Parte I — Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde

4. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde

Simone Gonçalves de Assis
Joviana Quintes Avanci

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, S.G., and AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 77-105. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0006>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

4. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde

Simone Gonçalves de Assis e Joviana Quintes Avanci

O objetivo deste capítulo é refletir sobre os fatores de risco e de proteção à violência, tendo como norte as noções de prevenção à violência e de promoção da saúde. Propõe-se que esses caminhos sejam tomados como prioritários na agenda dos profissionais e gestores da saúde que lidam com o tema.

Apesar de a violência ter estado sempre presente na história da humanidade, ela não é parte inevitável da condição humana. Seres humanos aprendem a conviver com a violência desde muito cedo. Da mesma forma que aprendem, podem desaprender. Os fatores que contribuem para respostas violentas podem ser mudados, a exemplo de complicações como as ligadas à gravidez e ao parto e às doenças infecciosas. Aos poucos, eles têm sido evitados e reduzidos em muitos países.

A prevenção da violência é um passo ainda mais recente do que o seu reconhecimento pelas pessoas, instituições e sociedades. Órgãos internacionais têm, em anos recentes, se preocupado em encontrar caminhos para a prevenção.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), há passos importantes para a prevenção dos vários tipos de violência (KRUG *et al.*, 2002): criar, implementar e monitorar planos de ação nacionais para a prevenção da violência, bem como tratados internacionais e leis; aumentar a capacidade de coleta/gestão de dados sobre violência; estimular a pesquisa sobre violência – suas causas, consequências e prevenção; promover a prevenção primária da violência; fortalecer os serviços de atendimento e apoio às vítimas; ação multissetorial; e promover a igualdade de gênero e social, bem como buscar mudanças culturais e sociais que apoiem a prevenção da violência.

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015) destaca em alguns Objetivos de Desenvolvimento Sustentável a violência e sua prevenção, indicando a necessidade de ação multinacional e multissetorial:

- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos;
- Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas;
- Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada, em todos os lugares;
- Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças.

Outros objetivos como acesso à saúde universal, redução da pobreza e da desigualdade, proteção social, educação, saúde mental, dentre outros, apoiam a noção de prevenção da violência (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Neste capítulo, inicialmente abordamos os fatores de risco em alguns grupos sociais mais tradicionalmente vulneráveis. A seguir, apresentamos, de forma mais ampla, mecanismos de prevenção à violência e de promoção da saúde que necessitam ser implementados e fortalecidos na prática em saúde. Damos ao enfoque da prevenção à violência e da promoção da saúde um caráter prioritário, considerando sua relevância no delineamento de políticas públicas e os resultados bem-sucedidos e de larga escala que são atingidos quando se toma como norte a prevenção e a promoção de saúde, e a qualidade de vida.

Breve histórico do conceito de risco

O conceito de risco vem mudando consideravelmente na época moderna. Inicialmente era tido como sinônimo de perigo, contingência e azar. Ao longo da modernidade, passou a envolver a avaliação calculada de algum investimento em relação a possíveis ganhos ou perdas (na área de seguro, nos jogos de azar).

Para as ciências sociais ligadas à saúde, o risco pode ser mais bem entendido como um conceito instituído historicamente e culturalmente. Entram em cena os valores imaginários e subjetivos, impossíveis de serem

descartados quando se tenta entender por que alguém decide enfrentar um risco ou não. Recentemente, sociólogos e antropólogos vêm dando prioridade à discussão da noção de viver arriscadamente como parte do sentido de aventura e prazer. A tendência à busca de sentido da vida na emoção e adrenalina é uma característica da atualidade, da dita sociedade de risco. Podemos dizer que a ideia de risco e o seu enfrentamento sempre fizeram parte da vida, constituindo-se em essência da existência humana.

Na área da saúde, esse aspecto subjetivo não tem tido enfoque prioritário. Tradicionalmente, o risco é concebido como um correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade, podendo ser definido como a probabilidade de um membro de uma população específica desenvolver uma dada doença em certo período, conforme apresentado no Capítulo 5. No nosso caso, podemos dizer que significa a probabilidade de se ter determinado atributo que facilita se tornar vítima ou agente de violência, em um período determinado. Por estarmos falando de probabilidade, temos que ter clareza que estamos indicando a **chance** de surgirem alguns comportamentos, em vez de estarmos **afirmando** esse fato (CONSTANTINO, 2006).

4.1 Fatores de risco às diversas formas de violência

Os fatores de risco à violência têm sido temas de textos científicos há algumas décadas.

Apresentamos a seguir os fatores de risco para alguns grupos etários ou de maior vulnerabilidade, a partir de uma abordagem ecológica que considera as interações que ocorrem entre diversos sistemas, hierarquicamente dispostos: indivíduo, relacionamento, comunidade e sociedade. Nesse enfoque, valem mais as interações entre os níveis do que o poder de um fator isolado para provocar o comportamento violento ou a vulnerabilidade à vitimização.

Uma interessante revisão sobre o assunto pode ser vista no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial da Saúde, 2002, organizado por Krug E. G. *et al.*

Para refletir

A partir de sua experiência, procure relacionar os fatores de risco à violência.

4.1.1 Criança e adolescente

Na violência contra a criança e o adolescente, por parte dos pais e de outros responsáveis, vários estudos indicam que crianças mais novas sofrem mais agressões físicas fatais e não fatais e, dentre elas, os meninos. As meninas correm mais risco em relação ao infanticídio, ao abuso sexual, à negligência educacional e nutricional, e à prostituição forçada. Quanto à estrutura e aos recursos familiares, pais/mães jovens, solteiros, pobres, desempregados e com nível educacional inferior ao de seus parceiros que não cometem violência têm mais risco de usar a violência contra seus filhos. Ambientes familiares instáveis e com muitas crianças (quatro ou mais) são também muito vulneráveis. Pais com baixa autoestima, controle deficiente de seus impulsos, problemas de saúde mental e comportamentos antissociais estão mais sujeitos a praticar abuso físico contra seus filhos; eles também apresentam dificuldade para lidar com o estresse, para buscar sistemas de apoio social, bem como tendem a apresentar comportamento irritadiço e perturbações ao estado de humor e atitudes de seus filhos, sendo mais controladores e hostis. Um outro fator importante sugerido é o maior risco de pais que foram maltratados na infância fazerem o mesmo com seus filhos. A violência perpetrada por parceiros íntimos também é muito associada à violência contra os filhos, criando um lar onde as agressões e violências tornam-se forma privilegiada de resolução de conflitos. Outras características parentais – como o abuso de substâncias, o estresse e o isolamento social, às vezes oriundas da mudança de emprego, perda de renda, problemas de saúde ou outros aspectos do ambiente familiar – podem aumentar o nível de conflito em casa e afetar a habilidade dos membros em lidar com esses conflitos e encontrar apoio (KRUG *et al.*, 2002).

Quanto aos fatores comunitários, elevados níveis de desemprego, concentração de pobreza e elevados níveis de rotatividade populacional aumentam o risco de maus-tratos às crianças e aos adolescentes. A pobreza afeta a população infantojuvenil por meio de seu impacto no comportamento parental e na deterioração de infraestruturas físicas e sociais da comunidade. Outros fatores culturais e sociais – como normas culturais que circundam os papéis do casal, das relações entre pais e filhos e a privacidade da família; as políticas infantis e familiares; as frágeis fontes de proteção social para as crianças e famílias e receptividade do sistema criminal – também podem afetar a capacidade parental em relação aos cuidados com os filhos (KRUG *et al.*, 2002).

4.1.2 Jovens e infrações

Para a violência juvenil, os fatores individuais de risco são as lesões e complicações associadas à gravidez e ao parto, o que poderia produzir danos neurológicos que facilitariam a ocorrência de violência. No entanto, nessas complicações gestacionais, o prognóstico de risco da violência ocorre, apenas ou principalmente, quando tais problemas se combinam com outros, típicos do meio em que a criança vive. Entre os fatores relacionados à personalidade e ao comportamento estão: hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente e problemas de atenção. Os baixos níveis de desempenho escolar têm sido também associados à violência juvenil. Fatores associados às relações interpessoais dos jovens com sua família, amigos e colegas também podem afetar muito o comportamento agressivo e violento, e podem moldar os traços de personalidade. Na família, também contribuem o monitoramento e a supervisão deficiente dos pais, e o uso de punições físicas severas para disciplinar as crianças, os conflitos familiares e a ligação afetiva deficiente entre os pais e as crianças. E mais: o grande número de crianças na família, mãe muito jovem e o baixo nível de coesão familiar. A estrutura familiar com a presença de apenas um dos pais na família é um fator importante, pois, nessas situações, as restrições de acesso a apoio e recursos econômicos deficientes podem ser as causas de violências futuras (KRUG *et al.*, 2002).

Expandindo as relações, o fato de ter amigos infratores está associado à violência nas pessoas jovens. Na vida da comunidade, meninos de áreas urbanas e aqueles que moram em bairros com elevados índices de criminalidade têm maior probabilidade de se envolver em comportamentos violentos do que os que vivem em outro local. A presença de gangues, armas e drogas em um lugar também é uma mistura potente.

A ausência de regras, normas, obrigações e confiança nas relações sociais e instituições tende a propiciar baixo desempenho escolar e levar a uma maior probabilidade de abandono de objetivos, provocando a violência juvenil. As rápidas mudanças demográficas na população jovem, a modernização, emigração, urbanização e políticas sociais em transformação têm sido vinculadas ao aumento desse tipo de violência na população jovem, além da má distribuição de renda e da qualidade dos governos nacional e local, sua estrutura legal e políticas de proteção social à população. Nas influências culturais, as normas e os valores de resolução de conflitos e de respostas às mudanças de uma sociedade influem no comportamento violento, assim como a sua propagação pela mídia (KRUG *et al.*, 2002).

4.1.3 Homens e mulheres

No que se refere à violência perpetrada por parceiros íntimos, ainda é limitada a informação sobre quais fatores se destacam no risco a essa forma de violência. No Quadro 1, é apresentado um resumo de fatores que são colocados como risco à violência do homem contra a sua parceira, havendo um desconhecimento de estudos que investiguem os fatores que elevariam a violência da mulher contra o homem. As informações expostas devem ser vistas como não conclusivas (KRUG *et al.*, 2002).

Quadro 1 – Fatores associados ao risco de um homem cometer violência contra a parceira

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Pouca idade	Conflito no casamento	Fracas sanções comunitárias à violência doméstica	Normas tradicionais de gênero
Excesso de bebida	Instabilidade no casamento	Pobreza	Normas sociais que apoiam a violência
Depressão	Domínio masculino na família	Baixo capital social (estabelecimento de regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança nas relações sociais e institucionais)	
Transtorno de personalidade (comportamento dependente, antissocial ou agressivo)	Estresse econômico		
Baixo rendimento acadêmico	Vida familiar precária		
Baixa renda			
Ter testemunhado ou vivido a violência quando criança			

Fonte: Adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et al.*, 2002).

Na violência sexual dos homens contra as mulheres, outros fatores de risco entram em cena (Quadro 2).

Quadro 2 – Fatores que aumentam o risco de o homem cometer estupro

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Uso de álcool e drogas	Colegas sexualmente agressivos e delinquentes	Pobreza (resultando em crise da identidade masculina)	Normas sociais que apoiam a violência sexual
Fantasia de coação sexual e outras atitudes que apoiam a violência sexual	Ambiente familiar caracterizado pela violência física e poucos recursos	Falta de oportunidade de emprego	Normas sociais que apoiam a superioridade masculina e o direito sexual

Quadro 2 – Fatores que aumentam o risco de o homem cometer estupro (cont.)

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Tendências impulsivas e antissociais	Forte ambiente familiar ou relacionamento patriarcal	Falta de apoio institucional pela polícia e pelo sistema judiciário	Leis e políticas fracas relacionadas à violência sexual e à igualdade de gênero
Preferência por sexo impessoal	Ambiente familiar sem apoio emocional	Tolerância em relação à agressão sexual	Altos níveis de crimes e de outras formas de violência

Fonte: Reproduzido do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et al.*, 2002).

Pouco se sabe a respeito de fatores de risco para a violência sobre homens – nas relações entre parceiros sexuais e nas relações entre parceiros íntimos do mesmo sexo – seja ela física, psicológica ou sexual.

Para refletir

Você pode exemplificar fatores de risco de violência para os homens no dia a dia do seu serviço?

4.1.4 Idoso

No que se refere à violência contra o idoso, há controvérsias quanto ao nível de debilidade cognitiva e física daqueles que são vítimas de abuso, assim como o gênero mais vulnerável. Um importante fator de risco é a natureza do relacionamento anterior entre a pessoa que cuida e o idoso. A combinação entre estresse, relacionamento do cuidador com o idoso, comportamento violento e agressividade por parte de quem recebe os cuidados, e ainda a depressão de quem cuida é um “gatilho” para a violência contra a pessoa idosa. Os agressores são mais propensos a distúrbio de personalidade, a problemas de alcoolismo e a dificuldades financeiras.

O fator comunitário de isolamento social é bastante significativo nessa forma de violência, podendo ser tanto a causa como a consequência do abuso. Normas culturais e tradições, como discriminação etária, sexual e a cultura de violência, desempenham um papel subjacente importante. Os idosos frequentemente são retratados como frágeis e dependentes, e como menos dignos de receber recursos governamentais ou até mesmo cuidados da família. Estudos realizados na China e na Europa Oriental apontam outros fatores de risco: alto índice de desemprego, falta de estabilidade e segurança social, agressividade dos jovens contra os idosos e a reestruturação ou a falta de redes básicas de apoio para essa população.

Violência coletiva é aquela identificada pelos conflitos violentos entre nações e grupos, estupro como arma de guerra, movimentos de grandes grupos de pessoas desalojadas, guerras entre gangues e vandalismo de massas.

4.1.5 Populações

A **violência coletiva** se deve a alguns outros fatores de risco:

1. **Fatores políticos:** ausência de processos democráticos e desigualdade de acesso ao poder (seja por área geográfica, classe social, religião, raça ou etnia).
2. **Fatores econômicos:** distribuição e acesso excessivamente desigual a recursos (particularmente de saúde e educação), controle dos recursos naturais mais importantes, controle de produção ou tráfico de drogas.
3. **Fatores sociais e da comunidade:** desigualdade entre grupos, acirramento do fanatismo de grupo em alguns aspectos (étnicos, nacionais ou religiosos), disponibilidade fácil de armas e outros armamentos de pequeno porte.
4. **Fatores demográficos:** rápida mudança demográfica.

Para refletir

No dia a dia do seu serviço, independentemente do grupo vitimado pela violência, quais dos fatores de risco apresentados parecem exercer mais influência para que ocorra violência?

Prevenir a violência significa, por meio de uma providência precoce, antecipar, evitar ou tornar impossível que esse fenômeno aconteça.

4.2 Enfocando a prevenção à violência e a promoção da saúde

Por muitos anos, o enfoque do combate e da redução do risco no enfrentamento da violência e das doenças foi estratégia adotada nos estudos e nas políticas públicas mundiais. Não obstante, mais recentemente, a abordagem da prevenção aos problemas e da promoção da saúde vem chamando atenção dos estudiosos e profissionais da saúde para a necessidade de fortalecer os fatores de proteção dos indivíduos, das famílias, de instituições sociais e da sociedade. Esses fatores, quando presentes, contrabalançariam os efeitos negativos advindos dos fatores de risco, reduzindo-os ou extinguindo-os. Essa abordagem de promoção da saúde tem sido muito utilizada na área de prevenção e enfrentamento da violência.

Figura 1 – Prevenção à violência e promoção da saúde

Pensar na prevenção das situações de violência parece um alvo difícil e supérfluo, quando nos deparamos com situações muito graves.

O conceito de prevenção teve grande impacto na área da saúde desde os anos 50 do século passado. Leavell e Clarck (1976) concebiam que os objetivos finais de toda atividade de saúde seriam a promoção da saúde, a prevenção das doenças e o prolongamento da vida. Suas ideias permanecem importantes, embora evoluções tenham surgido nas décadas seguintes.

Ela tem como alcance a população em geral. Campanhas de mídia sobre a interrupção da violência contra a mulher são um exemplo de prevenção realizada para mudar a cultura da população, que admite a agressão como forma de relacionamento.

Logo, sistemas assistenciais e redes de apoio social e comunitário são cruciais para a identificação de casos e de populações sob risco de violência.

A **prevenção primária** se destina a evitar que a violência surja, atuando sobre os fatores que contribuem para sua ocorrência e sobre os agentes dela em tempo anterior à ação violenta.

A **prevenção secundária** se realiza quando a violência já ocorreu. Significa respostas mais imediatas à violência, enfocando a capacidade de diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez.

A **prevenção terciária** compõe-se de respostas mais a longo prazo, visando intervir, controlar e tratar os casos reconhecidos, buscando reduzir os efeitos, as sequelas e os traumas; prevenir a instalação da violência crônica e promover a reintegração dos indivíduos.

A prevenção à violência traz uma particularidade significativa em relação a outras áreas da saúde: as medidas de prevenção secundárias e terciárias são indicadas não apenas para as vítimas, mas também para os perpetradores da violência (KRUG *et al.*, 2002). Isso porque a área da saúde tradicionalmente enfatiza a capacidade de reabilitação e recuperação, muito mais do que a justiça e a segurança pública, estas mais voltadas às medidas de controle e repressão à violência. A proposta de prevenção da violência aqui abordada está ancorada em uma concepção de saúde que contempla a dinâmica integralidade biológica, psicológica e social dos seres humanos.

Para refletir

Ações preventivas de enfrentamento à violência são desenvolvidas no serviço no qual você está inserido?

Em caso positivo, você consegue identificar em qual nível de prevenção as ações estão mais assentadas?

A noção de **promoção da saúde** está muito próxima à ideia de prevenção à violência, porém vai além. Medidas de promoção da saúde são consideradas muito eficazes para a redução de diversas formas de violência social, grupal e individual. A promoção da saúde foi inicialmente aventada, ainda no século XIX, por sanitaristas europeus que consideraram as causas sociais, econômicas e físicas das epidemias e elegeram como estratégias de ação: prosperidade, educação e liberdade para a população. Posteriormente adotaram uma versão biomédica centrada no indivíduo, com projeção para a família ou grupos próximos, e nas últimas três décadas essas ações tomaram direção radicalmente diferenciada, englobando medidas sobre o ambiente físico e os estilos de vida (BUSS, 2000).

Difundiu-se um novo movimento de saúde pública no mundo, que visou dotar a população dos meios necessários para assumir melhor controle sobre sua própria saúde. Portanto, deixou-se de apenas prevenir os agravos à saúde (como a violência) e passou-se a promover a saúde integrada ao ambiente e à sociedade na qual está inserida. **Promovendo saúde para populações se faz a melhor das prevenções** (FERRAZ, 1994).

A promoção da saúde é uma ação intersetorial. Baseia-se no fortalecimento de fatores protetores para evitar ou controlar os riscos, estimular capacidades, o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Requer que os indivíduos, as famílias, os grupos e a sociedade se responsabilizem e

se comprometam em adotar um estilo de vida saudável, um comportamento de responsabilidade e cuidado mútuo entre si e com o meio ambiente. Precisa de requisitos como: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Pressupõe cinco campos de ação: a elaboração/implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária (**empoderamento** comunitário); o desenvolvimento de habilidades pessoais (empoderamento dos indivíduos pela aquisição de conhecimentos associada ao poder político); a reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2000).

Empoderamento significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004).

Não se pode conceber que promoção da saúde signifique delegar apenas à população o cuidado com sua própria qualidade de vida, isentando o Estado de uma atuação firme e protetora. É necessário aliar

atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, nos níveis individual e coletivo (GUTIERREZ, 1997).

Em 1996, o Ministro do Canadá, Jack Epp (LALONDE, 1996), com base na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), relatou três desafios para alcançar “saúde para todos”: reduzir as desigualdades, incrementar o esforço preventivo e fortalecer a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas da saúde (que incluem a violência). Para tanto, enfatizou os seguintes mecanismos: (1) autocuidado (decisões e ações que o indivíduo toma em benefício de sua saúde), (2) ajuda mútua, (3) ambientes saudáveis (criação de condições e entornos favoráveis à saúde).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), concebida na perspectiva de operar transversalmente, produzindo uma rede de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, contribuindo com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção da saúde.

A partir de então, dentre as ações que passaram a ser estimuladas e financiadas pelo Ministério da Saúde estão a implementação de núcleos de prevenção de violência e a vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito, com foco na cultura da paz e redução da morbimortalidade por trânsito.

Sobre promoção da saúde, leia o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicado na Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

Leia também o texto “Promoção da saúde e qualidade de vida”, de Paulo Marchiori Buss, em *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, 2000, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>

Desde a implantação da PNPS, ações intersetoriais de prevenção de violência solidificaram-se por meio de marcos legais, como: Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, em 2005; Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, em 2006; Lei Maria da Penha, em 2006; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), em 2008; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, em 2010, entre outros. Dentre as ações no território, há que se destacar a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, que conta com rede capilarizada que potencializa a identificação e a notificação das violências no território, atuando de forma integrada com as ações intersetoriais na rede de atenção e de proteção às vítimas de violências (BRASIL, 2013; MALTA *et al.*, 2016). Cabe ainda referir a existência do Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 2007.

Instituída em 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 936, de 18 de maio de 2004, as principais atribuições da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e Cultura de Paz são: qualificação da gestão para o trabalho de prevenção de violências e promoção da saúde e de cultura de paz; qualificação e articulação da rede de atenção integral às pessoas em situação de violências; desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de violências para grupos populacionais vulneráveis visando à atuação nos determinantes sociais e na autodeterminação dos sujeitos; garantia da implantação/implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas; promoção e participação de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção de violências e promoção da saúde e da cultura de paz.

Para refletir

Pense sobre a importância dos mecanismos de promoção da saúde no enfrentamento da violência.

Pensar no conceito de **resiliência** é importante quando se fala de prevenção da violência e promoção da saúde. Significa a capacidade de resistir às adversidades e ter força necessária para alcançar saúde mental durante a vida (TROMBETA; GUZZO, 2002; YUNES, 2001). É um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilita o

desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio. Surge da contínua interação entre os atributos do indivíduo e seu ambiente familiar, social e cultural (RUTTER, 1992).

Inicialmente foi compreendida como uma capacidade singular de os indivíduos superarem os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Recentemente o conceito incorporou **grupos e coletividades** como unidades também passíveis de resiliência. Para que a resiliência se fortaleça em um indivíduo ou em uma comunidade, é essencial que existam fatores protetores, modificando, melhorando ou alterando a resposta à violência. Esses mecanismos de proteção podem ser tanto recursos ambientais – como o apoio social oferecido pela comunidade –, quanto forças pessoais de adaptação a contextos adversos – como saúde física, temperamento, autoestima e autoconfiança.

Pensar em promoção da saúde e em resiliência transfere o foco da ação dos fatores de risco para os protetores. Significa a mobilização de indivíduos, instituições, comunidades e da sociedade em geral, condição essencial para um enfrentamento compartilhado de responsabilidades e deveres ao encarar a violência (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). Nessa mesma linha de ação, as Nações Unidas, junto ao governo brasileiro, propuseram metas para o período 2007-2011. Dentre as cinco metas estabelecidas para o país, ressalta-se a redução da vulnerabilidade da população à violência.

O **desenvolvimento de capacidades** se destaca como estratégia a ser utilizada para reduzir a vulnerabilidade das pessoas em relação a todas as formas de violência, aprimorando os mecanismos de efetivação dos seus direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005). Com o desenvolvimento de capacidades individuais e institucionais, desestimula-se a cristalização da situação de vítima e estimula-se o protagonismo das pessoas/instituições vulneráveis à violência, tornando-as agentes proponentes, participantes, monitoradores e avaliadores do contexto social em que vivem. Outro conceito similar utilizado na promoção da saúde é o de empoderamento de pessoas, grupos ou comunidades.

Programas de prevenção em nível global

A prevenção da violência contra mulheres, crianças e adolescentes corresponde a áreas onde houve maior investimento de prevenção em nível global. Programas de prevenção mais utilizados no mundo focam em:

Para saber um pouco mais sobre resiliência entre crianças e adolescentes, leia o texto “Resiliência: a ênfase nos fatores positivos”, de Simone Gonçalves de Assis, Renata Pereira Pesce e Raquel O. Carvalhaes, publicado no livro *Violência faz mal à saúde*, em 2004.

Desenvolvimento de capacidades é a habilidade das pessoas e instituições e das sociedades para desempenhar funções, resolver problemas e estabelecer e alcançar objetivos. Significa o ponto de partida fundamental para melhorar a vida das pessoas. É algo que acontece a longo prazo e por meio de três níveis sobrepostos: (a) individual, permitindo que indivíduos embarquem em um processo de contínuo aprendizado; (b) institucional, a partir das iniciativas locais existentes e estabelecendo organizações viáveis; (c) societal, fomentando grandes mudanças sociais e sistemas que permitam aos indivíduos e às instituições promover uma transformação para o desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005, p. 15).

- desenvolvimento de relacionamentos seguros, estáveis e estimulantes entre as crianças e seus pais e cuidadores por meio de programas de treinamento dos pais e pais e filhos;
- desenvolvimento de habilidades para a vida em crianças e adolescentes: programas de enriquecimento pré-escolar e programas de desenvolvimento social;
- redução da disponibilidade e do uso prejudicial do álcool: regular as vendas de álcool, aumentar os preços do álcool, intervenções para os bebedores problemáticos e melhorar os ambientes de consumo;
- redução do acesso a armas, facas e pesticidas: políticas restritivas de licenciamento e compra de armas de fogo, proibição de porte de armas de fogo em público e políticas de restrição ou proibição de substâncias tóxicas;
- promoção da igualdade de gênero para prevenir a violência contra as mulheres: programas baseados na escola para abordar normas e atitudes de gênero, microfinanças combinadas com treinamento de equidade de gênero e intervenções de habilidades de vida;
- mudança de normas culturais e sociais que apoiam a violência: *marketing* social para modificar normas sociais;
- identificação de vítimas, programas de cuidados e apoio: triagem e encaminhamento, programas de apoio à defesa de direitos, intervenções psicossociais e ordens de proteção (KRUG *et al.*, 2002).

O site Violence Info da OMS apresenta uma plataforma de conhecimento global para a prevenção da violência com muitas informações sobre o assunto e uma breve descrição de muitos programas de prevenção no mundo.

4.3 Prevenindo a violência por meio da proteção

Durante toda a vida, desde a gestação, há fatores que funcionam como uma espécie de muro de contenção, por meio do qual as pessoas se tornam mais protegidas às situações difíceis da vida, como é o caso da violência. A esses fatores chamamos de proteção; alguns são próprios da pessoa e outros são oferecidos pelo meio social. Podemos identificar três tipos principais:

- proteção individual: gênero, *status* socioeconômico, idade, características pessoais, como autoestima, autonomia, autocontrole, temperamento flexível e afetuoso, entre outros;
- proteção familiar: apoio, bom relacionamento, saúde mental dos pais, entre outros;

- proteção social: apoio e bom relacionamento em escola, trabalho, instituições, entre outros.

Esses fatores não acontecem isoladamente; quanto mais sintonia houver entre eles, maior a chance de a pessoa estar protegida. Trabalhar esses fatores de proteção como estratégias de prevenção da violência é um caminho bastante promissor e eficaz, mesmo que em longo prazo. Eles são importantes porque enfraquecem e minimizam as consequências provocadas pelas situações de risco, como a violência. Abordaremos a seguir esses fatores protetores e promotores de resiliência que conduzem à defesa da vida e da cidadania, e que estão nas raízes de programas preventivos eficazes.

Toda a sociedade, em diferentes grupos sociais e em distintas faixas etárias, necessita que os fatores de proteção estejam presentes e ativos nas práticas dos serviços e nos relacionamentos entre as pessoas, sejam elas bebês, crianças, adolescentes, jovens, mulheres, homens, trabalhadores, negros, indígenas ou idosos. Alguns desses grupos, historicamente, estão mais vulneráveis à violência, necessitando de medidas preventivas mais imediatas, efetivas e duradouras.

4.3.1 O bebê e a criança

O bebê – ainda no ventre e até o seu nascimento – recebe estímulos de sua mãe biológica. Nesse momento, inicia-se uma ligação afetiva vital. Quanto mais afeto e segurança nessa fase da vida, mais ele estará fortalecido e protegido. Como forma de apoio e suporte, o acompanhamento do bebê no pré-natal e da saúde materno-infantil pelo profissional da saúde é um recurso protetor importante (CYRULNIK, 2004).

A partir do nascimento, outros fatores de proteção entram em cena, já que há uma ampliação das interações e estimulações. Na infância, a maior parte dos fatores que protegem está na família, instituição responsável pelo desenvolvimento inicial das capacidades individuais da criança. Consciência, autoestima, sentimento de confiança (em si e no mundo), autonomia, aprendizado dos limites e potencial de resiliência começam a ser estruturados nessa fase. O cuidado caloroso, afetivo e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator protetor que desenvolve essas características primárias do ser humano.

A existência de entorno afetivo e material é aspecto determinante para proteger uma criança que enfrenta violência de sofrer consequências mais graves e duradouras. É claro que a família precisa apresentar condições sociais mínimas para proporcionar o ambiente acolhedor e

seguro necessário ao desenvolvimento infantil. Aí se manifesta claramente o papel dos governos no oferecimento de condições dignas de vida à população. Programas de prevenção à violência, com foco nos fatores protetores, são necessários para fortalecer as famílias de modo que elas proporcionem um ambiente acolhedor e protetor, estimulando essas capacidades em seus filhos.

O apoio social adequado às mães se reflete em uma resposta mais positiva às solicitações da criança e em maior afetividade.

O grupo de amigos, com um sentimento de pertencimento, também pode funcionar como proteção para crianças um pouco mais velhas. Também a escola é capaz de proteger a criança e o adolescente. A escola pode:

- estimular a autoconfiança, oferecendo oportunidades para que o aluno perceba suas possibilidades;
- incitar habilidades de negociação, de pensamento crítico, de tomada de decisões, de identificação;
- estimular a elaboração de formas de lidar com sentimentos como raiva e inferioridade; a antecipação das consequências dos comportamentos agressivos; a redução dos preconceitos; a busca de formas alternativas e não violentas de resolução de conflitos, e o julgamento moral.

A comunidade, embora algumas vezes fragilizada, oferece proteção às suas crianças quando proporciona serviços públicos como educação, saúde, segurança e habitação. Nessa fase da vida, as atuações de prevenção da violência com ênfase nos fatores protetores demonstram ter os melhores resultados na prevenção à violência juvenil.

4.3.2 O adolescente e o jovem

Priorizar a adolescência e a juventude como foco das ações preventivas é uma medida que vem sendo tomada em vários países, pois nesse grupo etário está a maioria das vítimas e dos autores dos crimes e da violência. A relevância do tema é tão grande que vários governos vêm tomando o enfrentamento à violência juvenil como foco prioritário de ação.

Alguns fatores protegem adolescentes de assumirem comportamentos infracionais e violentos, e por isso precisariam ser estimulados (ASSIS; AVANCI, 2004; UNITED STATES, 2001):

- atitudes de intolerância diante de infrações e violência, comportamentos geralmente aprendidos dos pais e outros adultos significativos (adoção de valores e normas sociais);

- projeto de vida baseado em sonhos e metas;
- compreensão das consequências dos próprios atos;
- bom envolvimento na escola (acadêmico e relacional);
- envolvimento em atividades de lazer educativas (artísticas, esportivas);
- relações afetuosas e seguras com adultos;
- supervisão familiar;
- mais elevada inteligência, correlacionada a curiosidade, criatividade e rendimento escolar;
- envolvimento com amigos que também têm intolerância aos comportamentos infracionais e violentos;
- religiosidade;
- existência de adulto significativo para contrabalançar os conflitos com os pais, frequentes nessa fase da vida.

Atuar protegendo as escolas é também fundamental, se a prioridade for a melhoria de relacionamento entre alunos e entre alunos e professores, tendo como base a ética e a cidadania, conceitos fundamentados em aprendizado de limites, resolução de conflitos, aumento da competência e modificação de comportamentos.

4.3.3 O adulto

Na fase adulta, os fatores de proteção são ampliados. Os afetos alcançam maior desenvolvimento e demandam o estabelecimento de novos núcleos familiares. A intimidade afetiva com o parceiro ou a parceira e filhos é uma fonte protetora importante. A competência e a satisfação com o trabalho fortalecem a autoconfiança e a autoestima, oferecendo proteção. Alguns fatores de proteção se mantêm importantes na fase adulta e outros são incluídos:

- apoio e suporte social – poder contar com pessoas e instituições que ofereçam afeto e apoio;
- perseverança para enfrentar as dificuldades – mesmo quando o planejado não deu certo – e para continuar tentando, apesar dos obstáculos;
- cultivo da satisfação com a vida e da autoestima elevada;
- conquista, satisfação e sucesso no trabalho;
- opção por estratégias mais ativas de enfrentamento dos problemas, buscando ajuda de outras pessoas e de profissionais especializados para apoiá-los na reflexão ou na resolução dos conflitos;

- capacidade de sustentar a si mesmo e à sua família;
- ter família ou relacionamentos afetivos estáveis.

O empoderamento, a conscientização dos direitos humanos, a resolução de conflitos, a aquisição de autonomia sobre a própria vida e a formação de identidade masculina e feminina cidadã são alguns dos fatores protetores estratégicos importantes nesse período da vida. Perspectivas diferenciadas de gênero, com o privilégio de um enfoque relacional específico para homens e mulheres, precisam ser focalizadas em redes de proteção e prevenção.

Estratégias de prevenção devem também atentar para particularidades como raça/etnia e inserção profissional, outros importantes focos de atuação preventiva. Podemos dizer que, para os trabalhadores, uma carga horária de trabalho não exaustiva; a qualificação profissional por meio de educação ou capacitação profissional; o aumento das oportunidades de emprego/trabalho são alguns dos fatores apontados em programas de prevenção direcionados principalmente a comunidades e grupos com poucas oportunidades. O cumprimento de normas legais que coíbam a intimidação e a agressividade nos locais de trabalho são metas possíveis de serem absorvidas em programas de prevenção. A violência física e o assédio sexual também podem ser minimizados em um ambiente que promova o respeito às diferenças e a igualdade de direitos.

Em relação aos negros, vale destacar a prioridade do recorte racial/étnico em todas as ações de atenção às pessoas em situação de violência, potencializando o fortalecimento da etnicidade do ponto de vista do fortalecimento pessoal e coletivo para o enfrentamento do racismo com a preocupação de garantia da autoestima para a manutenção da saúde mental (OLIVEIRA, 2003). A proteção a pessoas afrodescendentes cabe na redefinição dos horizontes de igualdade de oportunidades de condições e de resultados, fazendo dispor, entre outros, de políticas explícitas de inclusão racial.

4.3.4 O idoso

Os fatores de proteção da pessoa idosa acompanham a ideia de envelhecimento ativo, pela experiência positiva de longevidade com preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Converge no horizonte de melhoria da saúde e da qualidade de vida do idoso, com foco em mudanças comportamentais/práticas de saúde e em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar. Nessa fase, é preciso estimular o controle sobre a vida, enfa-

tizando dimensões do autocuidado, da competência e do sentimento de integridade. Destaque também ao desenvolvimento da espiritualidade e da presença de apoio e suporte social. E ao revigoramento pela boa condição física e capacidade para lidar com os problemas. Promover a cidadania do idoso é um fator protetor fundamental, cabendo ao Estado regulamentar e garantir o espaço social reservado a eles.

Para refletir

É possível potencializar fatores de proteção para a clientela atendida por você?

Que fatores de proteção poderiam ser trabalhados?

Como isso poderia ser feito?

4.4 Ações e programas de prevenção à violência

Diversos programas de prevenção têm mostrado resultados positivos na redução da violência. Por princípio, atuações em prevenção têm melhores resultados se houver articulação institucional, intersetorial e interdisciplinar. Saúde, segurança pública, educação, habitação, planejamento, mídia, sociedade civil, entre outros setores, precisam se articular visando à obtenção de melhores resultados e à não superposição de atividades.

Um segundo princípio é o de que os mecanismos de prevenção são variados, segundo os **tipos de violências** e os **grupos sociais** a que se dirigem. Por essa razão, uma ação preventiva pode ter resultados positivos numa comunidade e negativos em outras. A compreensão das características culturais é um fator-chave para o desenvolvimento de ações de prevenção à violência.

Outro aspecto fundamental é definir com clareza que tipo de intervenção se pretende atingir, podendo-se optar por:

- 1.intervenções universais, dirigidas a grupos ou população em geral;
- 2.intervenções selecionadas, voltadas para pessoas sob risco;
- 3.intervenções indicadas, dirigidas às pessoas que apresentam comportamentos violentos.

Mostramos a seguir uma síntese de programas de prevenção que trazem resultados significativos na redução da violência, segundo o grupo social alvo das medidas (MESQUITA NETO *et al.*, 2004; NUTTALL; GOLDBLATT; LEWIS, 1998; SHERMAN *et al.*, 1997).

Em uma revisão bibliográfica nacional do período de 2001 a 2013, a fase da adolescência se destaca na literatura sobre promoção da saúde e prevenção da violência, tendo como destaque a área da enfermagem no estudo do tema. As ações de prevenção primária e os desafios para implementação das propostas são questões privilegiadas de investigação nos estudos brasileiros (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2017).

4.4.1 Família como alvo das medidas de prevenção e promoção

Existe uma relação de mão dupla entre violência social e familiar. A existência de violência na família contribui para aumentar a incidência e o impacto de violências na sociedade e potencializa o risco de envolvimento de crianças e adolescentes em outros tipos de violência quando eles crescem e, depois, quando formam novas famílias. As famílias produzem e reproduzem cultura e mentalidade, atitudes e comportamentos. As principais vítimas são mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

Os programas de prevenção da violência centrados na família precisam ser compreensivos e continuados para mostrarem melhores resultados. Quanto mais incluírem os vários atores familiares, melhor seu impacto.

Quadro 3 – Classificações dos programas de prevenção centrados na família

Quanto aos âmbitos de aplicação	
Família	Ações geralmente realizadas por meio de visitas domiciliares.
Escola	Ações realizadas em creches, pré-escolas e escolas de ensino fundamental e médio. São voltadas especialmente para os alunos, mas muitas atingem também a família. Há ainda algumas ações de capacitação de professores para atuarem na questão da violência, especialmente no âmbito familiar.
Comunidade	Ações que buscam a melhoria do relacionamento familiar e a conexão da família com serviços e equipamentos sociais, visando ao incremento do apoio social à família. As ações são de envolvimento comunitário (lazer supervisionado, promoção de renda, troca de experiências e apoio social, por exemplo).
Serviços de saúde	Intervenções que promovem o atendimento aos casos de violência familiar. Também há grande investimento em ações que estimulam a capacitação profissional para uma ação de educação em saúde.
Outros serviços	Intervenções sociais que resultam em mudanças na família, proporcionadas por órgãos de assistência social, segurança pública, justiça, entre outros, com finalidades variadas. São exemplos os abrigos para vítimas de violência, as ações voltadas para capacitação e melhoria do atendimento prestado pelos policiais, as ações dos operadores de direito, os programas de renda mínima e apoio ao trabalhador, dentre muitos outros.

Quadro 3 – Classificações dos programas de prevenção centrados na família (cont.)

Quanto aos tipos de intervenções	
Treinamento parental	Educação/informação dirigida aos pais sobre desenvolvimento infantil e fatores que predis põem os filhos aos comportamentos violentos; desenvolvimento de habilidades de comunicação com os filhos; resolução de conflitos de forma não violenta; desenvolvimento de habilidades parentais mais efetivas; estabelecimento de limites claros e flexíveis, com regras e delegação de tarefas apropriadas para a idade, acordadas entre todos os membros da família; supervisão do cotidiano familiar e dos filhos; manutenção da hierarquia familiar; responsabilidade sobre o bem-estar dos filhos.
Acompanhamento domiciliar	Ações realizadas individual ou coletivamente, abrangendo uma gama de abordagens (psicanalítica, psicodramática, construtivista, sistêmica, existencialista, entre outras). Variam também quanto ao envolvimento dos atores familiares: filhos, pais e agressores. Tem como propósitos melhorar a forma como os familiares lidam com os problemas; facilitar a expressão dos sentimentos, questões, medos; ensinar resolução de problemas e habilidades de prevenção.
Apoio social	Busca promover a inclusão da família ao meio que a cerca: escola, comunidade, trabalho, entre outros.
Casas/abrigos de proteção	Ações que têm por finalidade retirar momentaneamente mulheres, crianças e idosos do ambiente familiar violento, dando suporte emocional para a interrupção do relacionamento violento.
Capacitação profissional	Programas voltados para a formação profissional nas várias áreas relacionadas a prevenção e atendimento às pessoas envolvidas em situação de violência familiar.

Fonte: Adaptação de Mesquita Neto *et al.* (2004).

Estudos norte-americanos de avaliação de impacto de programas de prevenção à violência mostraram excelentes resultados em dois deles, com foco em famílias (SHERMAN *et al.*, 1997): “treinamento parental e intervenções na gravidez e infância precoce para famílias em situação de risco”. Essas intervenções precoces geralmente são feitas por meio de visitas domiciliares desde o nascimento da criança, até ações efetuadas na pré-escola. Podem demorar até 15 anos para mostrar como efeito a diminuição do número de jovens envolvidos em infrações, porém reduzem vários outros problemas, como: abuso físico, sexual e psicológico durante a infância, e distúrbios de comportamento nas crianças. Também contribuem para a melhoria da participação escolar, do relacionamento/compreensão entre pais e filhos, e de condições de saúde das crianças. Nesses encontros domésticos em que os profissionais participam do cotidiano das famílias, o visitador cuida do desenvolvimento da criança, podendo dar informações, suporte emocional, ensinar ativamente ou apenas acompanhar a família e ouvir as dificuldades. Os visitantes podem ser orientados em práticas de saúde, desenvolvimento humano e nos aspectos relativos a habilidades cognitivas e sociais. Contudo, o trabalho essencial “é prover uma ponte entre os pais (especialmente a mãe) e a criança”. O visitador aproxima-se mais dos valores culturais e necessidades de cada núcleo familiar (DARO; DONNELLY, 2002).

4.4.2 Escola como alvo das medidas de prevenção e promoção

São programas que buscam aumentar as habilidades cognitivas e o sucesso acadêmico futuro, fator de risco importante para reduzir o índice de infrações juvenis. Mostram bons resultados na prevenção das infrações praticadas por jovens.

O estímulo à competência costuma estar direcionado a adolescentes e seus familiares, abrangendo competências sociais e de resolução de problemas; competências de tomada de perspectiva; competências de regulação emocional e de autocontrole. São geralmente propostas atividades que melhorem a capacidade de empatia, de dar e receber cumprimentos, de perguntar e de formular pedidos, além de observação do comportamento não verbal, com base no pressuposto de que crianças agressivas tendem a atribuir significado mais hostil aos atos de outrem do que crianças não agressivas (NEGREIROS, 2001).

Existem ainda programas direcionados a aumentar a capacidade de a escola se abrir para a sociedade, iniciando e sustentando transformações, envolvendo, junto com o corpo docente e discente, a família e a comunidade de forma participativa na gestão escolar (ABRAMOVAY, 2003).

4.4.3 Comunidades como alvo das medidas de prevenção e promoção

São programas comumente voltados para: (a) organização e mobilização da comunidade, tendo frequentemente como meta seu empoderamento; (b) restrição da ação das gangues; (c) utilização de mentores (orientadores) para os jovens em situação de risco, e de cuidadores para idosos e pessoas com deficiências; (d) recreação para a juventude; (e) redução da presença ou acesso a drogas, álcool e armas. Esses programas, isoladamente, mostram efeitos mais tímidos na prevenção da violência. Têm foco mais restrito e são pontuais, necessitando estar associados a outras estratégias preventivas para que seus efeitos possam ser mais bem visualizados. Outras ações de prevenção na comunidade estão significativamente na esfera da segurança pública: criar e cumprir a legislação, efetuar investigação policial e prisões, aumentar a atuação policial e sua eficiência.

4.4.4 Mídia como alvo das medidas de prevenção e promoção

Muito se tem a conhecer acerca da influência dos meios de comunicação sobre a violência social. A mídia, especialmente a televisão, divulga correntemente cenas de violência e ainda poucas são as restrições e o controle social existentes sobre o tema. Em alguns casos, como os suicídios, existem acordos informais de não divulgação do evento violento pelos meios de comunicação. Outros tipos de violência têm divulgação total, muitas vezes não se respeitando faixa etária ou horário de exibição, o que demanda da sociedade uma discussão dos limites por ela aceitos para lidar virtualmente com o tema da violência. Por outro lado, tem crescido a responsabilidade de vários meios de comunicação que veiculam campanhas de prevenção e inserem o tema da violência em seus programas cotidianos.

No que se refere à influência da mídia sobre crianças e adolescentes, alguns programas de prevenção – que enfocam o treinamento de pais para modificar o hábito de seus filhos assistirem à televisão – não mostraram resultados adequados, enquanto outros – que buscaram dar à criança noções sobre a importância do que assiste e suas consequências, propiciando-lhe liberdade de decisão – surtiram melhor efeito (HEATH; BRESOLIN; RINALDI, 1989). Sob o respaldo da Academia Americana de Pediatria, as seguintes orientações devem nortear as ações: desestímulo à noção autoritária de proibição de programas; implantação de uma agenda pró-criança nos meios de comunicação, indicando temas e reduzindo o excesso de violência; orientação de pais e familiares sobre a questão; atuação sobre os meios de comunicação visando ao bem-estar da criança; e divulgação do potencial positivo dos meios de comunicação.

4.4.5 Setor saúde como alvo das medidas de prevenção e promoção

O potencial do setor saúde para atuar em prevenção à violência é muito grande, tendo dedicado especial atenção às violências interpessoais, especialmente na esfera da família e da comunidade. Algumas das metas possíveis enfocam: prevenção e reabilitação de usuários de drogas; elaboração de programa de formação com pais de crianças e adolescentes; readequação dos serviços para atender à demanda originada pela violência, capacitando os profissionais a prevenir, diagnosticar, notificar, tratar e encaminhar as vítimas adequadamente; criação de grupos de autoajuda com apoio profissional nas unidades de saúde.

Há no Brasil programas de prevenção na área da saúde que privilegiam a proteção de crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Programas de prevenção ao abuso de drogas são também comuns. Programas de visitas domiciliares e terapias familiares são estratégias que começam a ser mais utilizadas. Na esfera da comunidade, os programas de saúde têm objetivo de sensibilização e mobilização de membros da comunidade para identificar precocemente a violência e agilizar a busca pelo atendimento.

4.4.6 Justiça e segurança pública como alvo das medidas de prevenção e promoção

Em relação à polícia, destaca-se a prevenção situacional direcionada para tipos específicos de infrações e para reduzir a possibilidade de uma pessoa infringir as leis. Um exemplo é a colocação de câmeras para aumentar a vigilância em locais com alta incidência de crimes. São ações importantes, mas costumam ter como consequência a troca de locais para cometimento de crimes, especialmente por indivíduos já inseridos no universo criminal. O policiamento comunitário e o policiamento orientado para a resolução de problemas têm outra perspectiva de ação de prevenção: são direcionados para a redução dos fatores de risco que contribuem para aumentar a incidência de crimes e violências na sociedade.

Programas de prevenção com foco na justiça promovem acesso igualitário e ágil trâmite processual. No que se refere a jovens infratores, dois tipos de programas mostram bons resultados na prevenção da violência: aqueles com enfoque na reabilitação (em detrimento dos que possuem enfoque punitivo) e os que contam com supervisão comunitária.

4.4.7 Mercado de trabalho como alvo das medidas de prevenção e promoção

Não se observa uma relação direta entre oportunidades de trabalho e violência praticada, embora sejam fatores certamente relacionados. Existem dois principais tipos de programas de prevenção da violência por meio do trabalho: (a) os que visam aumentar a qualificação profissional das pessoas por meio de educação ou capacitação profissional, direcionados principalmente a grupos em situação de risco de desemprego, particularmente os jovens, os adultos que já receberam penas e os adolescentes que já receberam medidas socioeducativas; (b) os que visam aumentar as oportunidades de emprego/trabalho, direcionados principalmente a comunidades e grupos com poucas oportunidades de emprego/trabalho (BUSHWAY; REUTER, 1997; MESQUITA NETO *et al.*, 2004; SHERMAN *et al.*, 1997).

Avaliar as ações e os programas de prevenção é um passo importante para a implementação de uma política de prevenção à violência e promoção da saúde. A principal argumentação em favor da prevenção à violência é a de que é mais barato investir em saúde, educação e trabalho do que sustentar os gastos sociais da violência. Os governos dispendem boa parte da verba anual com o sistema de justiça criminal, especialmente com o sistema prisional, embora hoje já existam vários estudos que comprovam a eficácia e o custo-benefício de muitos programas de prevenção (MESQUITA NETO *et al.*, 2004; SHERMAN *et al.*, 1997; UNITED STATES, 2001).

Para refletir

Você tem conhecimento sobre o desenvolvimento de programas de prevenção à violência na cidade onde trabalha?

A prevenção da violência no mundo

Em 2016, o Plano Global de Ação sobre a Violência da OMS revela o progresso dos países no enfrentamento e na prevenção das violências e as lacunas que confirmam a precariedade ainda existente nos serviços no mundo.

- Os planos e políticas nacionais para abordar a violência ainda não têm recursos suficientes.
- A coordenação intersetorial é ainda fraca, apesar dos esforços realizados, especialmente pelo setor saúde.
- Poucas mulheres e crianças acessam serviços em caso de violência (apesar de serem as áreas com maior investimento técnico).
- A cobertura e a qualidade dos serviços necessários aos sobreviventes ou vítimas são ainda limitadas e desigualmente oferecidas para aqueles que necessitam.
- Disponibilidade limitada de pessoal treinado e sensibilizado na força de trabalho em saúde.
- Cobertura limitada de programas de prevenção em larga escala.
- A sociedade civil desempenha um papel crítico, necessário de ser incrementado.
- Disponibilidade limitada de dados e informações.
- Escassez de estudos de avaliação de resultados sobre os programas de prevenção e da atuação dos serviços para as vítimas, que necessitam ser informados por evidências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, 2016).

4.5 As diferentes percepções de prevenção à violência

Na maior parte das vezes, os serviços e programas invadem o espaço doméstico, escolar e da comunidade, com “receitas” oriundas do conhecimento científico e com pré-julgamentos, não respeitando as diferenças culturais que fazem parte da vida das pessoas e da comunidade. Para obter bons resultados na prevenção à violência, um programa precisa lidar com as diferenças entre o que suas normas propõem, o pensamento dos profissionais que o executam e as expectativas das pessoas e comunidades atendidas. Nem todos os profissionais têm habilidade para lidar com prevenção à violência e promoção da saúde. É preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação das pessoas. É ainda necessário: ter uma abordagem empática ao lidar com o problema, sem ferir – ou ferindo pouco – a cultura familiar ou comunitária; desenvolver habilidades de resolução de problemas; e aprender a lançar mão de atitudes inapropriadas como ponto de partida para mudanças. O texto a seguir mostra como o profissional pode reproduzir uma postura autoritária em sua atitude e abordagem, a exemplo de como a sociedade costuma tratar famílias rotuladas como “problemáticas”.

Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da educação que atuam com famílias pobres

A resiliência em família enfatiza os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar, em vez de demarcar desajustes e falhas. As contradições e controvérsias crescem quando se trata de pensar a resiliência em famílias de baixa renda. Parece lógico pensar na pobreza ou nas comunidades de baixa renda como grupos que sofrem uma diversidade de pressões e opressões. A mídia, instituições e alguns pesquisadores têm contribuído para incrementar imagens de famílias pobres brasileiras num panorama de conflitos, abuso, violência e negligência. Nessa lógica, é fato que comunidades pobres são muitas vezes representadas como “não resilientes” *a priori*. Na realidade, pouco se sabe sobre os processos e a dinâmica de funcionamento de famílias pobres, mas alguns estudos brasileiros indicam que várias dessas famílias mostram-se muitas vezes hábeis na tomada de decisões e na superação de grandes desafios, evidenciando uma unidade familiar e um sistema moral bastante fortalecidos diante da proporção das circunstâncias desfavoráveis de suas vidas. É importante destacar o papel das mães na construção da resiliência nas famílias. Muitas vezes, esses grupos desenvolvem processos

e mecanismos que garantem sua sobrevivência física e a dos valores de sua identidade cultural, e tornam-se o contexto essencial para o desenvolvimento saudável de seus membros.

No entanto, as percepções e concepções dos profissionais da saúde e da educação mostram acomodação das famílias à situação de miséria. Veem as famílias pobres como resignadas, desesperançosas em relação ao futuro, desinteressadas e despreocupadas com a sua condição de vida, com relações permeadas pela violência e dando pouca assistência aos filhos.

Ao que parece, esses profissionais esquecem-se da difícil trajetória política e social dessas pessoas ao longo de um caminho de pobreza que vem de gerações anteriores. O resultado dessa relação? Tem sido o não reconhecimento das reais dificuldades vivenciadas por essas famílias e da existência de identidade positiva e consciência transformadora em diversos casos. A atitude negativa e de descrédito dos profissionais em relação às famílias parece agir no sentido de provocar uma atuação “paralisada”, mantendo uma identidade de grupo “desestruturada” e “desorganizada”, permanecendo inalterada a qualidade de vida dessas populações (YUNES; SZYMANSKI, 2003).

Há também dois filmes interessantes aos quais você pode assistir para pensar sobre como o imaginário social pode afetar a noção de proteção e de violência.

- *A vila*, filme americano de suspense, escrito e dirigido por M. Night Shyamalan (2004), e estrelado por Bryce Dallas Howard, Joaquin Phoenix, Adrien Brody, William Hurt e Sigourney Weaver. Numa aldeia isolada, os habitantes vivem com medo de criaturas que habitam o bosque além dela.
- *Meninos não choram*, drama norte-americano com direção de Kimberly Peirce (1999), estrelado por Hilary Swank, Chloë Sewigne, Peter Sarzgaard, entre outros. O filme relata a história de um rapaz transexual numa cidade rural do interior dos Estados Unidos.

4.6 Referências

ABRAMOVAY, E. (coord.). *Escolas inovadoras*. Brasília, DF: UNESCO: Kellogg Foundation, 2003.

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

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. v. 1, p. 271-296.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; OLIVEIRA, R. V. C. Resiliência: a ênfase nos fatores positivos. In: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 257-280.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96, 31 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes*, 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BUSHWAY, S.; REUTER, P. Review of labor market crime prevention programs. In: SHERMAN, L. W. et al. *Preventing crime: what works, what doesn't, what's promising: a report to the United States Congress*. Maryland: [s. n.], 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.

CONSTANTINO, P. *Riscos vividos e percebidos por policiais civis: estudo comparativo dos municípios do Rio de Janeiro e Campos dos Goytacazes*. 2006. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DARO, D.; DONELLY, A. C. Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back. *Child Abuse & Neglect*, Oxford, v. 26, p. 731-742, 2002.

FERRAZ, S. T. *Bases conceituais de promoção da saúde*. Brasília, DF: OPS, 1994. Mimeografado.

GUTIERREZ, M. Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. R. (ed.). *La promoción en salud y la educación para la salud em América Latina: análisis sectorial*. Porto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

HEATH, L.; BRESOLIN, L. B.; RINALDI, R. C. Effects of media violence on children: a review of literature. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, n. 46, p. 376-379, 1989.

KRUG, E. G. et al. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": uma perspectiva canadense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: Opas, 1996.

LEAVEL, H. R.; CLARCK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MENINOS não choram. Direção Kimberly Peirce. [S. l.]: Fox, 1999. 1 DVD (118 min), son., color.

MESQUITA NETO, P. et al. *Relatório sobre a prevenção do crime e da violência e a promoção da segurança pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Senasp: PNUD: Firjan, 2004.

NEGREIROS, J. *Delinqüências juvenis: trajetórias, intervenções e prevenção*. Lisboa: Notícias Editorial, 2001.

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

OLIVEIRA, F. *Crítica à razão dualista*. São Paulo: Boitempo, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil: avaliação conjunta do país*, UNCT Brazil. [Brasília, DF]: ONU, 2005. Disponível em: http://www.onubrasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf. Acesso em: 10 jun. 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Americas. *Addressing violence and injuries in the Americas: taking stock and moving forward: draft for discussion by SAG* on Nov. 8, 2017. Washington, DC: PAHO, 2017.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. [S. l.: s. n.], 1986.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. Brasília, DF: PNUD, 2015.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: KENT, M. W.; ROLF, J. *Primary prevention of psychopathology*, III. Hannover: University Press of New England, 1992.

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

TROMBETA, L. H.; GUZZO, R. S. L. *Enfrentando o cotidiano adverso*: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea, 2002.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. *Youth violence*: report of the Surgeon General. Washington, DC, 2001.

VASCONCELOS, E. *O poder que brota da dor e da opressão*: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

A VILA. Direção M. Night Shyamalan. [S. l.]: Touchstone Pictures, 2004. 1 DVD (108 min), son., color.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing*: a policy framework. [S. l.]: NMH/NPH, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ageing>. Acesso em: 15 maio 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violence prevention*: the evidence. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global action plan to strengthen the role of the health system in the framework of a multi-sectoral national response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children in general. Geneva: WHO, 29 Jan. 2016. (EB138/SR/12).

YUNES, M. A. M. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da educação que atuam com famílias pobres. *Psicologia da Educação*, São Paulo, v. 17, p. 119-137, 2003.