
 - tendências **26-27**
 - web sites **327**

Realização



