

MARTA LENISE DO PRADO

CAMINHOS PERIGOSOS

uma aproximação ao problema da violência e saúde
à luz das ocorrências de trânsito.

Florianópolis

1997

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAMINHOS PERIGOSOS

uma aproximação ao problema da violência e saúde à luz
das ocorrências de trânsito.

MARTA LENISE DO PRADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina,
para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

FLORIANÓPOLIS

1997

MARTA LENISE DO PRADO

CAMINHOS PERIGOSOS

uma aproximação ao problema da violência e saúde à luz das
ocorrências de trânsito.

Orientadora:

Profa. Dra. MARIA DE LOURDES DE SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

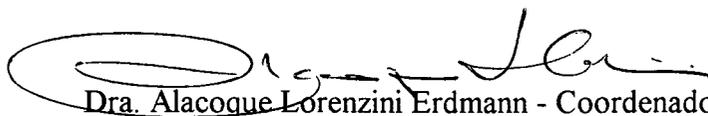
**CAMINHOS PERIGOSOS - UMA APROXIMAÇÃO AO PROBLEMA DA
VIOLÊNCIA E SAÚDE A LUZ DAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO.**

Marta Lenise do Prado

Tese submetida ao processo da avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

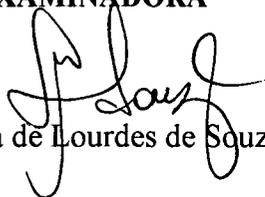
DOUTOR EM ENFERMAGEM

aprovada em 29 de dezembro de 1997, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Doutorado em Enfermagem - Opção Filosofia de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA



Dra. Maria de Lourdes de Souza -
Presidente



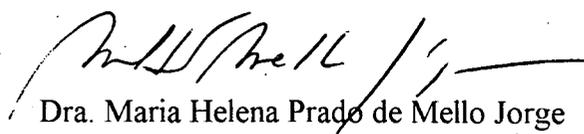
Dra. Flávia Regina Ramos - Membro



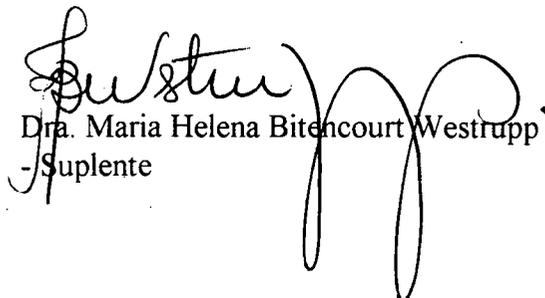
Dra. Eunice Xavier de Lima - Membro



Dra. Maria Itayra Coelho Padilha -
Membro



Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge
- Membro



Dra. Maria Helena Bitencourt Westrupp
- Suplente

Gelson, Yve, Yessa e Yago que dividem suas vidas comigo, sem vocês muitos significados não existiriam. Compartilhar nossa existência é o grande sentido de minha vida.

Agradecimentos

Agradecer é sempre uma tarefa árdua. Primeiro, porque não desejamos esquecer ninguém (são tantos os que cruzam o nosso caminho); segundo, porque precisamos lembrar não só daqueles que nos mostraram o caminho, mas, também, daqueles que colocaram as pedras. Ambos merecem meu reconhecimento; meu carinho, porém, é para aqueles que tiveram respeito, competência, despreendimento e arrojo; para aqueles que me mostraram que quanto maior for o desafio, mais saborosa é a vitória.

Muito Obrigado!

A amiga, comadre, Enfermeira Profa. Eloíza Cavalheiro Kopf responsável pela minha trajetória profissional, por ter acreditado e apostado na minha possibilidade de “ser docente”; exemplo daqueles que constroem um mundo melhor, sem buscar notoriedade, profissional exemplar e um ser humano ímpar; quando eu crescer quero ser igual a você...;

À Dra. Maria de Lourdes de Souza, “desorientadora” desse trabalho (como ela própria se auto-denomina), cujo exemplo de luta extrapola os limites da academia;

Aos alunos, especialmente, os acadêmicos de Enfermagem, sentido da minha trajetória como docente e estímulo maior para meu esforço de crescimento profissional;

Aqueles que participaram nessa trajetória (não os preciso nomear, pois cada um sabe o que representa), com seu apoio e estímulo, suas dúvidas e suas contradições, compartilhando sonhos e esperanças, num desafio coletivo para a vida;

Aqueles que ajudaram a superar as dificuldades e àqueles que as impuseram, obrigado por contribuírem para o meu crescimento.

Aos membros da Banca Examinadora, por aceitarem estar comigo no dia 29 de dezembro, possibilitando que eu tenha uma passagem de ano diferente.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

A(S) VIOLÊNCIA(S) NO MUNDO	1
1.1 Os sentidos de “violência”	7
1.1.1 A compreensão de algumas disciplinas	7
1.1.2 O sentido corrente e a etimologia do termo violência	22
1.2 Pensando a(s) violência(s) na sociedade contemporânea	29
Referências Bibliográficas	36

CAPÍTULO II

VIOLÊNCIA E PODER: VERSO E ANVERSO DA MESMA MOEDA	39
2.1 Os objetivos do estudo	43
2.1.1 Objetivo geral	43

2.1.2 Objetivo Específico	43
2.2 Os procedimentos metodológicos do estudo	44
2.2.1. A violência da arbitrariedade - do discurso à vivência na pesquisa	47
2.2.2 A epidemiologia como recurso para a quantificação do fenômeno	52
2.3 Os fundamentos teóricos do estudo	62
2.3.1 Os pressupostos que orientaram a construção do marco conceitual	63
2.3.2 Os conceitos que sustentam a proposição teórica de análise	64
2.3.3 A violência no trânsito e o poder do Estado : a inter-relação dos conceitos	66
Referências Bibliográficas	72

CAPÍTULO III

VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO : UM REFLEXO DE DESINTEGRAÇÃO DA SOCIEDADE	75
3.1 - A realidade traduzida nos números	75
3.2 - A violência traduzida pelas mortes - os dados do IML	81
3.3 - A violência traduzida pelas ocorrências de trânsito	99
Referências Bibliográficas	105

VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO: O SISTEMA DE SAÚDE COMO MECANISMO DE PRESERVAÇÃO DA SOCIEDADE	109
4.1 - O sistema de saúde como intermediador da violência no trânsito	113
4.2 - O Serviço de Saúde como mecanismo de de preservação da sociedade	125
4.3 - Considerações finais: uma reflexão acerca das limitações e possibilidades do estudo	136
Referências Bibliográficas	140
Anexos	141

A presente tese, fundamentada em algumas idéias de Arendt (1994), pretende contribuir para apreender subsídios sobre a questão da violência associada a ocorrências de trânsito. Também, buscar referências sobre o conceito da violência no trânsito, bem como, indícios do reconhecimento da inter-relação com a saúde e os serviços de saúde e de suas repercussões sobre o indivíduo e a sociedade. O reconhecimento da natureza desigual e multifacetada da violência e seus determinantes conduziu ao emprego de um “pluralismo metodológico”, combinando técnicas quantitativas e qualitativas para a coleta dos dados e análise do fenômeno. A partir da aplicação da epidemiologia para a descrição do fenômeno, foi estabelecido o marco conceitual para orientar a reflexão, baseado nas idéias de Arendt (1994), com contribuições de Aranha (1992) e Mynaio (1994, 1995). Os dados foram obtidos a partir dos registros das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina e dos laudos cadavéricos emitidos pelo Instituto Médico Legal – IML, ambos no ano de 1994. Os dados do IML demonstraram que as mortes violentas na região metropolitana de Florianópolis são provenientes de ocorrências de trânsito (57,5%), sendo que os homicídios representam apenas 4% do total de casos. A distribuição das mortes apresenta-se elevada durante o ano, mas atinge percentual maior no mês de janeiro. Também atinge mais os homens (78,5%), na faixa etária do adulto jovem (20 a 40 anos). Quanto a distribuição geográfica das ocorrências, três locais se destacam: o que chamamos de zona central de Florianópolis, a extensão da BR 101 e outros municípios, confirmando a importância da contribuição da BR 101 a eventos dessa natureza. Os dados obtidos junto ao Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros confirmam esta mesma tendência, demonstrando que os homens não apenas morrem mais, mas, também, são os mais atingidos. Em relação a faixa etária, aparece a de 10 a 20 anos, sugerindo que, embora não resulte em morte, pode resultar em seqüelas, permanentes ou temporárias. Pode-se verificar, ainda, que o horário noturno (das 19 às 7 horas) concentrou 69% das ocorrências. A violência associada às ocorrências de trânsito e sua inter-relação com a saúde nos leva a reconhecer que o Sistema de Saúde desempenha uma função mediadora, ora da própria

ABSTRACT

Based on some of Arendt's (1994) ideas, the thesis is a contribution to the learning of support techniques on violence problems associated to motor vehicle traffic. References are also sought on the concept of traffic violence, as well as signs of acknowledgement of its interrelationship with health and health services and their effects upon the individual and society. The acceptance of an unequal and multifaceted nature this violence and its determinants are vested with, has lead to the use of a "methodological pluralism" where quantitative and qualitative techniques are jointly used for data collection and analysis of the phenomenon. Having applied epidemiology to describe the phenomenon, a conceptual framework was established to guide reflection, based on Arendt's (1994), and having contributions from Aranha (1992) and Minayo (1994,19950). Data were put together from records of victims and traffic accidents assisted at the pre-hospital Attendance Service of the Fire Department, the Santa Catarina State Military Police, and the Medical Examiner reports, all covering the year of 1994. M.E.data show violent deaths in the city area of Florianópolis to be the result of traffic accidents (57.5%), homicides representing no more than 4% of total cases. The high distribution of deaths along the year has its greater percentage in January. Also more affected are men (78.5%) at the young adult age bracket (20 to 40 years). As to the geographical distribution of occurrence, 3 areas stand out: what we call Florianópolis downtown, the interstate BR-101 extension, and other counties. The much the BR-101 has contributed to such accident records becomes hereby emphasized. Data gathered from the fire brigade pre-hospital attendance service confirm also the above trend, showing men not only die in higher numbers but are also the ones more involved in such events. As to the age groups, those between 10 and 20 years are the ones which, although not high in deaths show, nevertheless, high indexes of permanent or temporary consequences and disabilities. Also from data analysis the night hours (from 1900 to 0700) can be seen as concentrating 69% of occurrences. Traffic accidents associated violence, and its relationship with health, make us acknowledge the Health System as playing a go-between role, now for violence itself, and then for the power of the State. In giving priority to attendance of demands born from violence, the health system operates as the mechanism

of its intermediation, whereas by giving priority to investments and avoiding occurrences that system becomes a power-preserving mechanism. To face the problem of traffic violence, actions have been conducted along two axes, one of exposure control and damage curtailing, and the other of post-trauma handling. Traffic violence does not represent an inescapable conjunction, being rather a social disruption process where human life loses meaning and importance; it is vested with an explicit collective dimension as its aftermath is not limited to the victims but encompasses society as a whole, hitting directly the right to a full life, and to a death which , otherwise, would be the outcome of a natural ageing process.

A(S) VIOLÊNCIA(S) NO MUNDO

“a prática da violência, como toda a ação, muda o mundo, mas a mudança mais provável é para um mundo mais violento” (Arendt, 1994, p.58)

Falar de violência no mundo é discorrer sobre a história da humanidade. Em todas as épocas, a vida no mundo foi pautada por alguma forma de violência. Traduzida nos mais diferentes atos, revestida das mais diversificadas intenções, a violência sempre acompanhou o homem. Algumas vezes esse fenômeno é visto como estranho a sociedade e aos sujeitos; outras, é interpretado como processo inerente à formação de ambos. Como afirma Odalia (1985, p. 13) “o viver em sociedade foi sempre um viver violento. Por mais que recuemos no tempo, a violência está sempre presente ...”. Entretanto, reconhecer que a violência sempre existiu e que aprendemos a conviver com ela, nos impõe um estado de resignada tolerância.

Uma retrospectiva histórica nos mostra que a violência com frequência esteve relacionada com a sobrevivência. O homem, historicamente, viveu num ambiente hostil, onde a agressividade muitas vezes se fez necessária. No começo da existência humana a violência era dirigida contra as hostilidades da

natureza e na defesa e preservação das próprias tribos. Mais tarde, a violência se justificava na manutenção e ampliação dos domínios políticos, na conquista de novos territórios. Era a época das colonizações, de descoberta de novas terras, com a submissão de um povo (conquistado) a outro (conquistador). Uma época demarcada pelas guerras.

Hoje, o ambiente não é menos hostil, embora revestido de formas diferenciadas: muitas vezes sutis, outras explícitas de violência. Ser violento, então, continua sendo condição de sobrevivência. As guerras, formas explícitas de violência continuam determinadas pelas mais diferentes motivações, que vão das questões étnicas e religiosas até as relativas ao poder e domínio político. Mas, ao lado dessas, aparecem formas de violência muito sutis, que submetem os homens a um “estado permanente” de alerta, a um ritmo de vida que lhes subtrai o direito de viver com dignidade, prazer e felicidade. O medo, a insegurança, a destruição da natureza, as desigualdades sociais e a falta de solidariedade são exemplos dessa violência sutil. Assim afirma Odalia (1989, p.85) “a violência [...] não é evidente por si mesma em todas as suas manifestações, algumas das quais tão sutis e tão bem manejadas que podem passar por condições normais e naturais do viver humano”.

A violência é polifacetada, multiexpressiva, exercida de muitas maneiras e se estende aos mais diversos cenários. (Roux, 1994). É por isso que conviver com a violência se tornou banal. Tamanha é a banalidade que, freqüentemente, nem a percebemos como tal. Uma violência que, às vezes, sentimos, exercemos, pensamos, vemos, negamos... Quase tudo ao mesmo tempo, com maior ou menor profundidade, desvelada ou não, com múltiplas expressões e a diferentes distâncias de nossa individualidade. Vivemos como

se sua existência fosse natural e apenas a olhamos indiferentes. Por que reagimos assim ?

A frequência de atos violentos com os quais convivemos tem determinado sua “banalização”, tornando-a corriqueira e trivial. Exemplos disso, são os homicídios, o extermínio de menores, os acidentes de trânsito, a existência da pobreza que diariamente estão estampados nos jornais do Brasil e do mundo. Quem se importa com isso? Quem muda sua rotina porque ocorreu mais um desses fatos violentos ? Por que nossa indignação não se traduz em ações concretas de mudança dessa realidade violenta?

O advento da modernidade, ao contrário do que possa parecer, não superou a violência; parece sim, que a exacerbou, revestindo-a das mais diversas cores e matizes. O turbilhão da vida moderna, como afirma Berman (1987, p. 16)

“tem sido alimentado por muitas fontes : grandes descobertas nas ciências físicas, com a mudança da nossa imagem do universo e do lugar que ocupamos nela; a industrialização da produção, que transforma conhecimento científico em tecnologia, cria novos ambientes humanos e destrói os antigos, acelera o próprio ritmo de vida, gera novas formas de poder corporativo e de luta de classes; descomunal explosão demográfica, que penaliza milhões de pessoas arrancadas de seu habitat ancestral, empurrando-as pelos caminhos do mundo em direção a novas vidas; rápido e muitas vezes catastrófico crescimento urbano; sistemas de comunicação de massa, dinâmicos em seu desenvolvimento, que embrulham e amarram, no mesmo pacote, os mais variados indivíduos e sociedades;.”

Próxima ao século XXI, a sociedade pós-moderna busca a reordenação de seus modelos de pensar e fazer. Vivemos o conflito da sensibilidade versus a racionalidade, o conflito das dualidades : corpo x mente, bem x mal, verdade x mentira, certo x errado. (Rezende, 1993)

Perdida na incompreensão e inevitável falta de explicação para muitos dos fenômenos e para o próprio viver humano, a sociedade moderna buscou na

hiper-racionalidade um caminho explicativo para suas indagações. Na história desse século foi atribuída, ao homem, a tarefa de construir o futuro, calcado na idéia do progresso, de desenvolvimento.

As conquistas, os inventos tecnológicos, as descobertas científicas colocaram o homem num desafio em direção a sua superação. O corpo foi colocado a serviço dessa tarefa, como instrumento dessa finalidade. Não importava a que preço. Foi-lhe expurgado o direito ao prazer, a vida, a contemplação, a sensibilidade (Rezende, 1993).

Para isso, esse corpo precisava estar em pleno funcionamento e aos profissionais de saúde foi dada a tarefa de repará-la, avaliar os danos, recompor e re-estabilizar seu funcionamento.

Do ponto de vista da hiper-racionalidade pouco importa a repercussão dos danos; se há seqüelas visíveis ou invisíveis. O que importa é se a máquina (o corpo) pode voltar a produzir e dar conta de sua função. A preocupação com a máquina - corpo diz respeito a sua capacidade de produção e desempenho frente aos requerimentos do progresso e do desenvolvimento.

Se não há conserto, se o seu funcionamento está comprometido ou se os danos são irreversíveis não importa. A máquina pode ser substituída, pode ser descartada.

A racionalidade parece determinar os atos. Tudo está orientado para essa finalidade maior da sociedade : o desenvolvimento. A vida e a integridade do ser humano parecem valores morais secundários.¹

¹ Valores morais existem unicamente em atos e produtos humanos; somente o que tem significado humano pode ser avaliado moralmente. Só há valor moral quando realizado livremente de modo consciente e voluntário (Vazquez, 1970).

Valores esses que parecem determinados por uma orientação ética dita utilitarista, que considera o valor das pessoas diretamente relacionado com a “utilidade” delas para a sociedade. Esse tipo de orientação ética é que tem dirigido muitas decisões nas diferentes esferas da vida humana, especialmente na área de assistência à saúde. Esse é um dos determinantes de uma pessoa idosa, por exemplo, ser preterida a uma jovem quando medidas de socorro só podem ser dispensadas a uma delas. Uma ética utilitarista que avalia os benefícios que representa uma pessoa idosa e uma jovem para a sociedade (Caponi, 1995).

Será que é por isso que não nos indignamos mais? Que não reagimos quando, todos os dias assistimos na tela da televisão, nas páginas dos jornais indivíduos com corpos mutilados, marca explícita da violência? Nossa única preocupação parece consistir em aprimorar a tecnologia de apoio para fazer frente aos desafios de recomposição da “máquina” humana. Assim, dispomos de alta tecnologia para diagnóstico e tratamento: tomografia computadorizada, raio laser, transplantes, órgãos mecânicos entre tantos outros recursos. E já estamos discutindo a clonagem de seres humanos, demonstração clara dos avanços da engenharia genética na atualidade.

Esse tema exige a demarcação de limites - limites éticos, pois o uso dos resultados científicos é mediado pelo comportamento ético do ser humano.. Para isso faz-se necessário que seu comportamento seja orientado pelo respeito aos valores da vida. Ciência e ética não podem ser consideradas antagônicas, ao contrário, precisam iluminar-se reciprocamente, garantindo o respeito pela dignidade humana e qualidade de vida.

Hoje a bioética polariza grande parte dos embates éticos, precisamente pela necessidade de garantir à humanidade a proteção das liberdades e os

direitos fundamentais, inerentes a pessoa e ao corpo humano, respeitados os princípios gerais de proteção para a garantia da integridade da espécie humana.

A par de tudo isso, a vida deteriora-se visivelmente a cada minuto, a ponto de a sobrevivência da espécie estar ameaçada. Não sabemos qual futuro legaremos aos nossos descendentes. Dispomos de incríveis recursos tecnológicos e estamos adormecidos, dormentes, paralisados. Paralisados diante de tanta destruição: do homem, da vida, do planeta. Em tempo algum, a saúde do planeta assumiu tamanha importância. Verdade que muito mais no discurso do que em ações efetivas, medidas concretas que possam de fato causar impacto no sentido de reverter esse processo destrutivo.²

É certo pois que precisamos pensar sobre a violência, como uma forma de começarmos a enfrentá-la. Não só como profissionais de saúde mas, primeiramente, como seres humanos em busca, no mínimo, da (própria) sobrevivência.

Como nos diz Odalia (1985, p. 22-23) “... o ato violento se insinua, freqüentemente, como um ato natural, cuja essência passa despercebida. Perceber um ato como violência demanda do homem um esforço para superar sua aparência de ato rotineiro, natural e como que inscrito na ordem das coisas”.

² Essa deterioração aparece estampada diariamente em jornais e revistas de circulação na sociedade. Reportagens dão conta dos inúmeros agravos que comprometem a vida e sobrevivência do Planeta.

1.1 Os sentidos de “violência”

Diversas disciplinas estudam e discutem a violência, suas diferentes formas, natureza, impacto e causas. A sociologia, a antropologia, o direito, entre outras, têm se preocupado com a definição e desvelamento desse fenômeno, certamente tão antigo quanto a humanidade. O viver em sociedade foi sempre um viver violento; por mais que recuemos no tempo, a violência está sempre presente (Odalía, 1985).

Uma das aproximações ao fenômeno pode se dar no entendimento de seu uso corrente e de sua etimologia, bem como, no conhecimento da compreensão de algumas disciplinas quanto a sua natureza. É o que faremos aqui, embora hajam recortes arbitrários e excludentes, decorrente das limitações próprias de qualquer estudo e da própria orientação de seu autor.

1.1.1 A compreensão de algumas disciplinas

Para a Filosofia, a questão conceitual da violência tem sido objeto de reflexão ao longo da história da humanidade. Muitas vezes de forma explícita, outras inserida na discussão de temas mais amplos, como a ética e a moral. “Desde seu início na Grécia, a filosofia encontrou a questão da violência”, afirma Michaud (1989, p. 102).

Na evolução do conhecimento da ética, entendida como a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, podemos

identificar as abordagens conceituais de violência, que variam historicamente, já que a moral também é um fato histórico. Moral, entendida como conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos nos diferentes períodos evolutivos da sociedade, como define Vazquez (1970). As concepções filosóficas da violência estão condicionadas às escolhas ontológicas iniciais, ou seja, às concepções da natureza do Ser, da natureza das coisas (Michaud, 1989). Assim, tais concepções aliadas às mudanças histórico-sociais da sociedade promoveram mudanças, também, da moral e, em consequência, do conceito de violência.

“A relatividade e o caráter indefinível do conceito de violência não são de modo algum acidentais, mas inerentes a um tipo de noção que polariza a diversidade conflitiva das avaliações sociais: os mesmos fatos não são apreendidos nem julgados segundo os mesmos critérios. O emprego de tal conceito supõe a referência a normas que podem não ser compartilhadas por todos” (Michaud, 1989, p.111)

Como afirma Vazquez (1970) :

“Através de ziguezagues, retrocessos e contradições, observa-se no processo histórico-moral um movimento ascensional de uma moral para outra ou, como já indicamos, um progresso moral. A relatividade das morais - e, portanto, de suas normas e códigos - não leva necessariamente ao relativismo ético, isto é, à concepção de que todas, por sua relatividade, são igualmente válidas. Determinados sistemas morais, sem deixar de ser relativos e transitórios, contêm elementos que sobrevivem e se integram posteriormente numa moral mais elevada”.

Na trajetória histórica da filosofia encontramos essas mudanças conceituais da violência. Da ética grega para a ética contemporânea percebe-se que a aceitação da coerção, da submissão de outros à própria vontade sofreu profundas transformações.

A ética grega estava fundada na idéia do *querer* e a pergunta que orientava a vida humana era “*o que posso fazer para viver bem?*”, indicando que os princípios norteadores da vida humana eram virtude e felicidade, bondade, prudência e beleza, enfim ter uma vida virtuosa. A liberdade consistia na liberdade de eleger o que era melhor para si. Nesse pensamento, o único homem era aquele virtuoso e só era virtuoso o homem sadio, maduro e não escravo.

Para a ética grega cada sujeito tinha um fim ao qual se dirigia. Assim, o sujeito ético (o homem livre), para a vida política; a mulher, para a fertilidade e o trabalhador (escravo), para a produção. Nesse entendimento, cada indivíduo tinha um papel a desempenhar, determinado socialmente e os atos justificavam-se a partir desse papel (Vazquez, 1970). Em decorrência, a concepção de violência não abrangia a dominação e exploração de alguém por outrém (da mulher pelo homem, do trabalhador/escravo pelo senhor/patrão), se isso fosse condição necessária para o desempenho do papel esperado. Foi essa a lógica que por muito tempo justificou a escravidão, o colonialismo e as relações servis ao longo da história da humanidade.

Como afirma Odalia (1989, p. 18), “um espírito tão superior como o de Aristóteles é tão presa de sua época como o mais humilde dos artesãos e é por isso que não titubeia em justificar a escravidão como um instrumento necessário para que os verdadeiros cidadãos atenienses pudessem usufruir de ócio e do lazer, para se dedicarem às coisas mais sublimes do espírito”.

O domínio do Cristianismo³, que se transforma na religião oficial de Roma (século IV), leva a substituição da escravidão pelo regime de servidão,

³ O Cristianismo impõe seu domínio durante dez séculos e, embora não seja uma filosofia, mas uma religião (fé e dogma), faz-se filosofia na Idade Média, com o intuito de esclarecer e justificar, através da razão, o domínio das verdades derivadas das questões teológicas. A subordinação da teologia à filosofia e, por conseguinte, a ética, determina, no

sob o qual se organiza a sociedade medieval, como um sistema de dependências e de vassalagens. Embora o Cristianismo pregasse a igualdade dos homens, sem distinção, muito pouco se altera a concretude das práticas morais até então (Vazquez, 1970).

Como afirma Vazquez (1970, p. 244)

“A mensagem cristã da igualdade é lançada num mundo social em que os homens conhecem a mais espantosa desigualdade : a divisão entre escravos e homens livres, ou entre servos e senhores feudais. A ética cristã medieval não condena esta desigualdade social e chega, inclusive, a justificá-la. A igualdade e a justiça são transferidas para um mundo ideal, enquanto aqui se mantém e se sanciona a desigualdade social.”

Essa desigualdade justificada pelo Cristianismo também é apontada por Andery et al (1994) ao afirmar que nessa época atribuía-se a Deus a condução de tudo o que ocorria no universo, inclusive a vida humana, implicando na aceitação de que tudo, portanto, era bom e justo, pois consentido por Deus, o que justificava, inclusive, o escravismo da época.

Peterson (1981, p. 69) assim se expressa: “... o escravo o é porque Deus o quer ; Deus, o Todo-Poderoso permite a escravidão e esta, portanto deve ser boa. O escravo deve ser humilde; deve se sujeitar ao seu mestre ...”

Na ética moderna⁴ o enfoque muda do *querer* para o *dever*, e a questão orientadora da vida humana passa a ser “*o que devo fazer para viver corretamente?*”, envolvendo responsabilidade e dever. O postulado orientador da ética moderna, o Imperativo Categórico de Kant⁵, (um dos pensadores da

âmbito da filosofia cristã da Idade Média, uma ética limitada pela índole religiosa e dogmática. Os problemas filosóficos são submetidos a um processo de cristianização. Este processo aparece especialmente nas idéias de Santo Agostinho (354-430) e de Santo Tomás de Aquino (1226-1274) (Vazquez, 1970).

⁴ Por ética moderna são entendidas as idéias dominantes desde o século XVI até o início do século XIX, de acordo com Vazquez (1970), de orientação antropocêntrica, que atinge seu ponto culminante nas idéias de Kant.

⁵ Kant (1724-1804) foi contemporâneo de outros grandes pensadores, como Goethe, Fichte e Hegel e de grandes acontecimentos que acabaram por culminar na Revolução Francesa de 1789. Suas obras éticas fundamentais foram “Fundamentação da metafísica dos costumes”, em 1785, “Crítica da razão pura”, 1781, em que examina o problema do conhecimento, “Crítica da razão prática”, em 1788, na qual analisa o problema da moral e “Crítica da faculdade de julgar”, em 1790, onde estuda a beleza natural e artística e o pensamento biológico. Kant toma como ponto de partida de

ética moderna) diz “*age de maneira que possas querer que o motivo que te levou a agir se torne uma lei universal*”. (Vazquez, 1970, p.250). No pensamento de Kant está inserido o princípio da proibição da exploração do homem pelo homem, e viver bem é viver humanamente. Aqui aparece a idéia de liberdade e, por derivação a não aceitação da violência entendida como expreso anteriormente.

Kant, adepto ao antropocentrismo ético, entende que o homem deve ser tratado como um fim e não como um meio. Esta consciência de que não deve ser tratado como meio, e sim como fim, tem “um profundo conteúdo humanista, moral e inspira hoje todos aqueles que desejam a realização desse princípio kantiano não já num mundo ideal, mas em nosso mundo real” (Vasquez, 1970, p. 250)

Assim, a partir das idéias da ética moderna - da ética kantiana - o homem deve fazer somente aquilo que a sua razão diz estar de acordo com a moral, referindo-se às ações que este deve fazer caso a vontade seja livre, pois “concebe o comportamento moral como pertencente a um sujeito autônomo e livre, ativo e criador” (Vazquez, 1970, p. 250).

Kant propõe uma moral guiada por leis que determinam o que se deve fazer, ou seja, o uso da liberdade. Somente em sociedade e naquela que permite maior liberdade (a que permite coexistir a liberdade de todos) o homem conseguiria alcançar o mais alto grau de desenvolvimento de suas disposições (Andery, 1994)

sua ética a *factum* da moralidade, admitindo, como um postulado da razão prática, a existência de um mundo de liberdade ao qual pertence o homem como ser moral. Kant, fiel ao antropocentrismo ético, empresta à moral o seu princípio mais alto, onde o homem não deve ser tratado como meio, e sim como fim e, como tal, como pessoa moral que forma parte do mundo da liberdade ou do reino dos fins. (Vazquez, 1970; Os Pensadores, 1987).

Na ética contemporânea⁶ encontramos diferentes concepções da moral na vida do indivíduo. Vamos aqui apontar algumas delas, sem pretensão de esgotar o tema, mas que podem contribuir para o entendimento de como a violência é encarada na sociedade contemporânea. Aqui falamos da sociedade contemporânea ocidental, uma vez que a moral também é determinada culturalmente, tendo diferentes expressões entre as sociedades ocidentais e orientais.

No existencialismo de Sartre (1905-1980) a liberdade é a única fonte de valor e cada um deve criar ou inventar os valores ou as normas que guiam seu comportamento. Mas, essa liberdade só pode ser tomada como um fim, se a liberdade dos outros também o for, pois ao escolher não só há um compromisso do indivíduo pessoalmente, mas um compromisso de toda a humanidade.

No pragmatismo, há uma identificação da verdade com o útil - aquilo que melhor ajuda a viver e conviver. Algo é bom quando conduz eficazmente à obtenção de um fim, que leva ao êxito; os valores, princípios e normas são esvaziados de um conteúdo objetivo e o valor do bom varia de acordo com cada situação.

Em Freud, encontramos as principais idéias de uma ética psicanalítica⁷, que aponta o papel da motivação inconsciente no comportamento humano,

⁶ A ética contemporânea surge num mundo em que a ordem social se apresenta conforme a natureza racional do homem e numa sociedade na qual aparecem e se aguçam profundas contradições; numa época de contínuos progressos científicos e técnicos e de um imenso desenvolvimento das forças produtivas, as quais conduzem ao questionamento da própria existência humana, frente a ameaça de destruição que o uso desse progresso acarreta (Andery, 1994). A ética contemporânea, mais recentemente, conhece um novo sistema social - o socialismo, e um processo de descolonização que conduz a uma "reavaliação de comportamentos, princípios e heranças que não se enquadram no legado ocidental tradicional" (Vazquez, 1970, p. 251).

⁷ Vazquez (1970) diz que não se pode falar de uma ética psicanalítica propriamente, mas reconhece que as contribuições dessa corrente psiquiátrica e psicoterapêutica, especialmente no tocante ao papel da motivação inconsciente no comportamento humano, são importantes para as investigações éticas.

com conseqüências para as investigações éticas. Freud dá sua contribuição a ética quando sugere que esta deve levar em consideração a motivação inconsciente, de modo a excluir do campo da moral aqueles atos praticados por tal motivação. Ou seja, a ética deve mostrar que é imoral julgar como moral o ato que obedece as forças inconscientes irresistíveis (Vazquez, 1970).

A par da contribuição da psicanálise de Freud, algumas objeções são feitas já por seus discípulos, dentre eles Fromm, para quem a influência dos fatores inconscientes foi ampliado de maneira desmedida, sem considerar o papel da educação e dos fatores sociais. Fromm nega que os fatores inconscientes tenham o papel decisivo que Freud lhes atribuiu e imprime à psicanálise uma orientação social (Vazquez, 1970).

A contribuição de Fromm é relevante quando pensamos sobre os atos violentos, pois relativiza o determinismo imposto pelas idéias de Freud. Se considerarmos, tais atos, como decorrentes de motivação inconsciente, como propunha Freud, eles não poderiam ser julgados como imorais, já que atos provenientes de motivações dessa natureza não poderiam ser assim julgados. Do ponto de vista ético, estaria criado um espaço para a aceitação do ato violento como inerente ao viver humano, e não sujeito a “repressão ética”, conduzindo ao imobilismo frente a ele.

Outra concepção ética contemporânea é o marxismo que, segundo Vazquez (1970) oferece uma explicação e crítica das morais do passado e evidencia as bases teóricas e práticas da uma nova moral. Para Marx (1818-1883) o homem é um ser espiritual e sensível, natural, teórico e prático, objetivo e subjetivo; é um ser social e histórico. Essas premissas sustentam as teses fundamentais de seu pensamento.

A moral, no marxismo, cumpre uma função social de sancionar as relações e condições de existência de acordo com os interesses morais da classe dominante. Existem diferentes morais de classe, pois a cada classe corresponde uma moral particular. Assim, não pode haver um sistema moral válido para todos os tempos e para todas as sociedades; a moral de cada sociedade ou de cada classe tem um caráter relativo.

Para Marx, assim como a religião, a metafísica ou qualquer outra ideologia, a moral não tem sua própria história, nem seu próprio desenvolvimento; nenhuma relação, fenômeno ou idéia tem o caráter de imutável (Andery, 1994).

Marx fala da necessidade de construção de uma nova moral. O homem deve intervir na transformação da sociedade sem a qual pode haver uma possibilidade de um retorno a barbárie, uma possibilidade de que o homem não possa subsistir como tal. Nas idéias de Marx há uma preocupação de que o comportamento moral não se transforme em “impotência para a ação, mas que seja capaz de garantir a preservação da sociedade” (Vazquez, 1970, Andery, 1994).

Pensando a violência a partir do entendimento da moral para Marx, podemos entender que os atos violentos poderão ou não ser considerados imorais, a depender da classe em que se concretiza, já que a cada classe corresponde uma moral particular, a cumprir seu papel de sancionar as relações e condições da classe dominante, por um lado. De outro, considerados a dimensão e a amplitude que venham a assumir, os atos violentos podem comprometer a sobrevivência do homem e, dessa forma, requerem sua intervenção. A violência seria, pois, eticamente inaceitável, já que pode representar o extermínio da sociedade.

A diversidade de concepções que orientam a ética contemporânea nos apontam para um desafio, o de colocar o problema da violência no âmbito da ética. Isto porque, a considerar a diversidade, pouco ou nada poderíamos fazer, já que do ponto de vista da relatividade, os atos violentos não constituiriam uma questão moral, a priori, já que as normas morais estão sujeitas a diferentes interpretações.

Para obter um certo consenso quanto a natureza dos atos violentos precisamos reconhecer que qualquer norma moral tem sua validade ancorada em sua justificação. Como afirma Vazquez (1970, p. 223) “os critérios [de justificação moral] exigem necessariamente que não consideremos a norma moral como algo absoluto, sobre-humano ou intemporal, que existe em si ou por si, mas como um produto humano que somente existe, vale e se justifica como nexos das relações.”

A consideração da norma nestas diversas relações dá lugar aos critérios de justificação, que Vazquez (1970), classifica em social, prática, lógica, científica e dialética.

Se pensarmos a violência a partir dos critérios de justificação propostos por Vazquez (1970) é possível compreender que ela, do ponto de vista moral, é inaceitável.

No critério de justificação social a validade da norma está diretamente relacionada a sua necessidade social. Somente a norma que exige comportamento adequado, a que se ajusta a interesses e necessidades sociais, justifica-se e é válida na comunidade social respectiva. Toda a norma deve, portanto, para ser justificável, estar situada num contexto humano concreto, no quadro de uma comunidade histórico-social determinada (Vazquez, 1970).

A violência não atende, por certo, aos interesses e necessidades sociais (pode ser de um segmento, uma parcela); antes, ela se opõe a eles na medida em que compromete a própria sobrevivência da sociedade. A violência não tem, pois, justificação social.

A justificação prática implica reconhecer que toda a norma requer certas condições reais, que, quando não se verificam, a tornam irrealizável. A justificação prática da norma moral requer que sua aplicação não se oponha às necessidades sociais da comunidade (Vazquez, 1970).

A violência só poderia ter justificação prática se a sua existência (ou sua realização) não se opusesse às necessidades sociais da comunidade. Não é aceitável que se admita que os atos violentos são necessários à comunidade, quando eles representam sua própria destruição.

Outro critério de validação de uma norma se refere à justificação lógica. Uma norma só pode ser justificada logicamente na medida em que apresenta coerência com as normas fundamentais do código do qual faz parte, em relação ao contexto humano concreto no qual nasce (Vazquez, 1970).

É possível pensarmos numa justificação lógica da violência? Será que os atos de violência estão coerentes com as normas do código de nossa sociedade? Não, já que a própria Constituição Brasileira afirma serem todos iguais perante a lei. Não podemos, então, aceitar que alguns sejam submetidos, por outros, a atos violentos.

A justificação científica consiste em outro critério e diz respeito à adequação da norma ao nível de conhecimento alcançado pela sociedade, sem entrar em contradição com ele. Ou seja, não se pode justificar os juízos morais

que se baseiam em pressupostos que a ciência já refutou ou que são incompatíveis com as leis científicas já descobertas (Vazquez, 1970).

Os avanços do conhecimento científico colocaram a disposição da humanidade o domínio de uma tecnologia que, também tem sido aplicada para a violência; uma “tecnologia da destruição”, como afirma Michaud (1989). Para o autor, “as sociedades contemporâneas dispõem de uma tecnologia de morte aterradora que não se limita ao arsenal nuclear”, nas quais as possibilidades de destruição são consideráveis e que racionalizam a violência como racionalizam todo o resto (p. 43). Ao usar o conhecimento científico para a violência, o homem violenta, inclusive, o próprio conhecimento.

Essa alta sofisticação tecnológica da violência, entretanto, não significou um consenso quanto a sua legitimidade, pois a “racionalidade técnica, instrumental e de gestão que opera nas sociedades contemporâneas leva a valorizar o controle dissimulado dos problemas e a solução racional dos conflitos, condenando o recurso à violência aberta, brutal e sangrenta” (Michaud, 1989, p. 42). A violência não tem, pois, justificção científica. Desenvolve-se, na verdade, uma antinomia entre o potencial de violência sem precedentes e um ideal de funcionamento racional.

Na justificção dialética considera-se a norma moral como relativa e transitória, na medida em que o progresso moral determina um processo ascensional moral. Uma norma não pode ser considerada como algo imóvel, fixo, mas como um degrau ou uma fase desse processo de universalização da moral, trazendo elementos positivos suscetíveis de se enriquecer ou de se integrar numa moral superior ou universalmente humana.

Assim como a Filosofia, o Direito tem sido uma das áreas que mais proximamente tem discutido a violência. Fundamentalmente, porque as normas morais da sociedade estão explicitadas nos textos jurídicos, os quais determinam o que é permitido e o que é proibido, ou seja estabelecem os limites da violência. Outro fator que aproxima a violência do Direito diz respeito a sua freqüente redução a criminalidade.

Em termos jurídicos, violência é entendida como um constrangimento físico ou moral, mediante uso da força ou coação. Juridicamente, o termo violência é aplicado, num sentido mais preciso, aos atos classificados como criminosos, os quais são passíveis de punição pelo aparato policial e jurídico de uma dada sociedade (Neves, 1986). Assim, a violência é traduzida no Código Penal em crime de constrangimento ilegal, crime de dano, crime de extorsão, crime de roubo, crime de tráfico de mulheres, crime contra os costumes, entre outros.

Há uma distinção jurídica entre violência e violação. Violação é entendida como “toda ofensa do direito alheio; da infração da norma legal ou contratual. A violação contra a mulher, em direito penal, diz-se do estupro”, o que, em última análise, não deixa de ser uma forma de violência (Neves, 1986).

Michaud (1989) destaca que o Direito fornece definições estritas de violência, em contraposição a amplitude do sentido corrente. Para o autor, a definição de violência no direito penal vincula violência e força física seguida de danos duradouros, embora já haja uma tentativa de ampliar a incriminação, ao acoplar a esta gestos menos graves que as agressões (chamadas de vias de fato) e que constituem danos ao corpo da vítima. Em direito civil, a violência está associada a coação sobre a vontade de uma pessoa, forçando-a a

concordar com algo. Entretanto, “não se deve esquecer que a lei permite certas violências em condições bem definidas : no âmbito do esporte, da cirurgia ou da manutenção da ordem” (Michaud, 1989, p. 9).

Na abordagem jurídica a violência é primeiro um dano físico, mas também se refere a normas (dano a uma ordem normativa). Como dano físico, a violência é facilmente identificável; como violação de normas, quase qualquer coisa pode ser considerado violência (Michaud, 1989, p. 10).

Viver em sociedade requer o estabelecimento de normas que favoreçam a convivência social. Estas normas determinam esferas específicas de ação e estabelecem o que é permitido e o que é proibido. Como afirma Odalia (1985), o conjunto de leis de um país é uma forma explícita de institucionalização da violência, pois consagra os limites de violência permitidos em cada sociedade.

As raízes psicológicas da violência, onde esta é vista como decorrente de aspectos biológico-individuais, inerentes à natureza humana, são abordadas por correntes da psicologia. Tais correntes entendem a violência como parte da natureza humana e que, por conseguinte, não há como eliminá-la do convívio da sociedade.⁸

Michaud (1989, p. 77) afirma que existem múltiplas abordagens psicológicas da violência e da agressividade. Algumas apresentam suas explicações a partir de estudos experimentais; outras, numa perspectiva clínica e outras, ainda, consideram as relações de agressão em termos de interações sociais. Essas abordagens buscam a correlação entre determinados fatores e as

⁸ Nessa abordagem encontramos as contribuições da psicanálise, especialmente de Freud e Melanie Klein, que associam as condutas agressivas com fatores genéticos. E, numa perspectiva não genética, mas estática, E. Fromm fornecendo uma tipologia das personalidades agressivas a partir de seu grau de narcisismo e da natureza de seus fantasmas. A leitura do livro “A violência” de Yves Michaud, permite um aprofundamento das diferentes abordagens psicológicas.

condutas agressivas (psicologia geral da agressividade), entre fatores traumáticos e a formação das personalidades agressivas (abordagens clínicas e estatísticas) e a agressividade e a violência no âmbito das situações de interação (psicologia social).

Minayo (1992, 1994) estudando o fenômeno da violência, também identificou diferentes abordagens teóricas para análise do fenômeno, que classificou em:

1º - **Biologicista e psicologicista** : estas abordagens defendem a idéia de que o homem tem uma agressividade instintiva, assim como é instintivo a fome e o desejo sexual; inclui-se aqui as teorias etológicas clássicas; problema de conduta individual; determinação do individual sobre o social.

2º - **Estrutural-funcionalista** ou violência da transição: neste tipo de abordagem os rápidos processos de mudança social - como a industrialização e a urbanização, são considerados determinantes da violência. Os bolsões de pobreza, desorganização social e migração seriam o foco gerador e explicativo da criminalidade nas grandes cidades.

3º - **Violência da sobrevivência** : a violência é entendida como uma estratégia de sobrevivência das camadas populares. As desigualdades sociais reforçariam as manifestações de violência, sendo as razões econômicas entendidas como o grande fator causal.

4º - **Violência por omissão** : a falta de autoridade do Estado, associado ao poder repressivo e dissuasivo dos aparatos jurídicos e policiais, contribuem para a delinqüência e a conduta patológica dos indivíduos.

5º - **Violência como rede** : consiste num processo social que se realiza em cadeia e especificamente; não há sociedade sem violência; violência é uma

construção histórica, sendo expressão essencialmente humana, universal e específica nas variadas formas de organização social. Sua compreensão pressupõe conhecer a estrutura sócio-histórica e cultural da sociedade na qual se realiza. Para Minayo (1994), a abordagem teórica desse fenômeno precisa ser feita a partir dessa compreensão, já que assim permite uma maior aproximação com a sua real expressão e determinação.

Outro pensador da atualidade é Maffesoli (1987), que tem sido enfático em demonstrar sua preocupação com o fenômeno da violência. Para o autor a violência consiste num dos elementos estruturantes da socialidade. A violência não é um saldo negativo, mas uma herança comum a todo e qualquer conjunto civilizacional, representando um certo papel da vida em sociedade, afirma o autor. Assim, a violência pode ser construtiva ou destrutiva, sendo sempre reveladora de uma desestruturação social relativamente manifesta.

Maffesoli (1987) descreve três modalidades de violência:

- a) a violência dos poderes instituídos: aquela monopolizada por uma estrutura dominante, como o Estado, Partidos, organização criminosa ou terrorista;
- b) a violência anômica: tem função construtiva e inscreve-se no duplo movimento de destruição/construção, entre a ordem e a desordem, como os processos revolucionários e,
- c) a violência banal: essa modalidade tem uma perspectiva “Dionisíaca”, a qual garante uma “resistência de massas” aos poderes constituídos; expressa-se através de uma “passividade ativa da massa”, como por exemplo o carnaval, as festas populares entre outras.

No pensamento de Maffesoli encontramos um novo sentido para a violência, ou seja, como um elemento também construtivo e não apenas destrutivo. Por outro lado, o autor não identifica a delinquência como uma modalidade de violência, nem os atos de privação impostos por alguém, intencionalmente ou não, como uma modalidade de violência.

Também, Arendt (1994) discute violência, mas fazendo uma distinção entre violência e poder, ao falar de violência política. Para ela a violência sempre necessita de justificação, sendo um instrumental por natureza racional, na medida que é eficaz em alcançar o fim que deve justificá-la. A violência para Arendt (1994) não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso, mas pode servir para esternalizar queixas, trazendo-as a atenção pública. Violência para a autora é, pois, uma forma de demonstrar a insatisfação da sociedade diante do não atendimento de seus requerimentos; uma forma de externar suas necessidades não atendidas.

Para Arendt (1994) nem a violência, nem o poder são fenômenos naturais, isto é, uma manifestação do processo vital; eles pertencem ao âmbito político dos negócios humanos, cuja qualidade essencialmente humana é garantida pela faculdade do homem para agir, a habilidade para começar algo novo.

1.1.2 O sentido corrente e etimologia do termo violência

No dicionário de Língua Portuguesa, o termo violência é explicitado como: “qualidade de violento; ato violento; ato de violentar; constrangimento físico ou moral; uso da força; coação.” (Ferreira, 1986, p. 1779) A etimologia

do termo nos diz que “violência” vem do latim *violentia*, que significa violência, caráter violento ou bravo, força.

Considerando o sentido etimológico da palavra, outros autores, como Aranha (1992), compreendem violência como *uso da força para obrigar uma pessoa ou grupo de pessoas a agirem de forma contrária a sua vontade ou impedi-los de agirem de acordo com sua intenção ou, ainda, privá-los de algo*.

Para esse autor, a violência consiste em prejudicar alguém (a vítima) de alguma forma pelo uso da força ou privá-la de algum bem, seja ele a vida, a integridade do corpo ou do espírito, a dignidade, a liberdade de movimento ou os bens materiais.

Nesta compreensão, a violência pressupõe **intencionalidade** e, sendo assim, um ato só pode ser considerado violento se for revestido dessa intenção. Aplicando o exemplo de Aranha (1993): “uma intervenção cirúrgica, quando visa o bem do paciente e tem sua autorização não se constitui em violência; entretanto, se a mesma for realizada sem necessidade ou quando o paciente for usado como cobaia de experiência científica sem sua autorização, tal ato torna-se violento”.

Em analogia, outro exemplo: quando alguém, dirigindo em alta velocidade perde o controle do carro, atropela e mata, esse ato não é violência, porque não havia a intenção de matar.

Será que não é violência ?

Ao dirigir, colocando em risco a vida de outros, desrespeitando as normas de trânsito e as regras de convivência social, a intencionalidade de

prejudicar alguém não esta explícita. Entretanto, há uma grande probabilidade disto ocorrer, e então configura-se em violência.

Portanto, no nosso entendimento um ato não é violento somente quando revestido de intencionalidade, como afirmam os autores já mencionados. Um ato pode ou não ser violento dependendo da privação que ele impõe, independente de sua intencionalidade. A presença ou não da intencionalidade apenas identifica o tipo de violência. Mas nem toda a violência é intencional. Assim, alguém que sofre um atropelamento, mesmo que não tenha havido intenção nem omissão do motorista, sofre uma violência. Portanto, o ato violento não pressupõe intencionalidade, mas privação.

Privação no sentido que nos coloca Odalia (1989, p. 86) :

“...privar significa tirar, destituir, despojar, desapossar alguém de alguma coisa. Todo ato de violência é exatamente isso. Ele nos despoja de alguma coisa, de nossa vida, de nossos direitos como pessoas e como cidadãos. A violência nos impede não apenas ser o que gostaríamos de ser, mas fundamentalmente de nos realizar como homens”.

Agudelo (1994) se refere a diferença entre violência e acidente. Embora, em geral, não se estabeleça diferença, o autor reconhece que esta é importante, sendo que os limites estão na direcionalidade e intencionalidade da situação. O autor reconhece que a própria Classificação Internacional da Doenças - CID, proposta pela Organização Mundial da Saúde e largamente utilizada, trata tais fenômenos de forma similar. Entretanto, para o autor, quando o acontecimento não é premeditado nem obedece uma intencionalidade nem é previsível trata-se de um acidente; de outro modo, quando faz parte de um determinado contexto - quando é um processo - trata-se de um acontecimento violento.

Dessa forma, compreendemos violência como *toda e qualquer privação de algum bem, seja ele bens materiais ou a vida, a integridade do corpo ou*

do espírito, a dignidade e a liberdade (de expressão, movimento, ou de opção), pelo uso ou não da força física.

O caráter da violência, no nosso entendimento, está portanto na **privação**, entendida como a falta do necessário à vida. Privação, no sentido expresso por Brugger (1987, p. 332-333):

“a não existência de um estado, de uma propriedade, de que uma coisa é capaz e que deveria possuir, para ser perfeita em sua espécie [...] Não designa, portanto, simples negação de um ser, mas pressupõe sempre um sujeito que não possui tudo quanto devia possuir, de acordo com a natureza”

A violência não pressupõe intencionalidade, nem o uso da força física, embora ambos elementos possam estar presentes num ato violento.

Muitas vezes encontramos a violência intencional, não explícita, como a violência política do Estado, a manutenção de significativo número de pessoas em estado permanente de fome, o não acesso à educação a milhares de indivíduos, subtraindo-lhes o direito ao exercício pleno da cidadania, entre outros. Submeter o indivíduo a uma vida sob o manto da ignorância de forma sistemática, não pode ser entendido como outra coisa a não ser violência. Nesse caso o ato, aqui identificado como violência, passa a ser um instrumento para a manutenção do poder e perpetuação do estado de dependência e submissão, semelhante ao que Arendt (1994), classifica como violência política, usada como forma de manutenção do “status quo”.

Assim, também, pensa Odalia (1989, p. 30), quando afirma:

“O ato rotineiro e contumaz da desigualdade, das diferenças entre os homens, permitindo que alguns usufruam à saciedade o que à grande maioria é negado, é uma violência. São os hábitos, os costumes, as leis, que a mascaram, que nos levam a suportá-la como uma condição inerente às relações humanas [...] Agimos como se a desigualdade fosse uma norma estabelecida pela natureza da sociedade e contra a qual pouco é possível, enquanto o ‘mundo for mundo’”.

A violência pode assumir diversas formas e constituir-se em tal, dependendo da situação específica. Nem sempre a violência é claramente percebida nem seu agente é identificado. Muitas vezes é inconsciente ou escamoteada; explícita ou implícita, percebida ou não. Assim, considerando a especificidade de cada situação a depender da intencionalidade ou não, da forma de expressão e concretização do ato, a violência pode ser classificada em:

- **acidental** : ato de violência em que não há intencionalidade;
- **intencional**: quando revestida de intencionalidade; há desejo, manifesto ou não, de causar privação a alguém.

Ambas as formas podem, ainda, ser classificadas diferentemente, considerando a participação do agente e a expressão da violência: (Aranha, 1992). A violência pode ser **ativa/ direta** quando o agressor é diretamente causador dos agravos à vítima; participa diretamente do ato violento. Exemplos disso são os homicídios e as ocorrências de trânsito, na medida em que o agressor participa diretamente do ato violento, determinando privação à vítima.

Violência **passiva** ocorre quando há omissão; quando o ato violento é percebido, mas o agressor (indireto) faz de conta que não o viu. Nesse caso não participa diretamente do ato violento, mas nada faz para impedi-lo, ignorando-o. Como exemplo, a omissão de socorro em ocorrências de trânsito, quando, embora não o tenha provocado, o indivíduo nada faz. Também, as mortes de pacientes nas filas de espera para atendimento nos serviços de saúde, que se repetem quotidianamente, de conhecimento público, já que freqüentemente são noticiadas pela mídia escrita e falada, sem que nenhuma

providencia concreta seja tomada, quer seja pelo Estado, quer seja pela sociedade em geral. Outro exemplo são as ocorrências ligadas a atividade profissional - os chamados acidentes de trabalho, determinados pela falta de dispositivos de segurança. Essas ocorrências, ainda alarmantes no Brasil, não provocaram, ainda, a adoção de medidas impactantes para a reversão do quadro.

Há, ainda, a violência **indireta**, quando um ato provoca dano ou agravo a outrém em que o agressor nem conhece a vítima, havendo um espaço temporal entre a agressão e o seu efeito. A destruição da natureza é um exemplo de violência indireta, já que a destruição provocada hoje terá repercussões sobre as gerações futuras, como o caso da destruição da camada de ozônio, o desmatamento descontrolado.

Quando a violência é de natureza psicológica, sem uso da força ou agressão física é uma violência **simbólica**. Nesta incluem-se as chantagens e torturas psicológicas, em que não há uso da força física, mas coação pelo medo e insegurança. Também é uma violência simbólica, a separação mãe/filho no momento de internação da criança em uma instituição hospitalar, privando-a da presença da mãe. Submeter um indivíduo a exposição do seu corpo durante os cuidados, sem resguardar sua privacidade, respeitando sua cultura e formação religiosa, também é uma forma de violência simbólica.

Por fim, violência escamoteada, é aquela que já nos acostumamos a conviver, de tal forma que nem a percebemos como tal, consiste numa violência **branca**. A fome crônica, crianças fora da escola, as desigualdades sociais que se perpetuam, o atendimento desumano nas instituições de assistência à saúde, o desrespeito aos direitos dos cidadãos, com que

diariamente convivemos e já se tornaram corriqueiros, mas que submetem os indivíduos a diferentes privações, são formas dessa violência.

Odalía (1989) fala, ainda, de uma violência institucionalizada quando alguém admite “explícita ou implicitamente, que uma relação de força é uma relação natural - como se na natureza as relações fossem de imposição e não de equilíbrio”(p. 35). Assim, as desigualdades sociais passam a ser norma estabelecida pela natureza da sociedade e contra a qual, pouco é possível; institucionaliza-se a desigualdade, fazendo parecer como natural a distinção entre os homens.

A violência no trânsito, freqüentemente, é caracterizada como um acidente, uma violência direta acidental, já que o caráter da violência está na privação e, nesse sentido, diversas são as privações a que é submetido o indivíduo vítima de uma violência no trânsito. Então, a ocorrência de trânsito consiste numa violência, acidental na maioria das vezes, mas uma violência.

A par das diversas tentativas de definir violência Agudelo (1994) destaca a importância de refletir sobre o tema e aponta alguns elementos do conceito. Para o autor é preciso reconhecer que a violência é uma realidade e atividade humana, não se tratando somente de um exercício de impulsividade ou de agressividade. A violência é uma atividade humana enquanto implica inteligência, elaboração, direcionalidade, simbolização, legalidade contextualizada nas relações sociais estabelecidas.

Outro elemento a ser considerado, segundo o autor, é de que a violência é um processo, já que consiste numa realidade duradoura, diversificada e múltipla. Indica, portanto, duração, extensão, continuidade, relação de diferentes acontecimentos e níveis da realidade.

Denota-se que as diversas abordagens dadas ao fenômeno da violência por diferentes correntes de pensamento apontam para as ambigüidades de que ainda se reveste, o que demonstra que reflexões acerca dessa problemática ainda são incipientes, para a sua completa apreensão. É preciso, então, reconhecer a necessidade de aprofundamento dos debates acerca dessa temática, considerando as diferenças conceituais do fenômeno, sua diversidade e complexidade.

1.2 Pensando a(s) violência (s) na sociedade contemporânea

O desenvolvimento histórico das sociedades e da humanidade tem sido marcado pela presença da violência, às vezes encarada como fenômeno estranho à essas sociedades e sujeitos, outras vezes interpretada como processo inerente à formação de ambos.

As diferentes etapas desse desenvolvimento histórico mostram que a violência tem variado nas suas formas e tipos de expressão, bem como na consciência que se tem sobre ela. Vista sob os mais diversos ângulos, as relações humanas tem se defrontado e mediado a violência. Alterando sua forma de expressão no cotidiano ela está sempre presente como um fenômeno social.

Assim, embora a violência seja “típica do ser humano”, estando presente ao longo de toda a sua história, jamais esta violência atingiu limites tão desumanos quanto agora - e marcadamente nas cidades grandes. (Morais, 1990, p. 79)

Nada garante que a violência no mundo contemporâneo seja maior ou menor que as épocas passadas. Entretanto, à brutalidade e à selvageria de sociedades pouco desenvolvidas, agressivas mas com meios mortais fracos, sucedeu-se sociedades tecnológicas, nas quais as possibilidades de destruição da sociedade contemporânea são consideráveis, tanto no que diz respeito a diversidade e acessibilidade aos instrumentos quanto a sofisticação, potência e precisão dos mesmos (Michaud, 1989).

Na sociedade contemporânea a violência é mais do que um fato violento e trágico. É todo um conjunto de condições que a fazem possível, de fatos que a concretizam e de conseqüências diretas e indiretas que incidem tanto sobre os agentes como sobre as vítimas. A violência é um processo e não um fato isolado e, conseqüentemente, existem diversos tipos, momentos, formas e intensidade de violência, as quais mudam em diferentes momentos, condições e organizações sociais.

A violência é muito mais que o simples registro de sua ocorrência. A violência é em si mesma, uma ameaça ou uma negação das condições e possibilidades de realização da vida e da própria vida. (OPAS, 1990, p. 224).

Assim, portanto, não podemos negar que a violência, enquanto prática presente, pode ser manifestada desde a falta de alimentação, moradia, lazer, trabalho, saneamento, negação do acesso à cultura e educação até a supressão da vida por outrém (sua mais explícita manifestação).

A conjuntura social da América Latina, em geral, e do Brasil, em particular, tem incrementado, na década de 80, a deterioração das condições de vida associada a crise (essencialmente econômica e social para alguns e

estrutural para outros), impondo a cada país, de modo diferenciado, pesados tributos sociais.

Ao mesmo tempo, tal quadro contribui na determinação de uma nova mentalidade social sobre a violência (não mais restringida à criminalidade). Como afirma Souza (1993, p. 48) “...algumas áreas do conhecimento vêm tentando desvendar determinados aspectos da violência encobertos nas práticas sociais (demonstrando uma maior consciência do problema, também em virtude dos seus crescentes índices), [...] persistem as reflexões que a vinculam unicamente à delinqüência.”

Também Sussekind (1987, p. 10) assim se expressa, ao refletir sobre a violência não restrita a criminalidade: “se violência é a criminalidade, então violência não é poluição que assola nossos rios, nossas plantações, nossos centros urbanos, nossa alimentação, nossos tímpanos, nossa paisagem. Violência também não é a incerteza do mercado financeiro, flagelado pelas inumeráveis fraudes e falcaturas. Não é a educação esdrúxula e elitista que pretende domesticar os brasileiros das mais diversas localidades sob o mesmo padrão, absolutamente alienado do seu cotidiano. Não é o sistema de assistência médica, ou as dezenas de milhões de menores oficialmente assumidos como ‘carentes’, ou a evasão de moeda, ou a incoerência de algumas taxações (como a do imposto territorial rural), ou as múltiplas formas de contrabando. Não são violência os presuntos natalinos, anunciados ao preço de meio salário mínimo, que, de fato, é o salário máximo de assustadora percentagem da população. Migração não é violência, da mesma forma que a falta de participação política real dos cidadãos, a absoluta falta de acesso as decisões, nem mesmo as diretamente relacionadas à sua própria vida.”

No Brasil, especialmente, a partir da segunda metade da década de 70 (fase da retomada do regime democrático) quando os meios de comunicação de massa, mais livremente, difundem o que acontece na realidade brasileira e no mundo, essa temática passa a merecer maior transparência. Assim, chega com imagem e som a tomar parte do cotidiano.

No interior dessa problemática social e econômica são evidenciados aumentos nos índices de violência, refletidos nos coeficientes de morbimortalidade, construídos a partir de dados oficiais, ao mesmo tempo em que passam a ser divulgados pela mídia alarmante número de eventos violentos.

Como afirma Paula (1991, p. 147) “a violência não é apenas o tema de manchetes de jornal. Se são muitos os pacatos cidadãos de classe média abatidos a tiros por meliantes ou atropelados na via pública por motoristas desprovidos de civilidade, ou exaustos por uma jornada de trabalho excessiva, são muitos mais, são inumeráveis aqueles que, graças aos progressos da saúde pública, sobreviveram a uma infância cheia de privações para encontrar a morte logo ali adiante. A violência é uma forma que a sociedade tem de se destacar daqueles que nela não encontram lugar.”

Na sociedade contemporânea, uma aproximação ao problema implica, então, em desvendar as causas da violência, suas diferentes modalidades, suas formas concretas de expressão, seus agentes e suas vítimas, suas conseqüências e suas implicações. (OPAS, 1990, p. 221)

Para isso, é importante distinguir que os tipos de violência, por apresentarem natureza distintas, têm cada um, seus próprios fatos geradores, manifestações e conseqüências diversas (Mello Jorge, 1982, p. 19).

No entanto, de todas as formas de violência, a violência física é a forma mais evidente de privação. Frequentemente se manifesta em lesões aparentes e é contributiva de invalidez e morte. É a morte, pois, a expressão mais visível da violência. E, a morte violenta é algo inesperado e, quase sempre, prematuro.

Prematuro porque interrompe a trajetória vital, e isto quase sempre de modo não desejado e não planejado. Prematuro, porque todos têm direito a “morte natural”, isto é, a morte que deve sobrevir em seres medicamente acompanhados, saudáveis e de idade avançada (Illich, 1975, p.160). Sendo pois prematuro, “rouba” do indivíduo e da sociedade toda a sua possibilidade de “vir a ser”. Não permite nem que o indivíduo se prepare para a morte, nem que a sociedade se prepare para a sua perda. Dessa forma, todos seus projetos individuais e/ou coletivos são bruscamente interrompidos, provocando profundos reflexos naqueles para os quais ou com os quais tais projetos se concretizariam. Uma morte prematura é como uma narrativa sem epílogo; ela rouba do indivíduo o direito de encerrá-la e sua “obra” fica inacabada, como diz Prado (1995) ao refletir acerca do sentido da morte violenta.

Assim, também, pensa Paula (1991, p.146-147) quando afirma que “a morte nas idades mais jovens tem sempre um certo caráter de ‘injustiça’: morrer velho é uma espécie de direito; no mínimo uma esperança. Por outro lado, embora a trajetória individual termine, inapelavelmente, na morte, esta, se vista enquanto fenômeno social, é tida como um fracasso da sociedade em manter vivos seus componentes, ou, de modo mais atenuado, em adiar seu fim. Nesse sentido, a redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas e parasitárias é uma vitória, que só completa quando a morte advém na velhice, por doença degenerativa”.

Certamente, a qualidade de vida a que cada grupo sócio-econômico está exposto é distinto e, portanto, é igualmente diferente sua exposição a processos de risco que determinam o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos e potencializadores da saúde e da vida (Granda, Breilh, 1989, p. 40).

As transformações da organização e estruturação social, especialmente a forte e rápida urbanização, vem introduzindo uma nova forma de violência, até pouco tempo de baixo impacto ou inexpressiva : a violência no trânsito. Como afirma Paula (1991, p. 146) em seu estudo sobre causas de mortalidade no Brasil : “as mortes por causas externas estão diretamente condicionadas pelos caminhos que segue a sociedade em sua transformação econômica, social e cultural. Onde dominem os automóveis, as mortes por acidente de trânsito têm um peso importante. [...] o número de veículos não é o único fator a influenciar. A infra-estrutura urbana e rodoviária, o padrão de legislação e os códigos culturais da sociedade são elementos que não podem deixar de ser vistos.”

Reconhecida e estampada diariamente nas capas de jornais e revistas, ou como matéria de rádio, televisão ou até como temas de filmes e novelas, o fenômeno da violência no trânsito está sendo apresentado como algo trivial, que parece não mais causar indignação. Assistimos, imóveis, milhares de pessoas mutiladas ou mortas, mas nada fazemos - não reagimos. Faz parte do nosso cotidiano conviver com esse fenômeno.

Exemplos de reportagens em veículos de comunicação de massa são muitos, tanto de circulação estadual quanto nacional. Em março de 1997, uma

reportagem em um desses veículos⁹ alertava sobre a importância dos acidentes de trânsito no Estado de Santa Catarina, afirmando que os acidentes no Estado matam mais entre a população de 15 a 29 anos do que no resto do país. Continua chamando a atenção dizendo que estes dados assustam já que Santa Catarina, freqüentemente, está bem colocada nas estatísticas de qualidade de vida no país.

Como afirma Odalia (1989, p.58) “a televisão, o rádio, o cinema, o jornal são elementos do cotidiano. Sua presença constante, a intimidade que sugerem, leva-nos a consumir suas verdades como se fossem nossas, despojando-nos de poder de crítica e habitua-nos à passividade.”

E mais, uma importante consequência da ação da mídia é contribuir para tornar a violência irreal, banalizando as imagens. As imagens da violência mostradas pela mídia contribuem para torná-la mais normal, menos terrível do que ela é, levando a banalização induzida pela repetição. (Michaud, 1989)

Notícias de número de mortos e feridos em ocorrências de trânsito pelas estradas e vias urbanas no País como estas :

“Feriadão de Páscoa contabiliza 11 mortes - Todos os acidentes com vítimas fatais aconteceram nas rodovias federais de Santa Catarina”¹⁰

“Atropelamentos crescem até 33% em apenas um ano”¹¹

já não chamam a atenção. Esperar pela contabilização desse número ao final de feriados e finais de semana já se tornou corriqueiro.

⁹ ROSA, Rosalva Nunes da. SC é campeã de mortes de jovens no trânsito. *Diário Catarinense*, Florianópolis, 9 mar. 1997.

¹⁰ FERIADÃO de Páscoa contabiliza 11 mortes. *Diário Catarinense*, Florianópolis, 31 mar. 1997.

Outra característica da violência no trânsito diz respeito a sua distribuição na população. Ela promove uma visível desigualdade: socializa os riscos, pois todos, independentemente de condições sócio-econômicas estão expostos a ela e, por outro lado, impõem a diferença quando do acesso aos serviços de assistência, especialmente os de maior complexidade, a nível de recuperação de seqüelas. Ou seja, todos estão sujeitos a sofrer uma violência no trânsito pelo simples fato de usarem os caminhos disponíveis, quer seja como condutores de veículos motorizados, quer seja como pedestres. No entanto, sofrida uma violência, nem todos tem o mesmo acesso aos serviços de pronto-atendimento, tratamento e de reabilitação.

Portanto, ao mesmo tempo em que a violência no trânsito generaliza a exposição ao risco de sofrê-la, percebe-se um grau de fatalidade e passividade da sociedade com ela, embora possa ser muito mais facilmente prevenida, com imediatos resultados, do que a violência da criminalidade, por exemplo.

Como afirmam Souza e Minayo (1995, p. 115), “a maioria dos eventos violentos e dos traumatismos, não são acidentais, não são fatalidade, não são falta de sorte: podem ser enfrentados, prevenidos e evitados”.

E, ao reconhecermos que a violência no trânsito incide sobre o indivíduo, subtraindo-lhe o direito à vida com plenitude e impondo pesados tributos à sociedade, tanto no que diz respeito a assistência à saúde quanto a reintegração ao trabalho e a qualidade de vida, não podemos aceitar o imobilismo frente a essa problemática. Precisamos sim, uma aproximação que nos permita reconhecê-lo com maior clareza e, a partir daí, delinear e propor medidas para seu enfrentamento e superação.

¹¹ SCARDUELLI, Paulo. Atropelamentos crescem 33% em apenas um ano. *Diário Catarinense*, Florianópolis, 13 abr. 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, Saúl Franco. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **Bol. Epidemiológico de la OPS**, n. 11, p. 01-07.
- ANDERY, Maria Amália et all. **Para compreender a ciência - uma perspectiva histórica**. 5a. ed. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo, 1994.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **Temas de filosofia**. São Paulo: Moderna, 1992.
- ARENDT, Hannah. **Sobre a violência**. (trad. André Duarte). Rio de Janeiro: Relumbre-Dumaré, 1994, 114 p.
- BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido desmancha no ar - a aventura da modernidade**. São Paulo: Schwarcz, 1987, 360 p.
- BRUGGER, Walter. **Dicionário de filosofia**. (trad. Antonio Pinto de Carvalho). São Paulo : E.P.U., 1987, 439 p.
- CAPONI, Sandra N. C. Limites y prioridades éticas de la asistencia de urgencia. Seminário Internacional de Filosofia - A saúde como desafio ético. Florianópolis. **Anais**, 1995.
- FERIADÃO de Páscoa contabiliza 11 mortes. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 31 mar. 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- GRANDA, Edmundo., BREILH, Jaime. *Saúde na sociedade*. São Paulo : Abrasco/Cortez, 1989.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde - nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.
- MAFFESOLI, Michel. **Dinâmica da violência**. São Paulo, Vértice, 1987.
- MELLO JORGE, Maria Helena P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. IV - A situação em 1980. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 16, p. 19-41, 1982.
- MICHAUD, Yves. **A violência**. São Paulo: Ática, 1989.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supl.1), p. 07 - 08, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. In: SPÍNDOLA, Aracy Witt de Pinho et al (coord.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

- MORAIS, R. *O que é violência urbana*. São Paulo : Brasiliense, 1990.
- NEVES, Batista. **Vocabulário prático de terminologia jurídica e brocados latinos**. Rio de Janeiro: APM, 1986.
- ODALIA, Nilo. **O que é violência**. São Paulo. Novo Cultural, Brasiliense, 1985.
- OPAS. *Las condiciones de salud en las Americas*. Washington, D.C. 1990. Publicación científica 524, p.119-223.
- PAULA, Sergio Goes de. **Morrendo à toa - causas da mortalidade no Brasil**. São Paulo: Ática, 1991. 160 p.
- PRADO, Marta Lenise do. Morte violenta - uma narrativa sem epílogo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, julho/dezembro, 1995.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Pós-modernidade - o vitalismo no "Chaos". **Plural**, v. 3, n. 4, p. 5 - 12, jan./jul., 1993.
- ROSA, Rosalva Nunes da. SC é campeã de mortes de jovens no trânsito. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 9 mar.,1997.
- ROUX, Gustavo Ignácio de. Ciudad y violencia en America Latina. Santafé de Bogotá **Cuadernos de salud y desarrollo.**, n. 2, ago., 1994.
- SCARDUELLI, Paulo. Atropelamentos crescem 33% em apenas um ano. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 13 abr. 1997.
- SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência velada e revelada - estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 1, jan./jun., 1993, p. 93-99.
- SOUZA, Edinilsa Ramos de, MINAYO, Maria Cecília de Souza. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In : MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Os muitos Brasis - saúde e população na década de 80**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ Abrasco, 1995, p. 87 - 115.
- SUSSEKIND, Elizabeth. A manipulação política da criminalidade. **Ciência Hoje**. v. 5, n. 28, jan./fev., 1987.(encarte especial)
- VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970

VIOLÊNCIA E PODER : VERSO E ANVERSO DA MESMA MOEDA

“...Agir é a resposta humana para a condição da natalidade. Posto que todos adentramos o mundo em virtude do nascimento, como recém-chegados e iniciadores, somos aptos a iniciar algo novo; sem o fato do nascimento jamais saberíamos o que é a novidade, e toda ação seria ou mero comportamento ou preservação” (Arendt, 1994, p. 59)

A temática da violência não constitui, propriamente, algo de novo. Disseminada no cotidiano das pessoas, tem gerado polêmica, posturas e entendimentos diferenciados, sendo tema de diversos estudos nas mais diversificadas formas de abordagem.

Tendo em vista o impacto do fenômeno da violência, muitos autores tem abordado teoricamente as transformações sociais, buscando interpretar essa realidade. Para Minayo (1989), entretanto, nenhum dos autores se propôs abranger um conceito de violência capaz de dar conta ao mesmo tempo da totalidade e da especificidade requerida, do coletivo e do individual, do social e do biológico.

A violência é um fenômeno social que se concretiza nas relações sociais de modo específico, através de sujeitos e, em sociedades determinadas. Esse fenômeno se torna complexo e diversificado na medida em que a própria sociedade se dinamiza, tornando-se complexa e diversificada.

A violência é um fenômeno social e histórico e estudá-la significa, compreender a rede de relações e práticas sociais, a estrutura e dinâmica da formação sócio-econômicas na qual essas relações são intermediadas, os sujeitos sociais que reproduzem e transformam essa sociedade e essa violência.

Também reconhecemos que os atos violentos se concretizam das mais diversas formas, determinando que a abordagem teórico-metodológica para a aproximação ao fenômeno não deve ser feita apenas a partir desta ou daquela abordagem. Tal aproximação deve pressupor diferentes enfoques, de maneira a permitir um maior e melhor reconhecimento do fenômeno. Ou seja, a pluralidade metodológica pode ser o recurso adequado para a maior apreensão do fenômeno.

Concordamos com Minayo (1992, p. 257) quando diz que “a abordagem da violência exige uma visão interdisciplinar que integre uma análise social, econômica, política e cultural com os aspectos médicos, legais e epidemiológicos e com estudos de caráter psico-analítico”.

O problema da violência não é do domínio desta ou daquela área do saber; não é uma questão da sociologia, da filosofia ou da epidemiologia. É uma questão da sociedade e, por conseguinte, para compreendê-la faz-se necessário suporte técnico multidisciplinar.

Ademais,

“La complejidad de la violencia no debe ser pretexto para la passividad frente a ella. No se trata de una fatalidad más con la que hay que aprender a convivir, sino de una realidad social historicamente transformable y controlable que, si bien trasciende los límites de cada sector aisladamente considerado, requiere esfuerzos a todos los niveles y en varios campos. El de la salud, entre ellos, debe participar significativamente en la reversión del cuadro descrito y del no descrito pero cada vez mejor conocido mediante registros, denuncias e investigaciones en diferentes países del maltrato a los niños y de las violencias cotidianas contra la mujer, contra los ancianos o contra los trabajadores. Trabajo interdisciplinario, investigaciones específicas y rigurosas, cambios actitudinales individuales e institucionales desde los niveles locales hasta los nacionales e internacionales, redefinición de políticas, asignación de recursos, reorganización de servicios, acciones inster institucionales y la correspondiente priorización del tema, son algunas de las acciones que inmediatamente debe emprender el sector como su contribución a la conciencia y la respuesta social ante esta desafiante realidad de la violencia hoy en toda América.”
(OPAS, 1990, p.226)

Nessa perspectiva, a colocação científica do problema da mortalidade requer um rigoroso processo de delimitação que não desarticule a mortalidade, como objeto do estudo, dos processos gerais da sociedade, ao mesmo tempo, permitindo reconhecer seus aspectos específicos e situar suas expressões individuais (Granda, Breilh, 1989).

Dessa forma, a abordagem teórico-metodológica do fenômeno da violência, preferencialmente, não deve ser feita a partir de teorias unicasais e lineares, ou de enfoques que contrapõem os espaços (campo\cidade), ou os níveis de desenvolvimento das sociedades (pobres\ricos), ou ainda, a partir de valores ético-morais (bem\mal), sob pena de não se obter uma aproximação da complexa rede causal da violência, bem como de sua repercussão sobre a sociedade (Minayo, 1989).

Como afirma Minayo (1994) “a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades. Exige, também, que as pesquisas científicas

forneçam informações essenciais para a implementação de políticas, estratégias de prevenção e métodos capazes de criar dados fidedignos, e avaliação da efetividade das ações.”(p.14)

A natureza desigual e multifacetada da violência e seus determinantes justifica o emprego de um pluralismo metodológico, ou seja, a combinação de diferentes “estratégias” de pesquisa. Um pluralismo metodológico que permita aplicar técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e análise dos dados, com vistas a simultaneidade do aprofundamento e da generalização, como diz Almeida Filho (1989). Até porquê, “sabemos que os objetos reais não são redutíveis aos limites do pesquisador e do seu método, nem se subordinam com facilidade às regras da metodologia”(Almeida Filho, 1989, p.93).

É com esta concepção que este estudo é delineado, combinando técnicas quantitativas para a coleta dos dados e quanti-qualitativa para análise do fenômeno em estudo. Para a quantificação do fenômeno são utilizados componentes do método epidemiológico, visando demonstrar a realidade na sua expressão numérica, reconhecendo os caracteres epidemiológicos e visualizando os achados, por meio de frequências absolutas e relativas. A reflexão sobre a realidade sugerida pelos dados é feita à luz do marco conceitual construído especialmente para esse estudo.

Para tanto elegeu-se uma das manifestações da violência e alguns aspectos de suas relações no contexto do processo saúde-doença, a partir da percepção sobre o vivido, refletido pelo perfil de morbi-mortalidade, associado as ocorrências de trânsito.

Apresentar subsídios sobre a questão conceitual da violência à luz da sua morbi-mortalidade é dizer não a violência, é lutar pela saúde e pela vida.

Também declarar a necessidade de revisão político-conceitual se queremos pelo menos provocar impacto sobre a realidade, na perspectiva de mudança nos aspectos que forem mais necessários à sociedade.

2.1 – Os objetivos do estudo:

Este estudo foi delineado para

2.1.1 **Objetivo geral:** Aprender subsídios sobre a questão da violência associada a ocorrências de trânsito, buscando referências sobre o conceito da violência no trânsito, bem como indícios do reconhecimento da inter-relação com a saúde e os serviços de saúde.

2.1.2 Objetivos Específicos :

- a) Demonstrar a inter-relação da violência com a saúde, evidenciada pelas ocorrências de trânsito;
- b) Quantificar as ocorrências de trânsito na Região Metropolitana de Florianópolis/ SC, descrevendo-as com relação à idade, sexo, local e horário das ocorrências;
- d) Contribuir para a definição de pontos de risco para morrer, por ocorrência de trânsito;
- e) Demonstrar as evidências da violência associada as ocorrências de morte violenta, à luz do registrado no Instituto Médico Legal.

Os objetivos assim definidos se constituem na busca da autora em contribuir para o avanço teórico-metodológico do tema; desvelando-o para que sua apreensão favoreça seu enfrentamento, em todos os níveis da organização social, subsidiando o resgate da responsabilidade e o redimensionamento das práticas sociais em saúde, dentre as quais a Enfermagem.

2.2 Os procedimentos metodológicos do estudo

O delineamento de toda investigação tem, como etapas gerais, a decisão sobre o objeto (de estudo); a constituição de um referencial teórico; a construção de hipóteses com seu conteúdo preditivo; a elaboração de um plano de observações dos processos que foram delimitados no objeto de investigação; o delineamento dos procedimentos de análise dos resultados da observação. Ainda, incluem-se a definição do valor prático social que se deseja dar à pesquisa, levando-se em conta a contribuição do “novo” conhecimento na transformação do objeto da investigação (Breilh, 1991)

Para pensar sobre a violência e a saúde muitos são os caminhos possíveis. Como fenômeno que interfere no processo saúde-doença, a violência constitui uma expressão particular do processo geral da vida social (Breilh, 1991).

A saúde-doença como processo coletivo particular de uma sociedade, tem elementos gerais, particulares e individuais. A violência, na sua inter-relação com o processo saúde-doença também, deve ser assim pensado e sua apreensão requer a compreensão de que o “problema surge [...] com um

concreto de representações e percepções, todavia carregado de subjetividade e determinado por uma sistematização do empírico...”(Breilh, 1991, p. 191).

Propor um problema implica em tomar decisões teóricas de delimitação, afirma Breilh (1991). Por isso, a compreensão de que é preciso reconhecer o fenômeno na população do estudo foi o primeiro critério norteador da opção feita. Penso que é possível explorar um fenômeno quando o conheço/reconheço como tal; reconhecê-lo como objeto do estudo, buscando a compreensão de como e de que maneira saúde e violência se inter-relacionam.

O primeiro desafio foi identificar sobre qual violência lançar esse olhar, pois, como afirma Almeida F^o (1989) “...os objetos reais não são redutíveis aos limites do pesquisador e do seu método, nem se subordinam com facilidade às regras da metodologia” (p. 93). Por isso, se faz necessário definir a partir da compreensão conceitual da violência, qual o recorte a ser feito.

Pensei, inicialmente, nas mulheres. Afinal somos maioria no mundo e com destaque na Enfermagem, embora consideradas minoria. Fiz uma consulta preliminar sobre o tema e percebi que em geral as mulheres vítimas de violência raramente chegam ao serviço de saúde, assim como, raramente chegam ao serviço policial - medo da repressão doméstica, vergonha entre outros. Observei que quando a mulher chega ao serviço assistencial por uma causa violenta a grande maioria é relacionada a ocorrências de trânsito. Seriam as mulheres as maiores vítimas dessas ocorrências ? Qual a faixa etária mais atingida? Qual a frequência de tais ocorrências?

Foi, então, que decidi trabalhar com as ocorrências de trânsito, buscando conhecer o seu impacto do ponto de vista coletivo, já que consiste em um fenômeno generalizado, típico do processo de urbanização, que

diariamente interfere na vida de um grande contingente de pessoas, de forma inesperada e súbita. E pouco reconhecido, quer seja do ponto de vista de sua repercussão coletiva, quer seja do ponto de vista individual (aqui, necessariamente, incluídas as mulheres).

Qual a frequência das ocorrências de trânsito na região? Como se distribuem geograficamente estas ocorrências? Qual tipo de ocorrência é responsável pelo maior número de mortes violentas na região do estudo ?

Reconheço que não é só na morte que a violência se manifesta, que pode ou não ocorrer num serviço de assistência (haja vista as mortes imediatas) e que existem seqüelas daí decorrentes que são, em geral, desconhecidas da sociedade e dos profissionais de saúde. Mas a morte é, sem dúvida, a sua mais visível expressão.

A par de tudo isso, a aproximação ao cotidiano do atendimento à ocorrências de trânsito, a partir de trabalhos acadêmicos de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, como professora orientadora, consistiu em mais um forte motivador do tema em questão.

Refiro-me aos trabalhos de Conclusão de Curso de alguns alunos desenvolvidos junto ao Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros. Foram experiências desenvolvidas (1994- 1996) durante os semestres letivos, dois sob minha orientação, os quais estão documentados nos relatórios finais de cada grupo¹².

¹² ERDTMANN, Bernadete, MOCELIN, Daniela de Oliveira, OLIVEIRA, Tony Pedro. **Atuação do Enfermeiro junto ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH) : uma experiência de acadêmicos de enfermagem da UFSC.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1994.

COSTA, Carla Regina, GOULART, Maria Cristina, ALBUQUERQUE, Rejane Maria de Assis, MORAES, Salete Duarte. **Assistência de Enfermagem no atendimento pré-hospitalar emergencial.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. UFSC, 1995.

Em geral, estes trabalhos tiveram como objetivo aproximar-se de uma realidade diferenciada, através do desenvolvimento de um projeto de assistência de Enfermagem, na 8ª. Fase do Curso de Graduação. A aproximação com esse campo permitiu um reconhecimento pontual do impacto de tais ocorrências e suas repercussões sobre o indivíduo e a sociedade, apontando para a necessidade de uma atuação mais sistematizada e regular, especialmente no tocante a prevenção dessas ocorrências.

2.2.1 A violência da arbitrariedade - do discurso à vivência na pesquisa

Ao propor trabalhar com um tema polêmico e declaradamente importante e de domínio público, do ponto de vista da necessidade de reconhecimento para a sociedade e, em especial, aos profissionais de saúde, haja vista o impacto da violência sobre esses, não pensava na possibilidade do próprio estudo ser alvo de violência: a violência da arbitrariedade.

Para que o leitor possa compreender do que falo, é necessário explicar. A proposta inicial desse estudo, no seu Projeto apresentado como parte dos Exames de Qualificação requeridos no Curso de Pós-Graduação, pretendia ir além da mortalidade, desconhecida de forma mais sistematizada por certo, buscando atingir a morbidade, em especial as seqüelas das ocorrências de trânsito para o indivíduo e a família.

KAISER, Claudete Patrícia, PELISSARI, Deise Paganela, BERNARDI, Kiciosan da Silva, BENEDIX, Marlise. **Vivenciando momentos de estresse: uma experiência de assistência de enfermagem junto ao indivíduo e família em situações de emergência.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1995.

SOUZA, Cristiani de , MULLER, Vanessa Correa. **Acompanhando o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Comando do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina - prestando assistência de enfermagem mediata.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1996.

Para atingir tal objetivo o estudo foi delineado, do ponto de vista metodológico, no que tange a fonte de dados para consulta aos Prontuários dos Pacientes, nas instituições hospitalares para as quais são encaminhadas as vítimas, pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros.

O delineamento inicial do estudo pretendia compor o cenário para análise a partir de uma amostra de todas as vítimas de ocorrências de trânsito, atendidas pelo serviço Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 1994. Os dados obtidos a partir do Sistema de Informação de Apoio da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina, permitiriam a identificação das vítimas, quanto ao sexo, idade, tipo de lesão e instituição de saúde encaminhadas, quando fosse o caso. A seguir buscar-se-ia as informações sobre o atendimento hospitalar, relativo as intercorrências associadas, no Serviço de Saúde para o qual a vítima da ocorrência de trânsito havia sido encaminhada, e, também, acerca do desfecho da mesma. Se óbito, atestado de óbito (causas secundárias); se alta, condições da alta (possíveis seqüelas, ou condições clínicas); se transferência, condições e motivo do procedimento. Paralelamente a isso, mapear as instituições de saúde que prestam atendimento às vítimas de acidente de trânsito; como se distribuem em relação aos principais locais de ocorrências de acidentes e para que tipo de ocorrência, prioritariamente, estão preparados para atendimento.

O início da coleta de dados em campo reservou, no entanto, uma surpresa. Foi apresentado o Projeto do Estudo à Comissão de Ética das instituições envolvidas acompanhado das informações de tratar-se de um estudo de doutoramento e cercado de todos os cuidados ético-legais. Das três instituições de saúde envolvidas, uma delas negou o acesso aos prontuários dos

pacientes. O parecer da Comissão de Ética foi de não atender ao solicitado., sob a alegação de tratar-se de documento médico, e somente esse profissional, por conseguinte, poderia ter acesso ao mesmo. Esta Instituição é responsável pela maioria dos atendimentos emergenciais na região (cerca de 60%), bem como, para ela são encaminhados quase a totalidade dos casos com comprometimento neurológico. Não incluir no estudo os dados relativos a essas ocorrências comprometeria os resultados, uma vez que estariam excluídos os casos de maior gravidade. Tal fato determinou um redirecionamento de estudo, limitando-o aos dados relativos ao momento da ocorrência (dados do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros) e das mortes (dados do Instituto Médico Legal) (Ver Anexo 1).

Quanta violência! Não contra a pessoa da pesquisadora, mas sim contra a sociedade. Impedir o acesso à informações que podem contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e, por conseguinte, uma melhor adequação de políticas públicas e melhoria da assistência à saúde, com argumento de tamanha fragilidade, é um ato de violência. Desta feita, uma violência que pode até passar no conjunto das “sutis”, mas que deixam marcas ao conhecimento.

Um ato de violência muito semelhante aqueles praticados na Idade Média, quando o conhecimento era privilégio de alguns e instrumento de dominação e manutenção do “status quo”. Era chamada das trevas, onde o conhecimento sofreu uma reconhecida estagnação, exatamente por considerar que o mesmo só se destinava a alguns.

O monopólio do saber permitiu o controle da produção e da vinculação do conhecimento pela Igreja. Tanto o desenvolvimento técnico quanto o desenvolvimento científico praticamente inexistiram entre os séculos V e X, na Europa Medieval Ocidental. (Andery, 1994)

É preciso reconhecer que a pesquisa científica é tarefa da comunidade científica, não podendo existir em um vácuo social e o desenvolvimento científico deve ser considerado como um aspecto do desenvolvimento integral da sociedade humana. Cabe a nós estimular ou inibir o desenvolvimento científico. “Como qualquer outra atividade social, a pesquisa científica é conduzida por certas condições biológicas, econômicas, culturais e políticas mínimas, que variam relativamente pouco de uma sociedade para outra” (Bunge, 1980, p. 49) Entre tais condições está o livre acesso à informação.

“Uma forma de impedir ou retardar o avanço científico consiste em restringir drasticamente as liberdades públicas, a começar pelas liberdades de pesquisa, de informação, de crítica.... Sem haver liberdade de informação não pode haver informação atualizada, especialmente informação referente a novos enfoques, novos problemas e novos métodos” (Bunge, 1980, p. 128).

Assim, a negativa de acesso ao prontuário, deveria ser seguida, por dever, pela disponibilização dos dados de interesse da pesquisa (e, por conseguinte da comunidade científica e da sociedade em geral), até por tratar-se de uma instituição pública, do Estado.

Dias (1977) reforça essa compreensão, quando evoca as instruções da OPAS¹³ afirmando que “todas as pessoas, naturais ou jurídicas, públicas ou privadas, devem fornecer os dados que lhe forem solicitados, no interesse das estatísticas vitais, administração e avaliação de recursos de saúde”(p. 106).¹⁴

Se os prejuízos do cerceamento à informação fossem insuficientes para denotar a violência de tal ato para o conhecimento e para a sociedade, do ponto

¹³ Dias se refere as instruções elaboradas pela OPAS - Organização Pan-americana de Saúde relativas aos conteúdos necessários na composição de um código sanitário.

¹⁴ Esse entendimento, também, é encontrado na parte introdutória e ao longo de toda a regulamentação da Lei 6.320, de 20 de dezembro de 1983, o Código Sanitário de Santa Catarina, que trata das questões pertinentes ao presente tema.

de vista coletivo, poderíamos, ainda, recorrer a questão moral, do ponto de vista individual.

Tal atitude não tem amparo ético, já que o Prontuário é um documento de domínio público e, portanto, do paciente, a quem deve ser assegurado acesso amplo e irrestrito. Não é de propriedade do médico, do hospital ou da equipe da saúde.

Ademais, a autonomia, um dos princípios da bioética, considera o indivíduo um agente responsável e, como tal, por respeito a sua dignidade, a pessoa decida, em princípio, aquilo que lhe diz respeito. Como afirma Lepargneur (1996, p. 140) “a autonomia da pessoa é [...] uma atribuição que qualifica o poder de decisão do indivíduo, em relação àquilo que ele considera como seu bem”.

A autonomia rege as relações dos seres humanos (aí incluída a relação profissionais de saúde/cliente), de modo a evitar o constrangimento de todo tipo de violência, pela sua qualidade de autônoma, a vontade individual, devidamente informada pelos sentidos e por todos os meios de comunicação ao seu alcance, é solicitada, antes da ação ou omissão, a uma reflexão que implica a hierarquização de seus valores vivenciais consentidos (Lepargneur, 1996).

“A autonomia é antes a qualidade que enobrece uma decisão que se imprime no itinerário da pessoa, no instante presente em que se situa, em direção ao futuro [...]” (Lepargneur, 1996. p. 140-141).

O princípio de autonomia se coloca em contraposição ao paternalismo que dominou a deontologia médica desde Hipócrates até nossos dias, valorizando indivíduo-cliente, que até então era muito passivo, mudo e dócil, por isso *paciente*.

O exercício pleno deste princípio, coloca para o profissional de saúde e o cliente uma condição prévia: o grau de esclarecimento e informação de que dispõe. Isto implica o acesso a informações que lhe dizem respeito, disponibilizadas quer seja nos registros dos serviços de saúde, quer seja no contato direto com os profissionais.

E, não apenas do ponto de vista ético está resguardado o direito de acesso a informação, mas também, do ponto de vista legal. A Constituição Brasileira, ao tratar dos direitos e garantias individuais, declara, em seu Cap. I, Art. 5o., item XIV ; *“é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”*

2.2.2 A epidemiologia como recurso para a quantificação do fenômeno

A epidemiologia, e o método epidemiológico, tem sido, em termos de aplicação para assistência e pesquisa, um suporte com a perspectiva de quantificação. Entretanto, é necessário melhor compreendê-lo para então perceber que a epidemiologia não se restringe apenas a quantificação.

A epidemiologia, na citação de Souza, Prado (1993, p. 96 -97), que compilam diversos autores, reúne, classifica e sistematiza conhecimentos com os objetivos de: “diagnosticar a presença e determinar a magnitude, natureza e importância relativa aos agravos em uma população; e, estimar os riscos que as pessoas têm, sob certas condições, de adoecer, assim como estimar as probabilidades de morte e esperança de vida”

Como método para adquirir novos conhecimentos, a epidemiologia tem as finalidades de:

“- identificar os componentes dos mecanismos causais da doença e investigar as associações existentes com as condições do ambiente em que vivem as pessoas, buscando apreender a história natural da doença para fins de prevenção;

- ajudar a completar o quadro clínico de uma doença (história natural e social da doença) ou esclarecer síndromes clínicas de diferentes etiologias;

- diagnosticar as fases pré-clínicas, sub-clínicas e incipientes das doenças, através de exames em massas de grande parcela da população;

- avaliar o efeito ou impacto de certas medidas terapêuticas, ou seja, avaliar o efeito de novas drogas ou o impacto de novos procedimentos;

- estudar outros processos da biologia humana que não redundam em doença, como por exemplo o crescimento pré e pós-natal, a gravidez múltipla, etc...

- capacitação para leitura crítica sobre a literatura da área;

- auxiliar o esclarecimento de síndromes clínicas novas” (Souza, Prado, 1993, p. 96 -97).

E, ainda, como instrumento de predição, a Epidemiologia contribui para

:

“- realizar estudos históricos sobre a saúde de uma comunidade, relacionando as tendências anteriores com as atuais flutuações no tempo;

- resolver problemas administrativos relacionados com a efetividade dos programas de prevenção ou controle e o rendimento dos serviços de saúde em geral; e,

- orientar os administradores na previsão e provisão de recursos destinados à prevenção da ocorrência de problemas ou sua evolução” (Souza, Prado, 1993, p. 96 -97).

Há muito vem sendo discutida a importância da epidemiologia como instrumento para compreender o processo saúde e doença no contexto

individual e coletivo; sua aplicação para o processo de planejamento em saúde, para a administração dos serviços de saúde e também para definição ou validação de políticas públicas.

Como afirma Dever (1988, p.385), a epidemiologia é uma necessidade para a moderna administração dos serviços de saúde, quer seja como instrumento para melhor adequar a crônica escassez de recursos às necessidades da população e como uma estrutura para a compreensão e conceitualização mais global da saúde, quer seja como um guia para o desenvolvimento e prestação de serviços universalizados. “A utilização da epidemiologia como instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação da política social em saúde tem sido amplamente recomendada...”(Possas, 1989, p.221).

A par da concepção de MacMahon, Pugh (1975) que o propósito principal da epidemiologia é a busca de associações causais entre doença e fatores de exposição ambiental”, alguns autores tem admitido que a investigação epidemiológica consiste no estudo da determinação do processo saúde-doença, buscando o enfoque social da epidemiologia, ou seja, um novo enfoque do método epidemiológico (Almeida F^o, 1979; Granda, Breilh, 1989).

O enfoque descritivo, tal como tem sido desenvolvido em algumas investigações, tem permitido apenas quantificar aproximadamente o problema investigado, enunciando alguns fatores que, segundo a opinião dos investigadores, se relacionam com o risco.

Sob a concepção descritiva (empírico-indutiva) da epidemiologia, tem-se colocado, freqüentemente, o problema da mortalidade a partir da observação empírica de um número de casos, nos quais se busca a identificação de

diferentes fatores denominados causais. Estabelecendo a frequência com que aparecem tais elementos causais, busca-se medir seu peso no aparecimento do problema, estabelecendo uma lista de fatores, desprovidos, entretanto, de uma visão mais geral que explique a origem e as relações desses fatores (Granda, Breilh, 1989).

Nesse entendimento, o trabalho da investigação epidemiológica precisa colocar os problemas sem desconectar os processos aparentes de suas determinações mais gerais, isto é, sem despojar os fenômenos biológicos de sua dimensão social. Isto seria o que Granda, Breilh (1989, p. 37) denominam de a “passagem do concreto descritivo ao concreto racional na investigação”.

As reflexões sobre as perspectivas atuais do método epidemiológico remetem para o reconhecimento de que a este cabe cobrir o espaço da aplicação da disciplina. Assim, a natureza desigual e multifacetada do objeto epidemiológico e seu determinante justificará o emprego de um “pluralismo metodológico”, com igual domínio de “técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e análise de dados, buscando a simultaneidade do aprofundamento e da generalização; [...] dessa maneira [...] será dado acesso ao objeto privilegiado de sua ciência, constituído de modo tão particular. (Almeida F^o, 1989, p.38).

Como afirma Possas (1989, p.179), “o verdadeiro desafio reside na possibilidade de resgatar a epidemiologia dita social como ciência capaz de integrar os avanços do conhecimento biológico numa nova perspectiva de abordagem social, conferindo-lhe a fundamentação e o instrumental mais adequado ao exercício de sua vocação crítica”.

O emprego do pluralismo metodológico requer a possibilidade de conciliação do postulado da objetividade dos métodos quantitativos com a

subjetividade proposta pelos métodos qualitativos, compreendendo que diferentes formas de ver o mundo fazem parte da realidade concreta e refletem a própria diversidade que compõe a realidade. Isto, como possibilidade de desvelar diferentes formas com que a realidade se apresenta, se mostra ou é capaz de ser apreendida (Prado, 1993). Como nos diz Almeida F^o (1989, p.97) “... a realidade [...] coloca fenômenos que só podem ser entendidos através de miradas diferentes”.

Nesse sentido, faz-se necessário rever as relações entre os dois discursos para se apreender possíveis ressonâncias ou intercâmbios fecundantes em favor do conhecimento da realidade humana, encarada na dinâmica de seu agir histórico, na trama concreta das relações que se estabelecem entre indivíduos concretos, o que, no entanto, não significa uma convivência pacífica entre os dois discursos, uma vez que são conflitantes (Zuben, 1989).

Não significa privilegiar um em detrimento do outro, mas reconhecer que ambos os métodos podem contribuir para o avanço do conhecimento, numa convivência desafiante no sentido de cada vez mais o homem se aproximar da realidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de sua vida. (Prado, 1993)

Torna-se necessário, portanto, um esforço para a construção de referenciais capazes de contribuir para o avanço teórico- metodológico do tema. É essencial uma formulação consistente da causalidade social em epidemiologia com o correspondente desenvolvimento de instrumental de análise capaz de dar conta dos determinantes específicos da configuração epidemiológica na heterogeneidade estrutural. Isto porquê, “o método de qualquer disciplina científica inclui um modo de raciocinar, um conjunto de

estratégias de investigação e um repertório de técnicas de análise adequadas ao objeto proposto” (Almeida Fo., 1989, p.19).

Isto, entretanto, não prescinde de um necessário pluralismo teórico-metodológico, mas sim, reconhece “a importância de diferentes contribuições teóricas - desde as formas pelas quais se aproximam do real até os aspectos que tomam para o conhecimento - na interpretação de um objeto que tem entre suas principais características a **situação de fronteira** entre campos diversos de saber” (Ayres, 1995, p. 33-34).

O instrumental epidemiológico, associado a uma análise estrutural, contribui para evitar a desvinculação entre o planejamento, organização e atuação dos serviços de saúde e as demandas da sociedade em geral e do indivíduo em particular. Isso permite uma racionalização dos recursos disponíveis e uma atenção com maior segurança e eficácia, valorizando a vida e a integridade do ser humano, tanto do ponto de vista da sociedade em geral, como dos profissionais de saúde, em particular.

Para a Enfermagem, mais propriamente, a execução de pesquisas com tal enfoque subsidia a proposição de modelos assistenciais, referidos na prática cotidiana e capazes de atender adequadamente aos grupos e indivíduos assistidos. A adequação de modelos assistenciais assim inseridos e com competência crítico-criativa, porque consubstanciados na concretude das realidades vividas, podem contribuir para a consolidação de um trabalho diferenciado que, em última análise, se traduz em melhoria da qualidade assistencial da Enfermagem.

Dentre os muitos usos da epidemiologia, como já exposto, neste estudo ela fornece o alicerce concreto para a reflexão teórica proposta. Vale dizer que

a partir da realidade constatada, e, a conseqüente identificação do impacto da violência na população do estudo, poder-se-á definir parâmetros de análise que permitam apontar caminhos e mecanismos para a sua superação e a compreensão de como e de que modo se entrelaçam saúde e violência.

Com base no concreto descritivo da quantificação do fenômeno são apresentados os caracteres epidemiológicos. O conhecimento do concreto assim refletido subsidiou refletir sobre o fenômeno da violência sob o ponto de vista coletivo. Isto entretanto, sem perder a visão do individual, sua ação sobre a sociedade e como e de que forma ela se reproduz, alimentada e alimentadora dessa mesma sociedade, de tal forma que incidente sobre o indivíduo gera repercussões coletivas, cujas ações de cunho preventivo tem sido infrutíferas, embora reconhecidamente mais eficazes.

Há um entendimento, de certa forma consensual, em afirmar que a organização dos serviços de saúde e as políticas de ação implementadas no setor precisam estar necessariamente orientadas para as demandas da população. Isso, não é, absolutamente, verdadeiro, já que em muitas circunstâncias, tal orientação prevê a estruturação e o atendimento ao impacto de determinados fenômenos sobre a população, ações de caráter quase sempre “paliativo”, curativo e de reparos de seqüelas.

As políticas de saúde e a organização do serviço de saúde devem ir para além do simples atendimento das intercorrências de saúde da população. Faz-se necessário capacidade para implementar medidas e ações que relativizem o impacto de determinados fenômenos sobre a vida e a saúde dos indivíduos. Ou seja, implementar medidas de prevenção coletiva capazes de alterar o perfil epidemiológico das populações atendidas, pois ao apreender a verdadeira dimensão da morbi-mortalidade no trânsito nos capacitamos para empreender

ações eficazes. Conhecer a natureza dessas ações e reconhecer a responsabilidade de cada um e de todos nessa produção/reprodução da violência na sociedade pós-moderna, faz-se mister para o enfrentamento desse fenômeno. Precisamos, pois, reconhecer o que e como o Estado, de um lado, e o serviço de assistência a saúde e os profissionais (também cidadãos, vítimas e produtores de violência), de outro, podem e devem fazer frente a esse fenômeno, dito, tão “trivial”. Enfim, reconhecer como violência e saúde se inter-relacionam.

O conhecimento, portanto, do perfil epidemiológico como suporte para a compreensão do coletivo, pode subsidiar o re-direcionamento da organização dos serviços de saúde e contribuir com algumas indicações para a formulação de propostas de políticas públicas e planejamento do setor saúde.

Assim, para compor o cenário para análise, neste estudo, foi realizada uma coleta de dados a fim de conhecer/reconhecer a mortalidade relacionada às ocorrências de trânsito na população da “região metropolitana” de Florianópolis (região do estudo) e a morbidade, embora limitada aqui pela impossibilidade de acesso as informações dessa natureza.

Compõem a amostra todas as vítimas de ocorrências de trânsito (103), atendidas pelo Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 1994, obtidos a partir do Sistema de Informação de Apoio da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina. Os referidos dados foram extraídos do Boletim de Ocorrência - Ficha de Atendimento Pré-hospitalar preenchida pela equipe do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros, em cada ocorrência.

O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros - SAPH/CB consiste num serviço de atendimento à ocorrências diversas, na mesma área desse estudo, em situações de emergência, entre essas as ocorrências de trânsito. Esse serviço funciona durante 24 horas, ininterruptamente, com equipes em sistema de revezamento.

Embora nem todas as vítimas dessas ocorrências recebam atendimento pelo Serviço, pois algumas vezes são encaminhadas por populares, o universo atendido pelo mesmo certamente guarda semelhança em termos das variáveis pesquisadas, com a totalidade das vítimas da região em estudo.

Para o presente estudo foram utilizados os dados das ocorrências do ano de 1994 - período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1994, atendidas pelo SAPH/CB incluídas na classificação utilizada pelo referido sistema, a saber:

- E303 - Acidente de veículos com lesões corporais
- E304 - Acidente de veículos com lesões corporais - VTR PM/BM
- E305 - Acidente de veículos com morte de pessoas
- E306 - Acidente de veículos com morte de pessoas - VTR PM/BM
- E307 - Acidente de veículo contra animais
- E308 - Acidente de trânsito com material radioativo
- E309 - Acidente de trânsito com produtos explosivos
- E310 - Acidente de trânsito com produtos gasosos
- E311 - Acidente de trânsito com líquidos inflamáveis
- E312 - Acidente de trânsito com sólidos inflamáveis
- E313 - Acidente de trânsito com substâncias corrosivas
- E314 - Acidente de trânsito com substâncias oxidantes
- E315 - Acidente de trânsito com substâncias tóxicas
- E316 - Acidente de trânsito com substâncias perigosas diversas
- E317 - Acidente de trânsito com veículo de transporte coletivo
- E318 - Atropelamento

De posse dos dados dessas ocorrências, foram identificadas as vítimas, quanto ao sexo e faixa etária e as ocorrências, quanto a hora e o tipo de trauma (Ver Definição de Termos, Anexo 2).

Além dos dados supra referidos, também compuseram o estudo todos os laudos cadavéricos (525) emitidos pelo Instituto Médico Legal, no ano de 1994, obtidos através de consulta direta aos arquivos pela pesquisadora. Desses arquivos foram extraídos os seguintes dados: sexo, faixa etária, tipo de ocorrência, mês e local da ocorrência.

O tratamento dos dados quantitativos deu-se através da concepção descritiva¹⁵ - medidas epidemiológicas, com frequência absoluta e relativa. Para isso, utilizou-se o Programa para computador EPI-INFO, sendo elaborado um protocolo específico para o estudo (Anexo 3). Esses dados são apresentados sob a forma de gráficos.

Os resultados obtidos com a coleta de dados compõe o cenário sobre o qual é feita a reflexão acerca da problemática violência e saúde, buscando-se a compreensão das suas relações

2.3 Os fundamentos teóricos do estudo

O marco conceitual consiste numa construção teórica, que estabelece a inter-relação entre os diferentes conceitos que o compõe. Sua finalidade é fornecer um arcabouço para a realização do estudo e, por conseguinte, sua reflexão teórica. Serve como guia e tem como objetivo orientar a análise teórica à luz dos dados obtidos, propiciando a organização e sistematização dos mesmos.

O marco conceitual é composto a partir da explicitação dos conceitos que o compõe e que devem estar inter-relacionados. Conceitos são entendidos como imagens mentais que significando nossas percepções, explicitam nossas crenças, a partir da descrição de objetos, eventos ou propriedades a que se referem. Como afirma Fawcett (1982) a interpretação dos achados, as decisões e as ações são influenciadas por essas imagens mentais. Tais imagens quando não explicitadas, não significam inexistência, apenas impedem que o leitor tenha acesso ao pensamento do pesquisador e, por vezes, não possa compreender a lógica de análise utilizada no estudo. Ao definir conceitos, o pesquisador faz suas escolhas ou opções, esclarece ambigüidades, estabelece relações que orientam seu estudo, a partir de seus pressupostos.

“Os conceitos criam imagens que são abstratas por natureza, [...] tendem a possuir significados diferentes e podem levar a interpretações diferentes. ... Não é essencial que haja concordância quanto ao significado de um termo determinado, mas é importante que ele seja suficientemente descrito,

¹⁵ A epidemiologia descritiva consiste na descrição das características de um determinado fenômeno- quem?, onde? e quando?, incluindo variáveis que ajudam a obter informações acerca do fenômeno em estudo, sendo considerado o primeiro estágio para o entendimento de um problema de saúde ou de uma doença (Vaughan, Morrow, 992).

para que a imagem que se tenta projetar torne-se mais explícita (George, 1993, p. 15).

A partir da decisão de aplicar a epidemiologia para a descrição do fenômeno observado, estabeleci um marco conceitual para orientar a reflexão sobre o fenômeno da violência no trânsito.

Fundamentam a presente construção teórica, algumas das idéias de Arendt (1994) especialmente no tocante aos conceitos centrais: violência e poder, e de Aranha (1992) além de outros autores que estudam a violência como um problema que afeta a área da saúde (Minayo, 1994), bem como as crenças e percepções da autora.

2.3.1 Os pressupostos que orientaram a construção do marco conceitual

Pressupostos são entendidos como as crenças e valores do pesquisador que orientam a elaboração de seu marco conceitual e o auxiliam no estabelecimento das relações entre os conceitos propostos.

A seguir apresento os pressupostos que assumo para essa tese:

- a violência no trânsito causa privação e compromete a qualidade de vida, mutila e mata;
- a violência atinge o indivíduo como um todo, exacerbando ou determinando enfermidades, submetendo o organismo (corpo e mente) à mutilações, ferimentos, desequilíbrios funcionais, psíquicos, emocionais e, também, a morte. Representa um risco maior para a realização do processo vital humano; ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca morte como realidade ou como possibilidade próxima. (Agudelo, 1990)

- a violência no trânsito consiste num importante problema de saúde pública, devido a sua magnitude e vulnerabilidade.
- a violência no trânsito compromete a preservação da sociedade, já que incide massivamente na faixa etária jovem.
- a violência é tanto maior quanto maior for a omissão do Estado no cumprimento de suas finalidades de preservação da sociedade;
- a área da saúde enfrenta a morbi-mortalidade por violência, colocada, em geral, como mecanismo de intermediação dos efeitos dessa violência sobre o indivíduo e a sociedade; os investimentos, quando existentes, são feitos para enfrentar as conseqüências e não os fatores desencadeantes (Minayo, 1994)
- o serviço de saúde deve ser um mecanismo de preservação da sociedade e de garantia de qualidade de vida aos indivíduos e à sociedade.
- a violência é fortemente caracterizada pelas ocorrências de trânsito, que envolvem veículos a motor.

2.3.2 Os conceitos que sustentam a proposição teórica de análise

VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO

A violência pode revestir-se de diferentes formas, dependendo da especificidade da situação e do contexto sócio-cultural em que se insere; nem sempre é percebida como tal, nem seu agente é claramente identificado; muitas vezes é inconsciente, explícita ou implícita, percebida ou não (Aranha, 1992).

A violência é um fenômeno social e histórico, que se concretiza nas relações sociais de modo específico, através de sujeitos e em sociedades determinadas. É um fenômeno complexo e diversificado.

Instrumental por natureza, depende da orientação e da justificação para o fim que almeja. Só é racional se almeja objetivos a curto prazo. Ela não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso, mas pode servir para dramatizar queixas e trazê-las a atenção pública. Em muitos casos, a violência é a única forma de assegurar que a moderação seja ouvida, podendo ser justificável, mas nunca legítima. Sua justificação perde em plausibilidade quanto mais o fim almejado distancia-se no futuro. (Arendt, 1994)

A violência não pressupõe intencionalidade nem o uso da força física, embora ambos elementos possam estar presentes num ato violento. a presença ou não da intencionalidade e da força física identifica o tipo de violência. Portanto, nem toda violência é intencional; o que a caracteriza é a privação.

Compreendemos violência, portanto, como toda e qualquer privação de algum bem, seja ele, bem material ou a vida, a integridade do corpo ou do espírito, a dignidade e a liberdade (de expressão, de movimento ou de opção), pelo uso ou não da força.

A violência no trânsito, em geral, é um ato não intencional, mas que impõe diferentes formas de privação. Portanto, uma violência; não é um acidente, pois faz parte de um determinado contexto - um processo e, em geral, não é premeditada, nem obedece uma intencionalidade explícita, mas é freqüentemente prevenível; consiste numa realidade duradoura, diversificada e múltipla; tem repercussões que não se limitam a vítima, mas se estendem à sociedade, numa inegável dimensão coletiva

A violência é determinante e é determinada pelos processos de desintegração da sociedade, entendidos como resultados automáticos das necessidades de massa que se tornaram incontroláveis ou não atendidas. São exemplos: declínio dos serviços públicos, tais como escolas, polícia, correios,

coleta de lixo, transporte; a taxa de mortalidade nas estradas e os problemas de tráfego nas cidades, a poluição do ar e da água. A medida que aumenta a violência, aumentam os processos de desintegração sociedade e vice-versa.

PODER

“O poder consiste em uma habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido. Quando dizemos que alguém está no poder, na realidade nos referimos ao fato de que ele foi empossado por um certo número de pessoas para agir em seu nome” (Arendt, 1994, p.36).

“O poder é um fim em si mesmo; não precisa de justificação, sendo inerente a própria existência das comunidades políticas; o que ele realmente precisa é de legitimidade.[...] O poder emerge onde quer que as pessoas se unam e ajam em concerto, mas sua legitimidade deriva mais do estar junto inicial do que qualquer ação que então possa seguir-se” (Arendt, 1994, p. 41).

“O poder institucionalizado em comunidades organizadas, freqüentemente, aparece sob a forma de autoridade, exigindo reconhecimento instantâneo e inquestionável; nenhuma sociedade poderia funcionar sem isso” (Arendt, 1994, p. 38).

2.3.3 A violência no trânsito e o poder do Estado: a inter-relação dos conceitos

Nem a violência, nem o poder são fenômenos naturais; uma manifestação do processo vital. Ambos pertencem ao âmbito político dos

negócios humanos, cuja qualidade essencialmente humana é garantida pela faculdade do homem para agir, a habilidade para começar algo novo. (Arendt, 1994)

Poder e violência são fenômenos distintos, mas usualmente aparecem juntos. A violência pode destruir o poder. Onde um domina o outro está ausente; a violência aparece onde o poder está em risco; a violência é capaz de destruir o poder; ela é incapaz de criá-lo (Arendt, 1994).

“...Nada [...] é mais comum do que a combinação de violência e poder, nada é menos freqüente do que encontrá-los em sua forma pura e, portanto, extrema. Disto não se segue que autoridade, poder e violência sejam o mesmo.” (Arendt, 1994, p. 38)

O poder e a violência, na sociedade são como o verso e o averso de uma moeda; indissociáveis, mas quando um aparece o outro desaparece. Equivale dizer que a violência é inversamente proporcional ao poder; tanto mais fragilizado estiver o poder, mais se recorre a violência. Ou seja, a diminuição no poder é um convite a violência.

Portanto, inversamente proporcionais, poder e violência estão presentes nas relações da sociedade, sendo responsáveis pela sua preservação ou desintegração. Ao Estado, cuja função¹⁶ é a de servir as necessidades políticas das massas populacionais, compete a mobilização de mecanismos, tendo em vista a preservação da sociedade (Arendt, 1994).

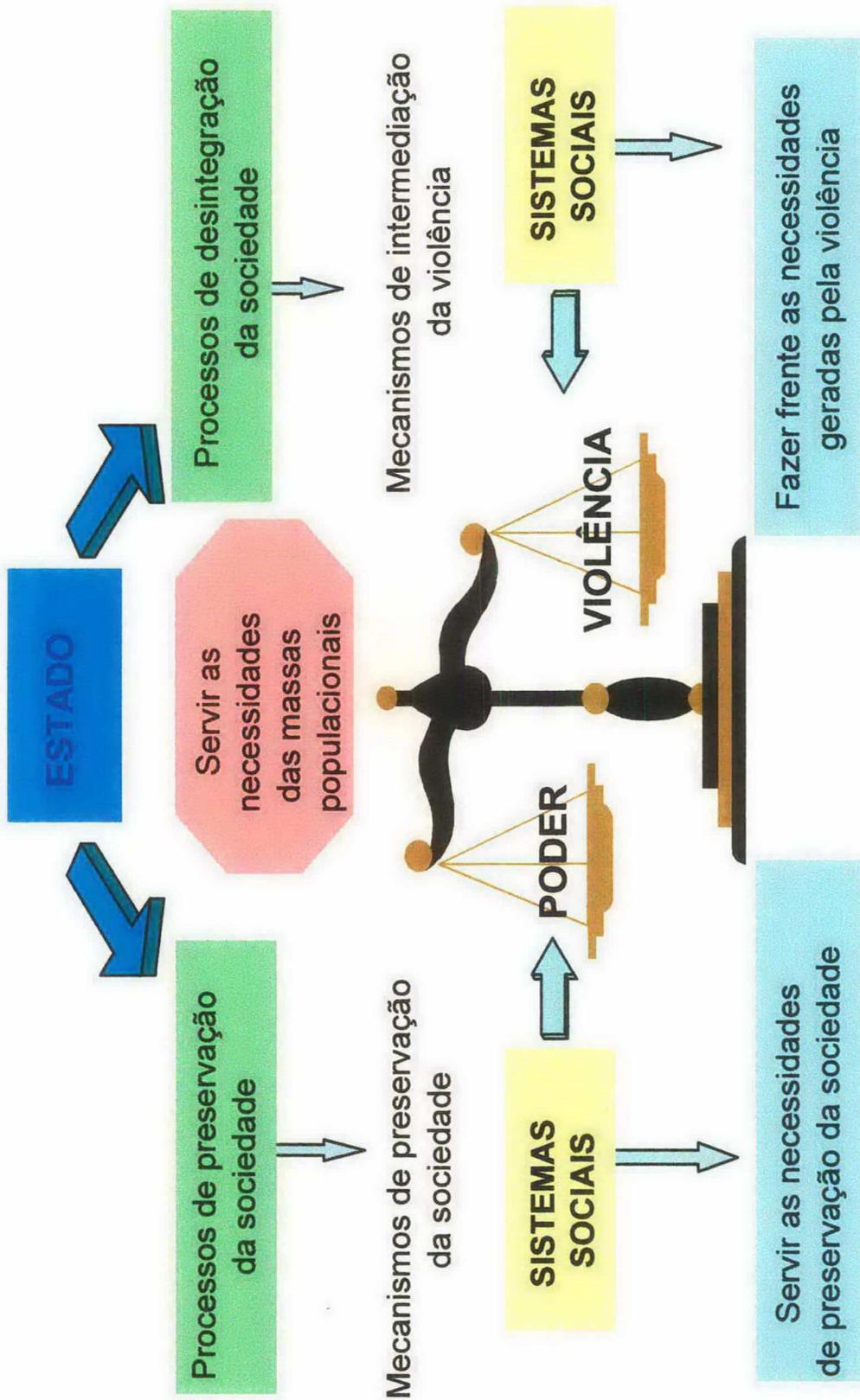
Estes mecanismos são sistemas sociais, entendidos como mecanismos de preservação da sociedade ou de intermediação do poder, que o Estado

¹⁶ Função aqui entendida como função social do Estado Contemporâneo, como fala Pasold (1984), que implicam em ações que, por dever para com a Sociedade, o Estado executa, respeitando, valorizando e envolvendo o seu Sujeito, atendendo ao seu Objeto e realizando os seus Objetivos, sempre com a prevalência do social e privilegiando os valores fundamentais do ser humano. Sujeito é entendido como o homem individualmente considerado, titular dos direitos e obrigações e inserido numa sociedade; objeto, nos diversos campos de atuação nos quais o Estado deve agir ou estimular as ações necessárias e objetivos, como a concretização do Bem Comum (Pasold, 1984).

dispõem para o desempenho de sua finalidade. Exemplo disso é o sistema de saúde cuja função, como mecanismo de intermediação do poder consiste em garantir a qualidade de vida e saúde à sociedade. Quando tais mecanismos são submetidos a malversação eles passam a ser utilizados como intermediadores da violência, num desvio de suas finalidades, como resposta à incapacidade do Estado no cumprimento de sua função. Ou seja, quando o Estado, falha no uso desses mecanismos de **manutenção do poder**, a violência é exacerbada como resultado. Este aumento da violência desencadeia **processos de desintegração social**, entendidos como resultados das necessidades de massa que se tornam incontroláveis ou não atendidas. Na Figura 1, são apresentados os elementos que reúnem as idéias dos diferentes autores que sustentam essa proposição.

A medida em que o Estado falha no uso dos mecanismos de manutenção do poder, exacerbam-se os processos de desintegração, gerando um aumento das manifestações de violência e uma conseqüente diminuição do poder. Então, ao fazer frente as necessidades geradas pela violência, o Estado usa os **sistemas sociais** , com o objetivo de intervir nos processos de desintegração, como **mecanismos de intermediação da violência**. Esses mecanismos buscam reequilibrar a relação poder/violência fragilizada pela falência do Estado pelo não atendimento às necessidades da sociedade.

Figura 1 - Representação esquemática do marco conceitual do estudo.

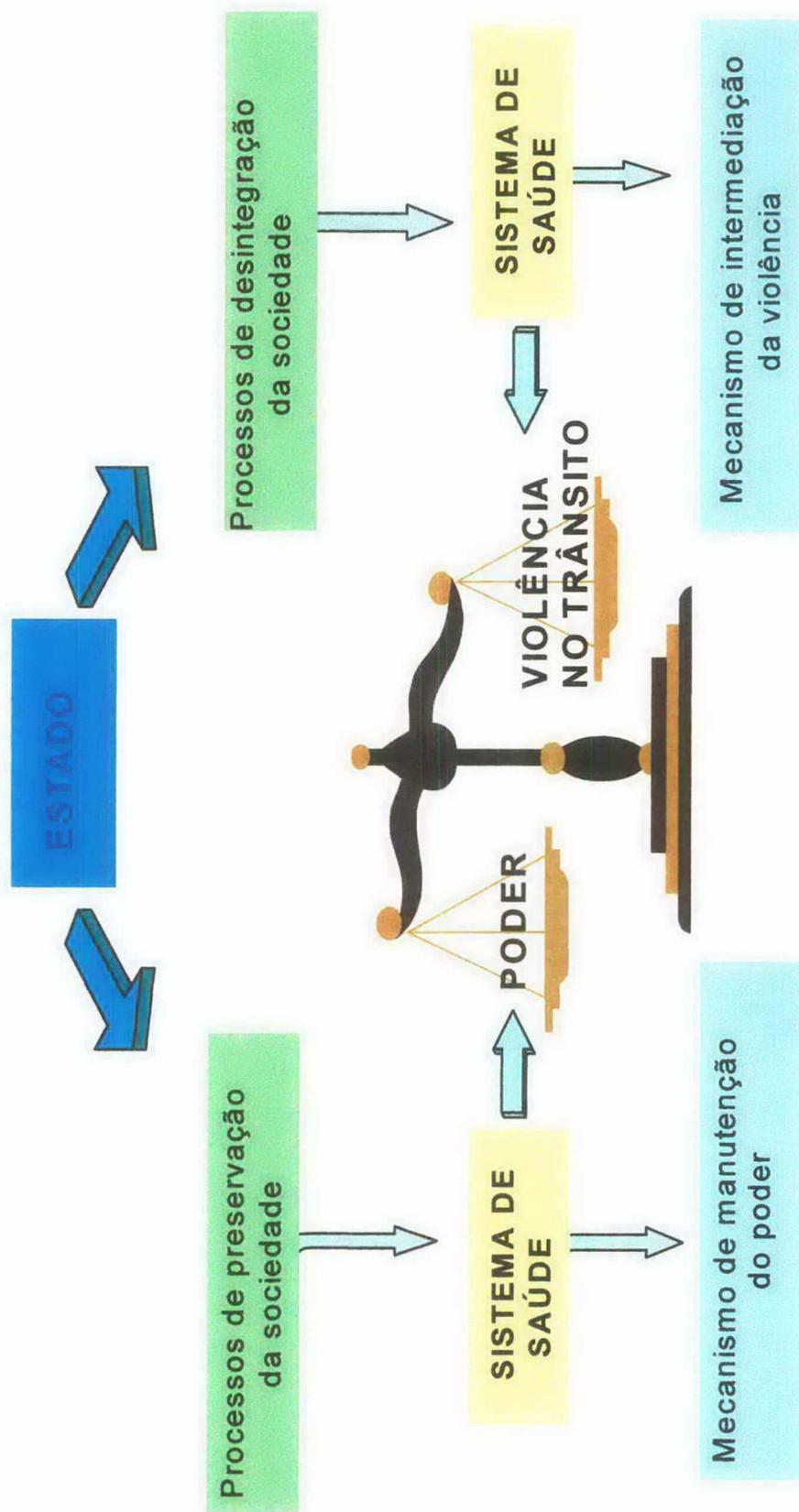


No que diz respeito a **violência no trânsito**, cabe ao Estado mobilizar mecanismos de manutenção do poder, com vistas a preservação da sociedade, tais como: legislação e engenharia do trânsito, educação para o trânsito, normatização da produção e comercialização de veículos automotores, fiscalização e aplicação da lei, entre outros

A exacerbação da **violência no trânsito** denota, pois, a falência do Estado na mobilização desses mecanismos. O **Sistema de Saúde**, então, passa a responder aos produtos dessa violência e o Estado concentra seus investimentos em medidas de atendimento às vítimas, quando insuficientes para atender as necessidades aí geradas. (Ver Figura 2).

Vamos encontrar, então, elevados registros de mortalidade associada a ocorrências de trânsito (especialmente, mortalidade tardia) denotando não só a incapacidade do Estado em fazer frente a realidade violenta, como, também, em usar o Serviço de Saúde como mecanismo de sua intermediação. Até porque adequado atendimento Pré-Hospitalar e hospitalar deveria resultar em um aumento da sobrevivência e, uma conseqüente, redução na mortalidade por essas causas. De outro modo, somente a redução da morbidade demonstra que maior ênfase é dada as medidas de evitabilidade e que, portanto, o Serviço de Saúde é mobilizado somente como um mecanismo de manutenção do poder.

Figura 2 - Representação esquemática do marco conceitual do estudo: poder e violência no trânsito.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, Saúl Franco. La violència : un problema de salud publica que se agrava en la región. **Bol. Epidemiológico de la OPS**, n. 11, p. 01-07.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia sem números** - Uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro : Campus, 1989.
- ANDERY, Maria Amália et all. **Para compreender a ciência** - uma perspectiva histórica. 5ª. ed. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo, 1994, 446 p.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **Temas de filosofia**. São Paulo: Moderna, 1992.
- ARENDT, Hannah. **Sobre a violência**. (trad. André Duarte). Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994, 114 p.
- AYRES, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1995. 231 p.
- BUNGE, Mário. **Ciência e desenvolvimento**. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/ Universidade de São Paulo, 1980, 135 p..
- BRASIL. **Constituição** : República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia** - economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.
- DEVER, G.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: PROHASA, 1988.
- DIAS, Hélio Pereira. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 6, Brasília, 1-5 ago. 1977. **Anais**. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 103-132.
- FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. Philadelphia : F.A. Davis, 1982.
- GEORGE, Julia B. et all. **Teorias de Enfermagem** - os fundamentos para a prática profissional.(Trad. Regina Machado Garces). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GRANDA, Edmundo., BREILH, Jaime. **Saúde na sociedade**. São Paulo : Abrasco/Cortez, 1989.
- LEPARGNEUR, Hubert. Força e fraqueza dos princípios da bioética. **Bioética**, Brasília. Conselho Federal de Medicina, n. 4, v. 2, 1996, p.131-143.
- MACMAHON, B., PUGH, T. F. **Principios y metodos de la epidemiologia**. México: La Prensa Mexicana, 1975.
- MANUAL da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte** - CID; 9a. Revisão, 1975. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1978, v. 1.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência urbana e seu impacto na saúde**. Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde. Projeto Integrado. Rio de Janeiro, mimeo, 1989.
- _____. Violência e saúde. In : SPÍNDOLA, Aracy Witt de Pinho et all (coord.) **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Cortez, 1992
- _____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 10 (supl. 1), p. 7 - 8, 1994.
- OPAS. **Las condiciones de salud en las Americas**. Washington, D.C. 1990. Publicación científica 524, p.119-223.
- PASOLD, César Luiz. **Função social do Estado Contemporâneo**. Florianópolis, Ed. do Autor, 1984. p. 79.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade - heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo : HUCITEC, 1989.
- PRADO, Marta Lenise do. Pluralidade metodológica: um novo caminho para a epidemiologia?. *Rev. Centro de Ciências da Saúde*. Florianópolis, n. 2, v. 12, 1993, p. 52 - 58.
- SOUZA, Maria de Lourdes de, PRADO, Marta Lenise do. A epidemiologia como suporte para assistência de Enfermagem - contribuição ao debate. **Rev. Texto Contexto Enf.** Florianópolis, no. 2, v. 1, jan/jun. 1993, p. 93 - 99.
- VAUGHAN, J.P., MORROW, R.H. **Epidemiologia para os municípios - manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. São Paulo: HUCITEC, 1992. (Trad. Carlos Dora, Iná dos Santos Hallal e César Gomes Victora).
- ZUBEN, Newton Von. A fenomenologia em questão : desafios de um projeto. In : CARVALHO, Maria Cecília M. (org.). **Paradigmas filosóficos da atualidade**. São Paulo: Papyrus, 1989, p. 145 - 166.
- ERDTMANN, Bernadete, MOCELIN, Daniela de Oliveira, OLIVEIRA, Tony Pedro. **Atuação do Enfermeiro junto ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH) : uma experiência de acadêmicos de enfermagem da UFSC**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1994.
- COSTA, Carla Regina, GOULART, Maria Cristina, ALBUQUERQUE, Rejane Maria de Assis, MORAES, Salete Duarte. **Assistência de Enfermagem no atendimento pré-hospitalar emergencial**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. UFSC, 1995.
- KAISER, Claudete Patrícia, PELISSARI, Deise Paganela, BERNARDI, Kiciosan da Silva, BENEDIX, Marlise. **Vivenciando momentos de estresse: uma experiência de assistência de enfermagem junto ao indivíduo e família em situações de emergência**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1995.
- SOUZA, Cristiani de , MULLER, Vanessa Correa. **Acompanhando o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Comando do Corpo de Bombeiros de Santa**

Catarina - prestando assistência de enfermagem mediata. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1996.

VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO: UM REFLEXO DE DESINTEGRAÇÃO DA SOCIEDADE

“Pensar a violência com uma atitude menos armada, mais aberta, mais consciente das próprias responsabilidades, começa por exigir, de todos nós, uma reflexão sobre como é que nós as vítimas potenciais [...], nos relacionamos com as significações e os fenômenos envolvidos nos dramas perturbadores da violência.” (Soares, 1996, p. 63)

3.1 A realidade traduzida pelos números

Traduzir a realidade violenta em números capazes de a refletir com fidedignidade, é um enorme desafio. Isto porque, no Brasil, há uma série de restrições e limitações quanto a forma e qualidade dos sistemas de informação e registro de que se dispõem, tanto no que diz respeito a mortalidade quanto a morbidade.

A mortalidade por violência está incluída no grupo das Causas Externas na Classificação Internacional de Doenças (CID). Esta classificação se

apresenta muito limitada e pouco rigorosa, segundo alguns autores (Minayo, 1994 e Mello Jorge, 1979). Sua limitação é atribuída a uma certa “asepsia” que o termo “causas externas” carrega, na medida em que não expressa os conteúdos essenciais que envolvem o conceito de violência, tais como, a privação, a intencionalidade ou acidentalidade, legalidade ou arbitrariedade das ações. O pouco rigor é atribuído a amplitude da abrangência dos eventos e processos, que não dá conta da complexidade das manifestações da violência, tornando a classificação muito imprecisa. O grupo das causas externas na CID, inclui todos os tipos de acidentes, suicídios, homicídios e lesões intencionalmente infringidas, intervenções legais, lesões resultantes de operações de guerra, e lesões que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infringidas.

Como afirma Minayo (1994, p. 10) “... os dados sobre violência são por natureza problemáticos, provisórios e tentativos, não podendo os mesmos pretender traduzir a verdade. [...] . No entanto, não se pode menosprezar a colaboração dos estudos epidemiológicos, que permitem apontar a magnitude do fenômeno e suas tendências, compondo, assim, um quadro diagnóstico para a ação.” Os dados, portanto, se constituem em aproximações da realidade, uma forma de contribuir para o desvelamento da verdadeira violência associada ao trânsito.

Mello Jorge (1990) também afirma que as estatísticas oficiais relativas a mortalidade por causas externas deixam a desejar. As estatísticas oficiais por essas causas apresentam-se, pelo menos, incompletas, para não dizer incorretas.

A mortalidade pelas chamadas “causas externas” (acidentes e violências) constituem tema de estudos e, em 1968, são apontadas como

importante causa de mortalidade. Puffer, Griffith (1968) em um estudo realizado sobre as características da mortalidade urbana apontam os acidentes, envenenamentos e violências como importantes causas de disfunção, especialmente na idade produtiva. Afirmam os autores:

“...En algunas poblaciones la importancia numérica de estas defunciones es sobrepasada sólo por las enfermedades crónicas y degenerativas. Los datos recogidos en las 12 ciudades confirman ampliamente este hecho, destacando que los diversos tipos de causas externas contribuyen en forma importante a la mortalidad, especialmente de hombres jóvenes.” (ibidem, p. 168)

A partir daí, estudos têm demonstrado o crescimento e a importância da violência no quadro de morbi-mortalidade da Região latino-americana e do Brasil. Segundo a OPS (1990), no conjunto, os acidentes constituem uma das primeiras cinco causas de morte na população de todos os países das Américas.

Estudo sobre mortes violentas, no Brasil, demonstrou que a maior proporção, representada pelos “demais acidentes” em 1960, já revelou em 1965, predominância dos acidentes de trânsito (Mello Jorge, 1980a). O risco de morrer por essas causas no período de 1960 a 1975 cresceu de 44,11 para 59,20/100.000 habitantes, representando um aumento global de 34,21 %, decorrente, principalmente, dos acidentes de trânsito e dos homicídios, segundo a autora supra.

No Brasil, o aumento da mortalidade por causas externas entre 1979 e 1986 foi decorrente, principalmente, da elevação da mortalidade por acidentes de trânsito e por homicídios, concentrando-se, ambos incrementos, no grupo dos adolescentes e adultos jovens (Yunes, Rajs, 1994).

Possas (1985) afirma que, no Brasil, a mortalidade pelas chamadas causas externas triplicou entre 1930 e 1980, expressando os impactos na

população do acelerado processo de urbanização e industrialização resultante das profundas transformações econômicas e sociais ocorridas no País nesse período. Atualmente, segundo a autora, representam a terceira causa de óbito no Brasil, já alcançando em 1980, 9,4% da totalidade dos óbitos verificados no período.

Para Silveira e Gotlieb (1976, p. 45) as mortes violentas em geral (acidentes, homicídios e suicídios) vem crescendo a cada dia, tanto como causa de morte como de incapacidade. Para os autores, a importância das mortes violentas crescem a cada dia, seja naqueles países que já venceram a fase das doenças infecto-contagiosas, seja naqueles que ainda convivem com estas como uma das principais causas de morte, o que denota a necessidade de uma análise epidemiológica do problema, considerando suas características, alcance e distribuição.

Os autores encontraram em um estudo realizado no Município de São Paulo/Brasil que os acidentes, envenenamentos e violências foram responsáveis por aproximadamente 10% das mortes de pessoas residentes no município de São Paulo, nos anos de 1970, 1971 e 1972. Também identificaram que os acidentes de veículos à motor, em relação as demais causas violentas, assumem destacada importância, sendo que o coeficiente específico dessa mortalidade por acidentes de veículos a motor elevou-se, nos três anos estudados, para ambos os sexos.

Em outro estudo, Mello Jorge (1980a) enfatiza, também, que no Brasil o problema não é menor que nos demais países das Américas, sendo elevada a ocorrência de acidentes por veículos a motor e homicídios. Para a autora, embora “as mortes por causas externas existam em número não desprezível

desde tempos imemoriais, não tem merecido, senão recentemente, a atenção desses estudiosos”(p. 343).

A importância das mortes violentas em geral e daquelas causadas por acidentes de todos os tipos, os homicídios e os suicídios, crescem a cada dia, seja nos países que já superaram a fase crítica das moléstias infecciosas, seja naqueles em que estas ainda representam importante contribuição na mortalidade geral (Mello Jorge, 1980a).

Isso se aplica aos acidentes de trânsito, também, haja vista que estes resultam do conflito entre os veículos e o homem, sendo que as primeiras mortes foram registradas na Inglaterra, já em 1896 e nos Estados Unidos, em 1899. Essas três primeiras mortes desencadearam uma epidemia que hoje afeta o mundo todo e são responsáveis por um maior número de casos do que as mortes produzidas por muitas guerras. Entre 1775 e 1955, oito guerras foram responsáveis por 1.130.393 mortes, enquanto que o número de mortes em acidentes de trânsito, nos Estados Unidos, no período de 1900 a 1955, foi de 1.149.414 (Las muertes violentas, p. 149).

Em estudo sobre mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, Brasil (1980), Mello Jorge (1980a, 1980b, 1981) encontrou que as mortes violentas representaram 8% da mortalidade geral e que destas, a maior predominância foi de mortes por acidentes de trânsito. Em termos de risco de morrer, a autora, encontrou coeficientes sempre maiores no sexo masculino que no feminino, quaisquer que fossem o tipo de morte e o ano considerado. Encontrou, ainda, um aumento de 34,21 % no risco de mortes por essas causas no período de 1960 a 1975, devido, principalmente aos acidentes de trânsito e aos homicídios.

Tal fato também foi constatado por outro estudo de Minayo e Souza (1993), em 1985, onde 27,9% e 25,7% das mortes por causas externas, respectivamente, foram causadas por acidentes de trânsito e homicídios. O estudo constatou, também, que os acidentes de trânsito conseguem ter elevados percentuais ao longo de toda a vida (em todas as faixas etárias), mas chama a atenção o número de óbitos entre crianças e jovens. Minayo e Souza (1993) encontraram, ainda, uma contribuição de 43,8% desses óbitos na mortalidade geral na faixa etária de 5 a 14 anos, em 1985. Hoje (década de 90), a mortalidade por causas violentas ocupa o 3º lugar na mortalidade geral no Brasil, sendo os acidentes de trânsito sua maior expressão. Milhares de vidas são ceifadas nas estradas brasileiras, em sua grande maioria, evitáveis e preveníveis.

Discutindo o impacto da violência social na saúde pública no Brasil, na década de 80, Souza e Minayo (1995) ressaltam que em relação as causas externas, os acidentes de trânsito e os homicídios predominam dentre as demais causas específicas ao longo de toda a década.

Em 1993, as causas externas aparecem representadas por acidentes, homicídios, suicídios e acidentes de trânsito aparecem em segundo lugar (16,2%), atrás da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, assumindo, também, a primeira colocação quando considerado o indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos - APVP (Pilati, 1995).

Esses dados são corroborados por estudo de Peixoto (1997) que aponta os acidentes de trânsito como o principal grupo de causa de morte, em 1995, quando considerado o indicador APVP, constatando de que 61.652 anos potenciais de vida dos catarinenses foram perdidos em acidentes de trânsito. Ou seja, em apenas um ano, as ocorrências de trânsito roubaram mais de

60.000 anos de vida dos catarinenses. A autora chama a atenção para o fato de que as ações dirigidas a evitabilidade das mortes por acidentes, homicídios e suicídios não guardem relação com a magnitude do fenômeno.

Paula (1991) apresenta as taxas de mortalidade proporcional por causas externas, exceto as mal definidas, nos municípios das capitais do Brasil de 1940-1980. Verificou que, para Florianópolis a taxa de mortalidade cresce de 2,92, em 1970, para 13,46, em 1980. Mais do que isso, a taxa de mortalidade, em 1980, para Florianópolis é maior do que a encontrada para o Rio de Janeiro (12,16) e para São Paulo (10,42), o que é surpreendente, haja visto que, ambos os Municípios sejam geográfica e populacionalmente maiores do que Florianópolis e reconhecidos como mais violentos pela mídia nacional.

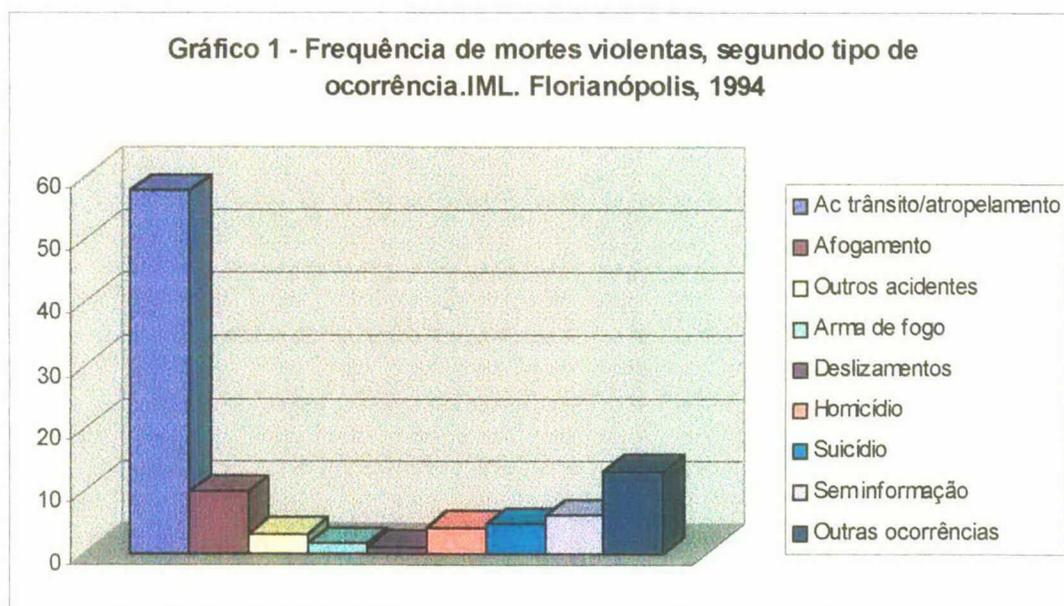
A importância da mortalidade por causas externas tem sido, portanto, demonstrada por diferentes estudos e apontado que grande parte desses óbitos são devidas aos acidentes de trânsito e aos homicídios. Tal fato tem determinado uma crescente preocupação com o reconhecimento do problema, já que o estudo desses acontecimentos pode indicar as causas ou fatores que favorecem sua produção e conduzir ao delineamento de medidas que contribuam para a reversão desse quadro e, conseqüentemente, das perdas preveníveis.

3.2 A violência traduzida pelas mortes - os dados do IML

Os dados do Instituto Médico Legal – IML, num total de 525 laudos analisados, contribuem para demonstrar algumas características da violência com a qual convivemos. O IML, instituto credenciado legalmente pelo Estado

para proceder a investigação cadavérica das mortes por causas violentas, possui informações registradas que em análise dão indícios de uma especificidade de violência com que convivemos. Embora o presente estudo tem a intencionalidade de buscar a visibilidade das mortes associadas à violência no trânsito, busca reconhecer qual a natureza das mortes violentas e qual a importância das ocorrências de trânsito na mortalidade violenta em geral, até para permitir uma reflexão ampliada das suas repercussões e impacto. Dessa forma, apesar do estudo ser específico sobre as mortes associadas às ocorrências de trânsito, registramos a seguir os demais componentes de violência, determinantes de mortes, identificados nos registros junto ao IML.

A primeira delas é a de que as mortes violentas, na região estudada, ocorrem maciçamente como decorrência dos acidentes de trânsito e atropelamentos (57,5%) (Gráfico 1).



Souza, Minayo (1995) apontam para o agravamento da violência estrutural, bem como, para a importância das evidências da violência no trânsito, já que esta reflete o nível de civilidade e de coesão social de determinado país, além de ceifar vidas e produzir altíssimos custos econômicos e sociais.

A importância crescente das causas externas e, em especial, dos acidentes de trânsito na mortalidade no Brasil, tem sido relatada por diversos estudos. Yunes (1993) estudando a mortalidade por causas violentas na região das Américas, encontrou uma diminuição nas taxas de mortalidade em todos os países examinados, com exceção do Brasil, onde observou um aumento de 30%.

O número de óbitos apontados pelo presente estudo, certamente, representa uma parcela de sua expressão verdadeira, o que constitui uma limitação do mesmo. Como afirma Mello Jorge (1982) pouco menos de 20% dos óbitos ocorrem no local do acidente e somente parte desses (49%) morrem antes de chegar ao hospital. Assim, quando se estuda a mortalidade através dos dados policiais levantados no momento do acidente, perde-se grande parte da mortalidade, já que estima-se que 30% das pessoas apresentam sobrevivência de mais de 24 horas. Entretanto, a par de retratar uma parcela da realidade, constitui-se em fonte disponível e confiável, cujo reconhecimento nos permite uma aproximação ou focalização do problema em questão.

De outro modo, é preciso ressaltar a importância de serviços de informação e registros que disponibilizem os dados para pesquisas e pesquisadores, relativos a trajetória do indivíduo nos serviços de atendimento médico-hospitalar, a fim de ser possível a comprovação de tal estimativa. A inexistência ou impedimento de acesso a esse tipo de informação acaba

contribuindo com o imobilismo e a repetição de erros desnecessários do ponto de vista do planejamento de políticas para o setor.

Minayo e Souza (1993) demonstraram uma importância relativa menor dos acidentes de trânsito. As autoras encontraram que 27,9% dos óbitos por causas externas nas principais capitais brasileiras foram devidas aos acidentes de trânsito, em 1985, muito próximo ao atribuível aos homicídios (25,7%). Os autores afirmam que a violência ocupa o terceiro lugar na mortalidade geral, “configurada pela primazia dos acidentes de trânsito, seguida pelos homicídios...”. (p. 69)

Mello Jorge e Latorre (1994) afirmam que os acidentes de trânsito vem sendo responsáveis por mais da quarta parte do total de óbitos por causas externas, representando cerca de 30 mil mortes, segundo dados de 1988. Para o Brasil a representatividade das mortes por acidentes de trânsito no grupo de causas externas esteve em torno de 30% no período estudado pelos autores (1977-1989).

Para Florianópolis, os autores acima, demonstraram percentuais mais elevados, em torno de 50%, sendo que atingiu 61,0% em 1987, em relação ao total de causas externas. Os autores referem, ainda, um aumento de cerca de 100% nos coeficientes de mortalidade do início (1977) para o fim do período estudado (1989), em Florianópolis.

Os autores chamam atenção, ainda, para o “ranking” das capitais brasileiras, quanto aos coeficientes de mortalidade, apontando Florianópolis como uma das cidades que ocupam os cinco primeiros lugares (1987) ao lado de Maceió, Manaus, Curitiba e Goiânia. Para os autores, os dados refletem uma tendência importante de aumento na mortalidade por acidentes de trânsito.

Destaque precisa ser feito para a importância dos atropelamentos quanto ao número de ocorrências de morte no trânsito. Essa constatação, também, aparece nos veículos de divulgação da sociedade civil. Reportagem publicada no Diário Catarinense, de 13 de abril de 1997¹⁷, aponta um crescimento de até 33% no número de atropelamentos em apenas um ano, registrando números de 490 (1995) e 587 (1996) casos de atropelamento na região da grande Florianópolis.

Baixo é o número de mortes por homicídio ou que envolvem arma de fogo, encontrado nesse estudo, cujo percentual perfaz 5,5 %, diferente do registrado para outros municípios como São Paulo, Rio de Janeiro e para o Brasil, em geral. É o que aponta estudo realizado por Souza e Minayo (1995). Para o Brasil, em 1988, as taxas de mortalidade por causas externas específicas para os homens mostraram a importância dos acidentes de trânsito acompanhados muito proximamente dos homicídios; enquanto que para as mulheres se destacou a taxa dos acidentes de trânsito. Para o Brasil, ao longo da década de 80, os homicídios mantiveram-se em torno de 22 pontos percentuais em termos de mortalidade proporcional por causas externas específicas, enquanto os acidentes de trânsito em torno dos 28 pontos percentuais.

Esses dados sugerem que a violência com a qual convivemos muito difere daquela apontada, para outras regiões, em outros estudos, particularmente no que diz respeito a sua natureza. Os homicídios, representação mais aguda da violência urbana na atualidade, frequentemente associados a fatores de desagregação social, como a criminalidade decorrente da estrutura social, política e econômica da sociedade, representam para a realidade do estudo uma contribuição de 4%. Na realidade do estudo, portanto,

¹⁷ SCARDUELI, Paulo. Atropelamentos crescem até 33% em apenas um ano. Diário Catarinense. 13, abril, 1997.

são os acidentes de trânsito e os atropelamentos que respondem pela maioria dos casos de morte (57,5%).

Por certo, estamos falando apenas das mortes e estas representam uma parcela dos casos que se registram. Essa violência no trânsito, que mata mas, também, mutila (ainda sem quantificação adequada) é relacionada a fatores que não podem ser atribuídos àqueles que determinam a criminalidade, por exemplo.

Voltamos a reconhecer que o acesso à informação é condição básica para que a intervenção se torne adequada à realidade. Também a importância dos registros e, principalmente, sua disponibilização, a fim de que não fiquem “mofando” nas prateleiras institucionais. Disponibilizar informações dessa natureza consiste numa obrigação moral, numa atitude em favor da sociedade e do conhecimento. De outro modo, o cerceamento à informação consiste numa das “receitas” para impedir o avanço da ciência, cultivar a “cienciologia”¹⁸, como diz Bunge (1980).

Como afirma Minayo (1994, p. 14) “diferentemente dos homicídios, que demandam ações complexas de ordem estrutural e conjuntural, a questão do trânsito é muito mais passível de prevenção exigindo, obviamente, vontade política e ação coordenada”.

A atenção a este problema, prossegue a autora, precisa articular medidas de diferentes naturezas e níveis de implementação. A primeira diz respeito ao controle dos desenhos dos carros, buscando uma segurança cada vez maior, assim como o controle de velocidade e da propaganda da velocidade, erroneamente considerada como valor positivo dos carros e dos usuários. A disponibilização de carros não pode atender apenas as regras de mercado, no

¹⁸ Cienciologia é um termo proposto por Bunge (1980) para denominar a ciência para destruir a Ciência, a qual apresenta um rol de condições, a que chamou de receitas. Elas são de diferentes naturezas (biológicas, econômicas, políticas e culturais) e se destinam a impedir o avanço da Ciência.

tocante ao desing e conforto. Precisa garantir condições de proteção e segurança para o usuário das vias públicas, em respeito a legislação pertinente. Isto significa dizer que a propaganda da capacidade de desempenho de um veículo, em termos de velocidade não pode sugerir limites superiores ao determinado em lei.

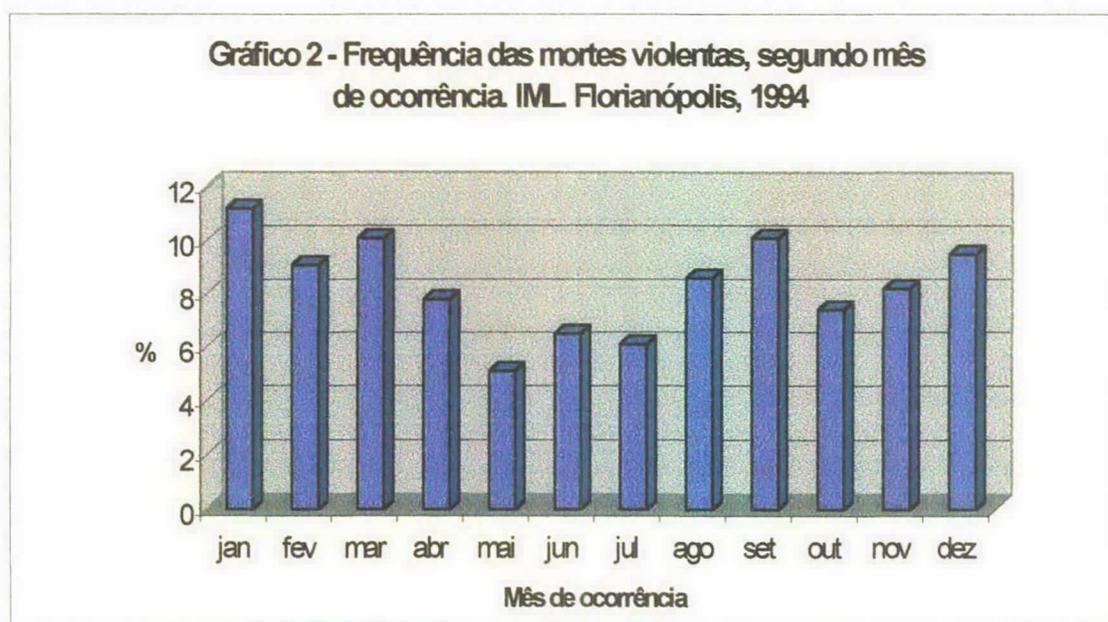
Outra medida, relacionada pela autora, consiste no controle, através de dispositivos de segurança nas estradas e nas ruas; nos pontos que oferecem maior risco e, na conseqüente conservação das estradas e das ruas de modo a garantir a segurança, quer seja para o usuário do veículo ou o pedestre.

O controle e punição dos motoristas em relação à ingestão de bebidas alcoólicas e excesso de velocidade, bem como a orientação e educação para o trânsito, complementam o rol de medidas propostas pela autora.

Podemos perceber que estas medidas não se revestem de alta complexidade, nem requerem especificidade tecnológica, demonstrando que soluções simples são eficazes ao propósito de reduzir as ocorrências de trânsito, contrariamente à violência por criminalidade que se apresenta como requerendo mais recursos financeiros e estratégias de maior complexidade. Isso nos faz pensar que, por muitas vezes, reunimos esforços, propondo estratégias acima de nossas possibilidades organizacionais ou financeiras para problemas de alta complexidade e, paradoxalmente não somos capazes de controlar aqueles que demandam menores investimentos.

Diferentemente dos dados apresentados no estudo de Souza, Minayo (1995), encontramos para a região aqui estudada, os afogamentos como a terceira causa contribuinte dessas mortes (9,7%). Isto pode ser reportado por tratar-se de uma região litorânea, que recebe grande fluxo de turistas nos meses de verão, buscando desfrutar exatamente de seus recursos hídricos, o que possivelmente aumenta o risco de ocorrências dessa natureza.

Essa característica de cidade veraneio é reforçada quando observamos a distribuição dessas mortes em geral, ao longo do ano, pois há uma concentração nos meses de janeiro, fevereiro e março, sugerindo que essas mortes tem relação com o fluxo turístico, aliás, uma importante fonte de renda dessa região (Gráfico 2).



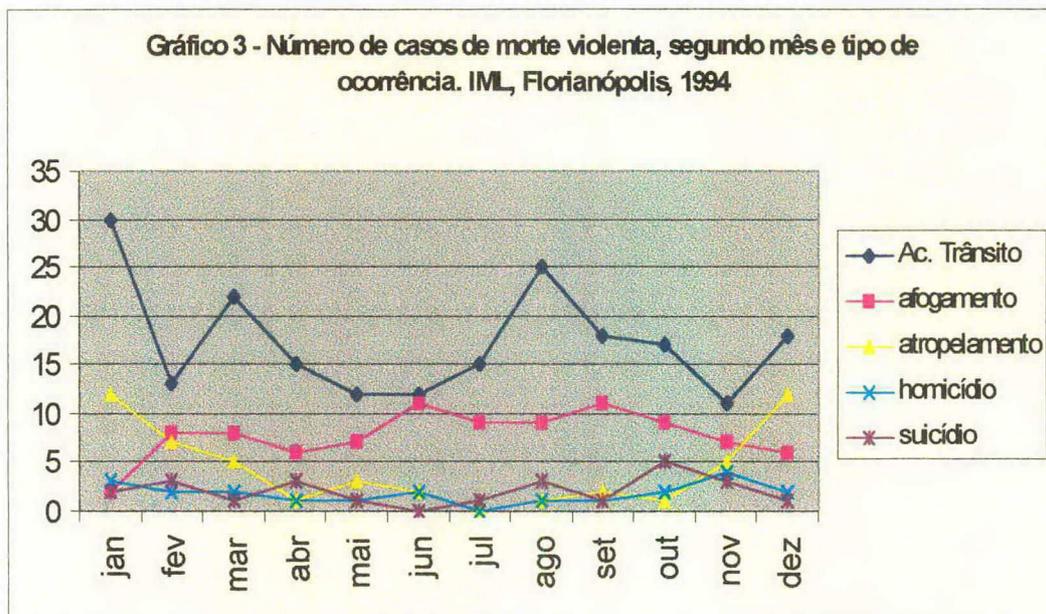
Essa constatação tem motivado a mobilização, pelo Estado, de medidas estratégicas, visando atender essa temporalidade já evidenciada empiricamente. Aqui lembramos a chamada “Operação veraneio” que concentra esforços de fiscalização do trânsito e atendimento à vítimas de acidentes de qualquer natureza (aí incluídos os afogamentos), desenvolvida durante o período de férias de verão, quando o fluxo de turistas na região aumenta.

As características de cada região provavelmente determinam a natureza da violência com que esta convive. Isto é corroborado por estudo realizado por Souza (1993), no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Nesse

estudo, as taxas por acidentes de trânsito decresceram no período (1979-1987), enquanto aumentaram as relativas aos homicídios. A autora associa o fato com vários fatores, formulando algumas hipóteses explicativas, tais como, qualidade de vida e das relações interpessoais, taxa populacional entre outras.

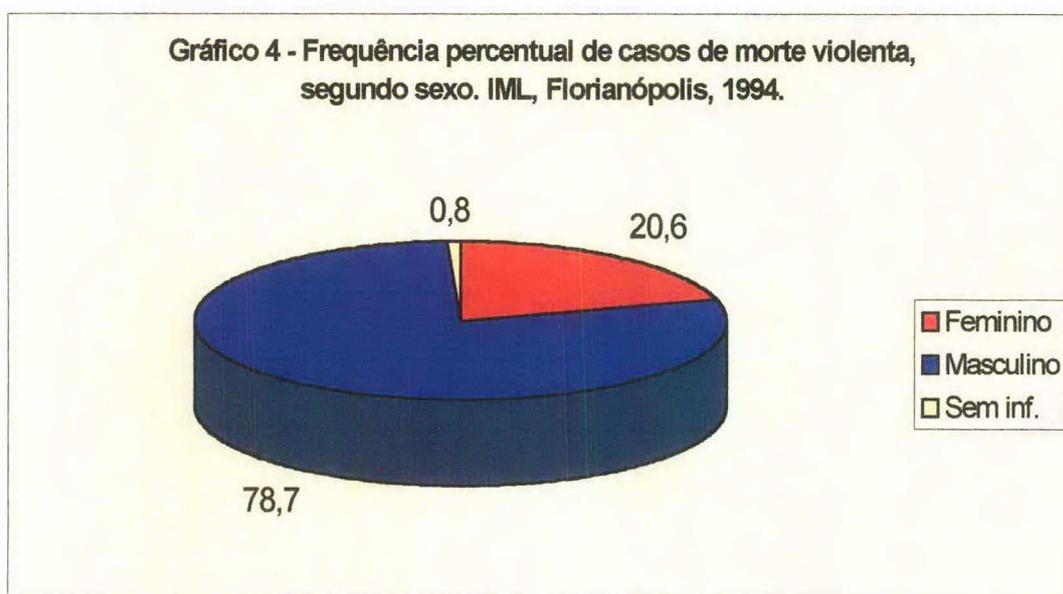
Se considerarmos que Florianópolis tem sido reconhecida pela mídia nacional, cujos dados são corroborados pelas estatísticas apresentadas pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como uma cidade que apresenta índices de qualidade de vida bem superiores aos demais municípios apontados (menos densidade populacional, menor índice de analfabetismo, menor população, entre outros) a realidade demonstrada pelos números nos aponta para uma importância ainda maior dessa mortalidade por causas externas.

Se observarmos o Gráfico 3, percebemos que a distribuição das mortes por acidente de trânsito apresenta comportamento semelhante: mantêm-se elevado durante o ano todo, e em janeiro atinge seu maior percentual. Devemos lembrar, também, que o aumento no fluxo de veículos nessa época na região sugere um possível aumento do risco para essas ocorrências, associado a outros componentes estruturais da cidade, como capacidade da rede viária para suportar o maior fluxo de veículos a motor, predisposição para o consumo de bebidas alcoólicas, insuficiência de policiamento preventivo, bem como, os modos diferentes de comportamento no trânsito.



Essa problemática cresce em importância quando verificamos em quem incide as conseqüências dessa violência. São os jovens; adultos jovens, predominantemente, homens.

Isto é confirmado pelos dados do IML. Do total de mortes registradas no IML (525), 78,7% são do sexo masculino e 20,6% do sexo feminino, corroborando o fato já constatado por outros estudos (Gráfico 4).

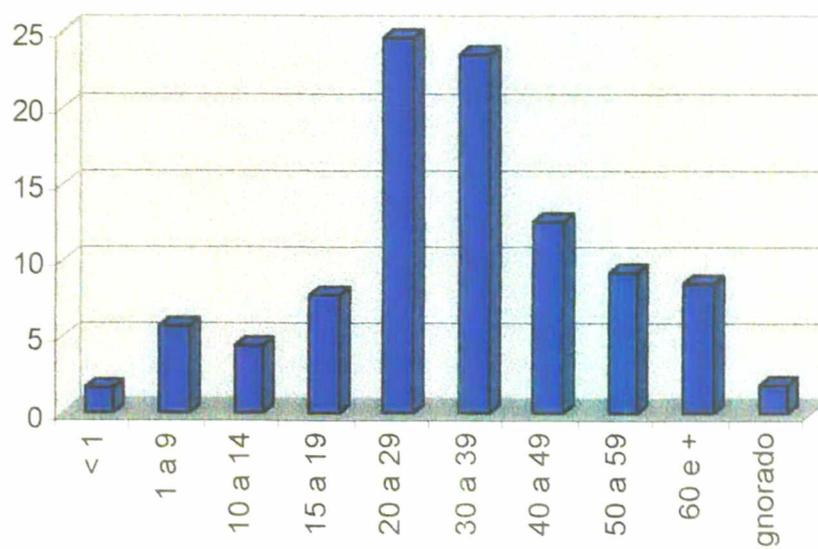


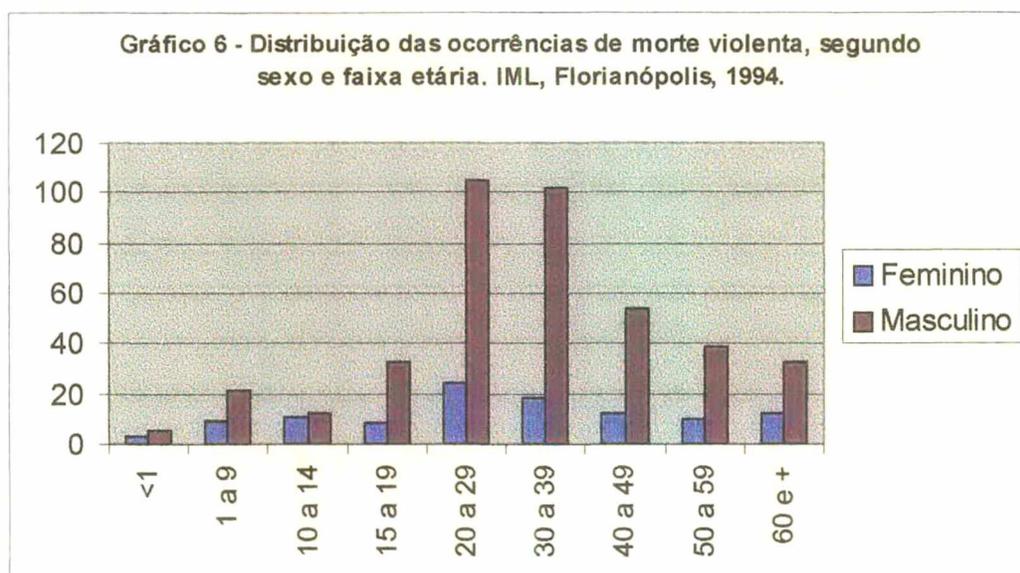
Como afirmam Souza e Minayo (1995, p.93) "...as causas externas se expressam mais intensamente em relação à mortalidade masculina, embora já se coloquem entre as cinco principais causas de morte feminina".

Mello Jorge e Latorre (1994) chamam a atenção para o fato de os coeficientes de mortalidade por essas causas serem maiores no sexo masculino. A relação entre os valores desses coeficientes é de aproximadamente 3:1, segundo Mello Jorge (1979).

Já a frequência de mortes violentas segundo faixa etária cresce proporcionalmente, atingindo a sua maior expressão entre os adultos jovens, sendo que as ocorrências de morte violenta se concentram nas faixas etárias 20 a 30 e 30 a 40, atingindo mais os homens (Gráfico 5 e Gráfico 6).

Gráfico 5 - Frequência percentual de mortes violentas, segundo faixa etária. IML, Florianópolis, 1994





Resultados semelhantes foram encontrados por Minayo e Souza (1993) ao estudar a mortalidade por causas externas. A maior parte dos acidentes, em geral, concentram-se nas faixas etárias mais jovens ou mais velhas, seguindo a tendência mundial em termos de maior incidência sobre o sexo masculino e em faixas etárias jovens.

Ainda em relação a faixa etária, Souza, Minayo (1995), encontraram as maiores taxas na faixa de 20-29 anos e na faixa de 60 anos e mais (para a população em geral); para os homens foram nas faixas 20-29 e 30-39 anos. Também, nessas faixas etárias são encontradas as maiores razões masculino/feminino, numa relação de oito óbitos masculino por óbito feminino. Os autores ainda ressaltam que para o sexo feminino, a maior taxa foi encontrada na faixa de 60 e mais anos. Porém, o maior crescimento da proporção de óbitos por essas causas foi entre a população feminina (1980-89) demonstrando que existe risco crescente para essa população.

Assim como demonstrado nesse estudo, no Brasil e em muitos países das Américas, a principal causa de mortalidade é por acidentes de trânsito, especialmente nas faixas etárias jovens. Na faixa etária de 15 - 24 anos, no Brasil, em 1986, os acidentes de trânsito apresentaram as taxas mais elevadas das causas externas, assim como, para os Estados Unidos e Venezuela (Yunes, Rajs, 1994).

Esse fato demonstra a importância da mortalidade por essas causas, já que ao incidir sobre pessoas jovens assumem maior importância quando analisados sobre anos potenciais perdidos para a vida. Tanto mais precocemente ocorre a morte, maior é a perda de anos potenciais para a vida, sendo demonstrativos de processos de desintegração social, exacerbados por essa violência. Esse fato coloca a morte por ocorrências de trânsito como uma das mais importantes e, portanto, de inquestionável valor para a sociedade e referencial obrigatório para o planejamento de políticas públicas. São vidas ceifadas precocemente, interrompidas de forma abrupta comprometendo a sobrevivência do homem e da própria sociedade.

Assim pensam, também, Mello Jorge e Latorre (1994) quando afirmam que a concentração de mortes na faixa etária do adulto jovem aumentam a preocupação com relação as medidas que visem a prevenção dessas ocorrências.

Estudos tem demonstrado, também, que o aumento das mortes por causas externas tem sido determinado por um grande complexo de fatores e condicionantes, de forma a tornar-se em 1989 a segunda causa de óbito no país, atrás apenas das doenças cardiovasculares. (Souza, Minayo, 1995).

Essa predominância de mortalidade nas faixas etárias jovens pode comprometer a sobrevivência da sociedade, sendo um reflexo de sua desintegração. Uma sociedade que coloca em risco a vida de seus membros de

forma tão banal, sendo incapaz de protegê-la, caminha para sua autodestruição. E mais, declara sua incapacidade para garantir seu desenvolvimento integral¹⁹, a partir das possibilidades de atendimento às necessidades de seus membros. Assim, por trás do grande complexo de fatores condicionantes dessa mortalidade violenta, encontramos uma incapacidade do Estado em garantir o pleno atendimento das necessidades manifestadas pela sociedade, o que poderia evitar sua desintegração.

Se analisarmos mais cuidadosamente os dados relativos aos acidentes de trânsito e os atropelamentos, verificamos que o comportamento é semelhante para homens e mulheres, nas respectivas faixa etárias (Gráficos 7 e 8). Para ambos os sexos, os maiores percentuais aparecem nas faixas etárias 20 - 30 e 30 - 40, declinando a partir daí, exceto para as mulheres na faixa etária de 60 anos e mais, que se equívale em termos percentuais a faixa de 30 - 40 anos. Entretanto os percentuais para os homens são maiores do que para as mulheres, em todas as faixas etárias.

Especificamente sobre a mortalidade proporcional por acidentes de trânsito, Souza, Minayo (1995) referem importante contribuição para ambos os sexos. No sexo masculino, as faixas etárias mais atingidas foram de 20-29 (26,2%) e 30-39 anos (20,7%); para as mulheres, além dessas mesmas faixas etárias, 20-29 (18,2%) e 30-39 (14,8%), aparece a faixa de 60 e mais com elevado percentual (15,7%).

¹⁹ Desenvolvimento integral no sentido expresso por Bunge (1980) cuja concepção consiste na síntese de quatro subsistemas principais : o biológico, o econômico, o político e o cultural. Somente a harmonia entre esses quatro subsistemas pode levar ao desenvolvimento, que deve incluir medidas para promover o progresso simultâneo dos mesmos.

Gráfico 7 - Número de casos de morte violenta, por acidente de trânsito e atropelamento, segundo faixa etária. Sexo feminino. IML, Florianópolis, 1994.

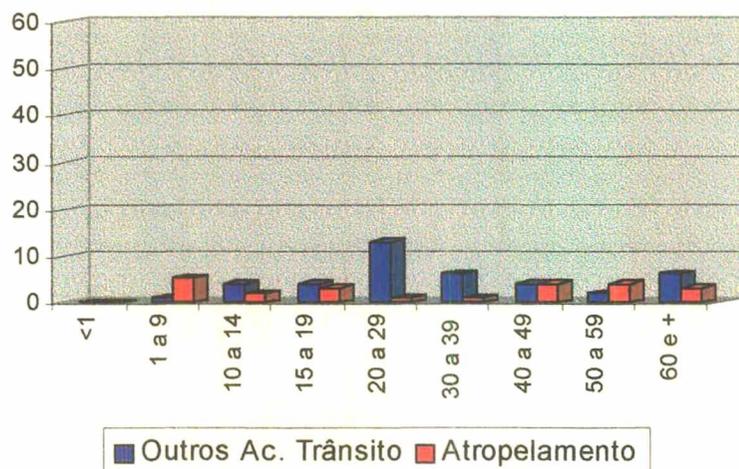
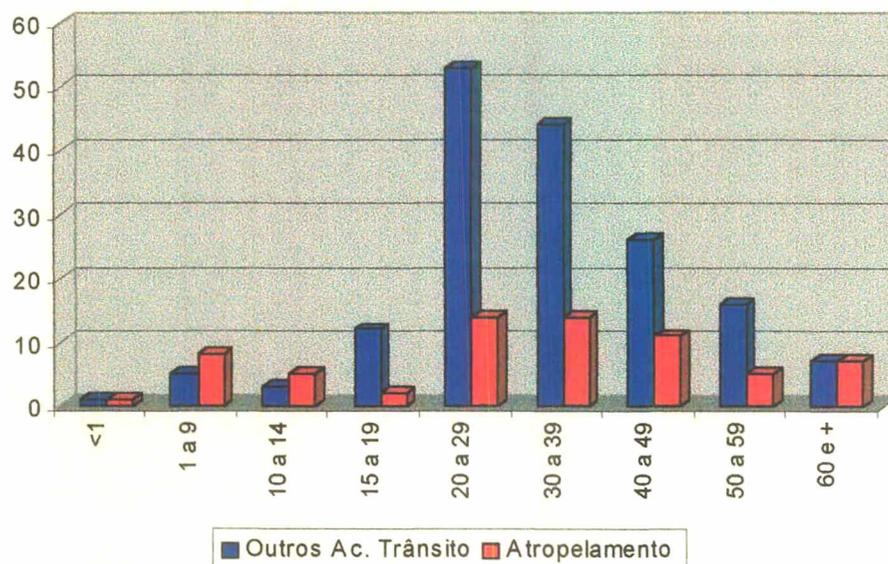
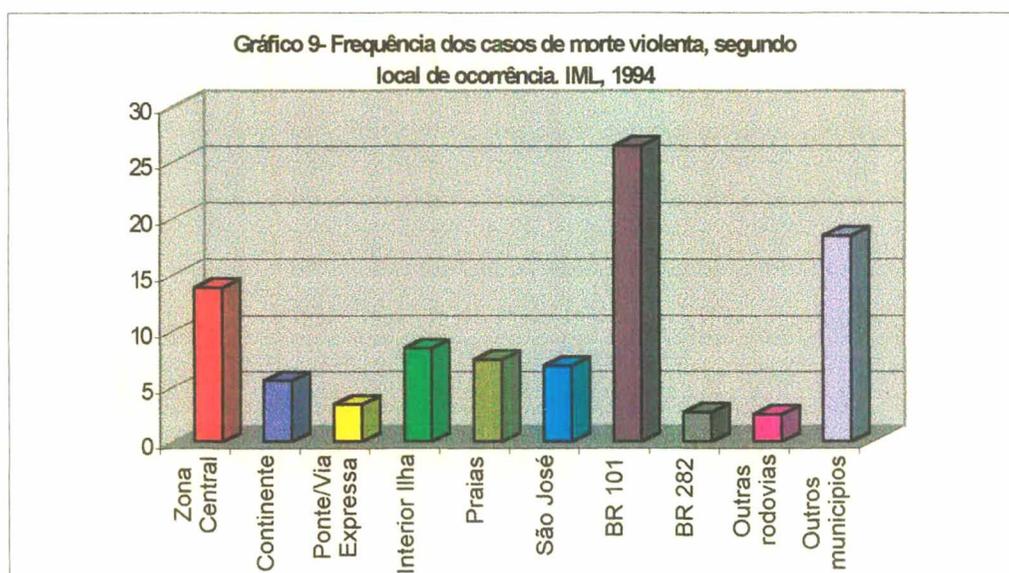


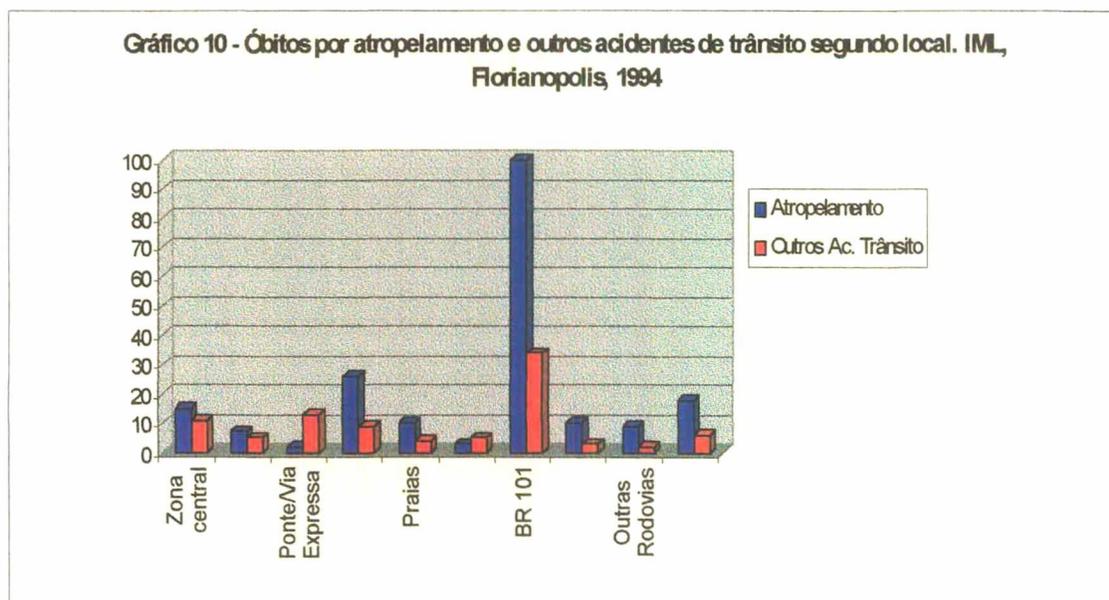
Gráfico 8 - Número de casos de morte violenta por acidente de trânsito e atropelamento, segundo faixa etária. Sexo masculino. IML, Florianópolis, 1994



Outro dado cujo conhecimento pode contribuir para o estabelecimento de estratégias de prevenção diz respeito a distribuição geográfica das ocorrências. No Gráfico 9, observamos a frequência dos casos de morte violenta, segundo local de ocorrência. Três locais se destacam: o que chamamos de (1) Zona central de Florianópolis, (2) a extensão da BR 101 e (3) outros municípios. Porém, das ocorrências de trânsito, apenas verificamos que a BR 101 assume importância inquestionável (Gráfico 10).



Assim como as doenças transmissíveis, os acidentes de trânsito apresentam uma distribuição no tempo e espaço que aparece associada com fatores ambientais. São observadas diferenças na distribuição geográfica especialmente entre zonas urbanas e rurais, quanto a natureza da ocorrência, se atropelamentos ou choques entre veículos (Las muertes, 199__).



Essa contribuição maciça da BR 101 nos casos de morte em ocorrências de trânsito corrobora o que é veiculado todos os dias pela mídia local e muitas vezes nacional e internacional. Convivemos diariamente com um expressivo contingente de acidentes nessa rodovia que é chamada de “rodovia da morte”, e que gerou um movimento político da sociedade em prol de sua duplicação, fato reconhecido como de necessidade inquestionável pelas autoridades governamentais. A BR 101 assume tal destaque, também, por constituir-se numa importante via de ligação entre os Estados da Região Sul e Sudeste do Brasil e como importante via de ligação entre os países do Mercosul, especialmente Uruguai e Argentina, de reconhecido impacto no desenvolvimento sócio-econômico da região. Além disso, é reconhecido o fato da maior gravidade das ocorrências de trânsito em auto-pistas, especialmente no tocante a sobrevivência, tendo em vista o excesso de velocidade, as imprudências, as más condições de conservação, a falta de sinalização, entre outros fatores.

Quase que diariamente, jornais trazem informações relativas a essa realidade dos números na BR 101. Reportagem veiculada no Diário Catarinense, de 9 de março de 1997, com base em um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA, informa que Santa Catarina é “campeã” de mortes de jovens no trânsito. Os acidentes no Estado matam mais entre a população de 15 a 29 anos do que nas demais localidades do País.

Nessa mesma reportagem são apresentados dados do IPEA Instituto de Pesquisa Econômica aplicada , período de 1990 a 1993, no qual o trânsito foi responsável pela morte de cerca de 8 jovens em cada grupo de 10 mil nas estradas catarinenses. Entre as mortes por causas externas, 50,3% foram mortes associadas a ocorrências no trânsito, o percentual mais alto da região sul e do país.

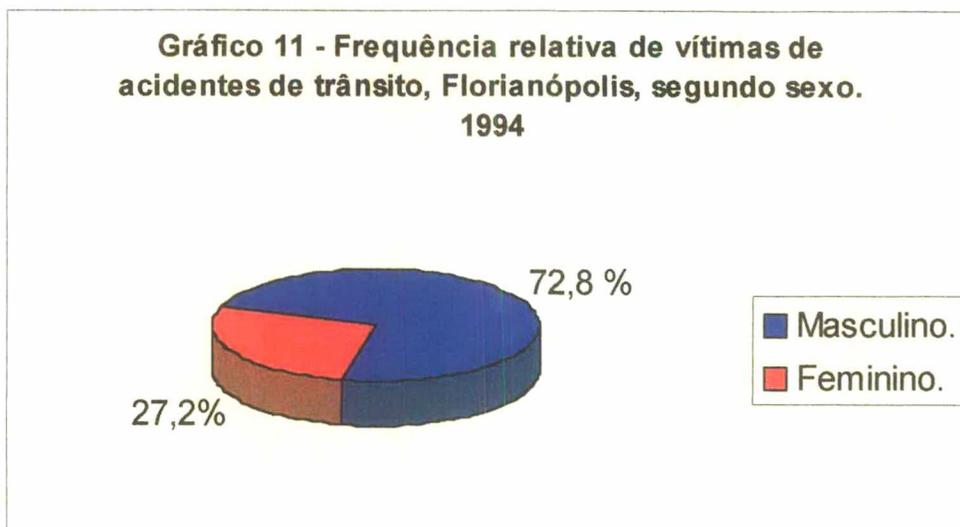
Chama a atenção que estados mais populosos e com trânsito considerado caótico, como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul registrem índices menores de morte no trânsito entre jovens do que regiões menos populosas, diz a reportagem. (Diário Catarinense, 1997).

A importância desses dados reside na possibilidade de reconhecer que a ocorrência de trânsito na região possuem expressividade numérica na mortalidade por causas externas, demonstrando que a violência que nos cerca é, provavelmente, de natureza diferente daquela que caracteriza os grandes centros urbanos brasileiros.

3.3 As violências traduzidas pelas ocorrências de trânsito – os dados do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros

Os dados do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros de Florianópolis/ Santa Catarina permitem traçar um perfil das diferentes ocorrências e não apenas daquelas que terminam em mortes. Estão incluídos todos os tipos de ocorrências de trânsito com vítimas, atendidas pelo Serviço, independente de seu desdobramento ou finalização. Esse Serviço consiste no socorro imediato prestado as vítimas, que promove uma remoção segura até a unidade hospitalar mais próxima da ocorrência ou aquela equipada com os recursos necessários para o atendimento do caso específico. Além disso, esse Serviço permite obter informações a respeito das vítimas e das ocorrências já que dispõem de um sistema informatizado de registro e acompanhamento.

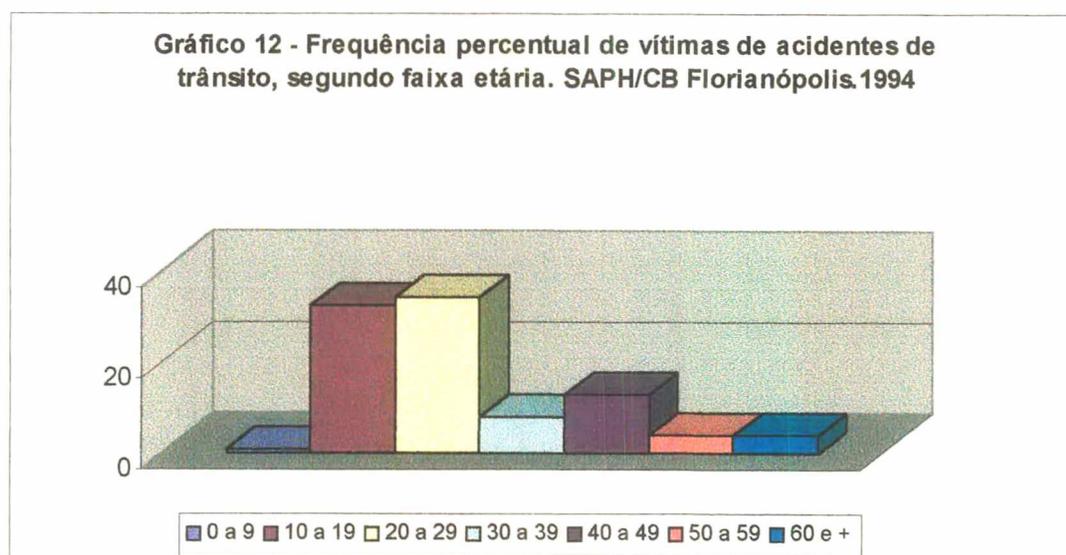
Quanto aos resultados, encontramos um total de 103 vítimas atendidas pelo SAPH/CB no período estudado, sendo que 72,8% eram do sexo masculino e 27,2% do sexo feminino (Gráfico 11). Cabe ressaltar que não representa a totalidade das ocorrências, mas a parcela atendida pelo referido serviço, já que este atende a demanda espontânea decorrente das chamadas da comunidade, como já explicitado anteriormente.



Estes dados sugerem maior incidência de agravos violentos para o sexo masculino do que o feminino, como já demonstrado pelos dados coletados no Instituto Médico Legal. Os homens morrem mais e são, também, os mais atingidos por eventos dessa natureza, especificamente, as ocorrências de trânsito, na realidade do estudo.

Em relação a idade das vítimas, a faixa etária de maior percentual foi a de 20 a 30 anos (38,8%) seguida pela de 10 a 20 anos (32,0 %). Em ambas as faixas concentraram-se mais de 70 % das vítimas atendidas (Gráfico 12). Considerando que estamos falando aqui das ocorrências, ou seja, do número de vítimas e não somente das vítimas fatais, verificamos que a faixa etária 10-20 anos aparece com importante contribuição, estando a demonstrar que, embora não resulte em morte, pode ser responsável por seqüelas e invalidez, permanente ou temporária. Ainda, contribuir para o surgimento de uma lesão ou incapacidade nem sempre atribuível a ocorrência, já que não são feitas avaliações seqüenciais ou de seguimento. Fato que nesse estudo não pode ser demonstrado haja vista, a não permissão de acesso ao prontuário com os devidos registros hospitalares. Também, cabe ressaltar aqui, que a própria

concepção de lesão ou comprometimento decorrente ou associado à violência de trânsito não incorpora a noção de temporalidade, ou seja, não estabelece um período de tempo dentro do qual, agravamentos do estado de saúde, sejam associados a ocorrências prévias dessa natureza sofridas por um indivíduo, a exemplo do conceito de mortalidade materno. Tal conceito incorpora tal noção de temporalidade ao determinar que “todo o óbito de uma mulher durante a gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou localização da gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” seja considerado como morte materna. (CMM, 1994, apud Valverde, 1997, p. 22)



Do total de vítimas, 63 % apresentaram ferimento em algum segmento do corpo, 32 % apresentaram fratura e 2,9 %, trauma de coluna. (Gráfico 13). Essas vítimas foram encaminhadas ao serviço hospitalar sem que, no entanto, haja um acompanhamento do desfecho da ocorrência, tanto no que diz respeito à sobrevida como a presença de seqüelas.

Gráfico 13 - Vítimas de ocorrências de trânsito segundo tipo de trauma. SAPH/CB- Florianópolis, 1994. Fonte: Sistema de informação de Apoio da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina

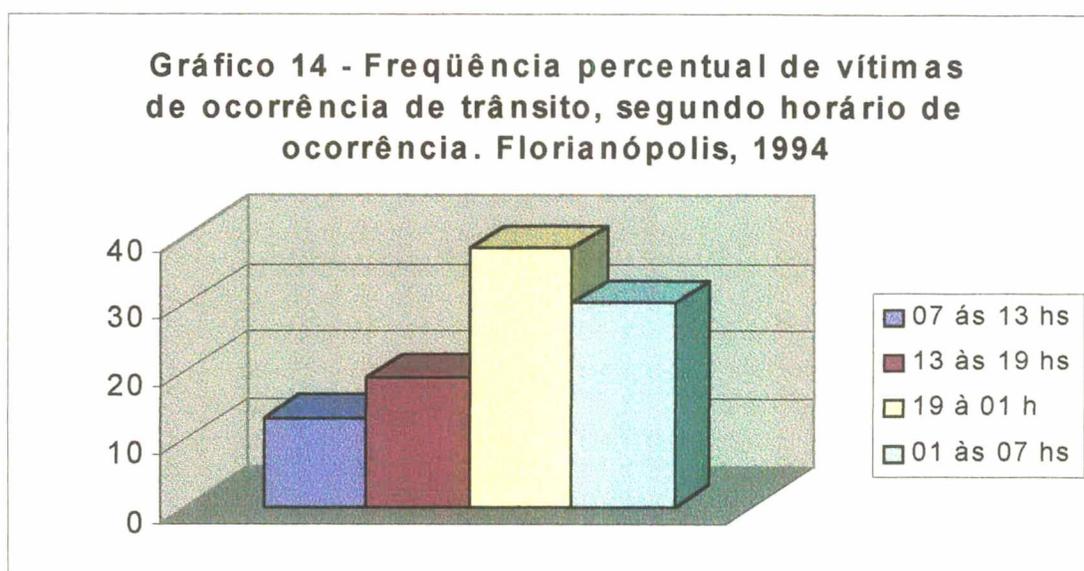


Em relação à natureza das lesões, encontramos um estudo de Koizumi (1985) que analisou a mortalidade por acidentes de motocicleta. Embora seja reconhecível a diferença da exposição em motocicleta ou veículo automotor, houve semelhança quanto a natureza dos diagnósticos. A autora encontrou, para as vítimas fatais, as fraturas e os traumatismos de tórax e abdômem como os diagnósticos mais frequentes.

Reconhecer quais os agravos mais frequentes permite ao serviço de saúde um planejamento assistencial adequado, que tenha capacitação específica, ou prioritária, para tais agravos. Os serviços de saúde ao conhecer tal informação podem envidar seus esforços no sentido de não só dar atendimento às vítimas, mas também, implementar medidas preventivas para tais agravos. Também, adequar a rede assistencial, para o estabelecimento de uma política de distribuição de áreas de cobertura, capacitando-as tanto materialmente quanto em recursos humanos. Embora hajam registros hospitalares que possibilitam traçar um panorama mais aproximado dessa realidade, a falta de uma sistematização e de próprio acesso a tais registros contribuem para a manutenção do desconhecimento quanto a adequação da rede assistencial às demandas geradas pela violência no trânsito. É importante,

ainda, que os serviços registrem tais informações a partir de classificações internacionais, pois permitem estudos comparativos, favorecendo a avaliação da realidade estudada.

O horário que apresentou o maior percentual de ocorrências foi, predominantemente, após as 19 horas, sendo que das 19 a 1 hora foram registrados o maior número de casos (40) seguido pelo horário da 1 a 7 horas da manhã, com 29 ocorrências. O horário noturno concentrou 69 % das ocorrências (Gráfico 14).



Relativamente ao período do dia, estudo de Mello Jorge (1982) encontrou os maiores valores no período compreendido entre 0 e 5 horas da manhã, quando foi verificado 35% das mortes. Isso difere do encontrado no presente estudo quando o horário com maior frequência percentual foi entre 19 e 1 hora (38 %). O registro de tais diferenciais podem estar associados aos hábitos e sistema de vida inerentes a cada uma das cidades, que geram processos de organização próprios e, em consequência, em exposição em diferentes períodos, também.

O registro de maior número de ocorrências no horário noturno levanta algumas possibilidades que o determinam. Entre elas podemos pensar no cansaço do condutor, as condições de sinalização e iluminação do trajeto, o fluxo de veículos, o aumento de consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, entre outras.

Esse dado corrobora, também, a percepção de que os mecanismos de enfrentamento da violência no trânsito precisam estar disponibilizados durante 24 horas e, especialmente, no horário noturno, no que tange as medidas de evitabilidade e, em decorrência, de atendimento pré-hospitalar e hospitalar.

Pelo que nos traduzem os números, podemos deduzir que o problema da mortalidade por acidentes de trânsito é crescente; atinge a população adulta jovem, especialmente os homens, tendo, por consequência, grande impacto no número de anos de vida perdidos. É por isso que a mortalidade por tais causas é de relevância e constitui-se num importante problema de saúde pública.

Entretanto, “as possíveis explicações não podem estar apenas do lado dos números, pois eles não têm significados por si só. Sua recusa ou aceitação, na verdade, se faz em função de um aparato teórico que os interpreta, ou de um sistema metodológico que os ordena e classifica”, como afirma Paula (1991, p. 148). Por isso, é preciso tentar outros caminhos; trocar o rigor por um passeio pelas possíveis interpretações dos dados disponíveis, e ousar extrapolar, buscando explicações e significados aos dados quantitativos. Essa tentativa tem a finalidade de aprender subsídios sobre a questão da violência no trânsito e sua inter-relação com a saúde. Refletir acerca do sistema de saúde como mecanismo de intermediação da violência ou de manutenção do poder, a partir da reflexão teórica orientada pelos achados quantificados. É o que apresentaremos no capítulo seguinte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia sem números** - Uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro : Campus, 1989.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **Temas de filosofia**. São Paulo: Moderna, 1992.
- BUNGE, Mário. **Ciência e desenvolvimento**. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/ Universidade de São Paulo, 1980. (Trad. Cláudio Regis Junqueira)
- DEVER, G.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: PROHASA, 1988.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- GRANDA, Edmundo., BREILH, Jaime. **Saúde na sociedade**. São Paulo : Abrasco/Cortez, 1989.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde** - nêmesis da medicina. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.
- KOIZUMI, Maria Sumie. Acidentes de motocicleta no município de São Paulo, S.P., Brasil. 2 - Análise da mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 19, p. 543-555, 1985.
- LAS MUERTES violentas. OMS, 199_.
- LAURENTI, Ruy et all. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. I - Metodologia e resultados gerais. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 24, p. 128-33, 1990.
- LOLIO, C.A. de et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. III - Mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 25, p. 37-40, 1991.
- LONDOÑO V., A., WILLS B., B. El trabajo de la mujer y su impacto sobre la salud. **Rev. Inv. y Educ. en Enfermería**, Medellín, v. IV, n. 2, p. 33-46 , Set., 1986.
- MACEDO, Carlyle Guerra de. Violencia : un problema de salud pública (Mensaje del director). **Boletim da Oficina Sanitária Pan-americana**, n. 115, v. 5, 1993, p. i.

MACMAHON, B., PUGH, T. F. **Principios y metodos de la epidemiologia**. México : La Prensa Mexicana, 1975.

MANUAL da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte - CID; 9a. Revisão, 1975. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1978, v. 1.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. de. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, Brasil. I- Mortes violentas no tempo. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v.14, p. 343-57, 1980a.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. IV - A situação em 1980. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 16, p. 19-41, 1982.

_____. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. IV - A situação em 1980. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 16, p. 19-41, 1982.

_____. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo. II - Mortes acidentais. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 14, p. 475-508, 1980b.

_____. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo. III - Mortes intencionais. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 15, p. 165-93, 1981.

_____. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. n. 24, v. 3, p. 217-223, 1990.

MELLO JORGE, Maria Helena, LATORRE, Maria Rosário. Acidentes de trânsito no Brasil : dados e tendências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10 (supl.1), p. 19-44, 1944.

MELLO JORGE, Maria Helena. **Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo**. São Paulo, 1979. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

MINAYO, M. C. S. **Violência urbana e seu impacto na saúde**. Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde. Projeto Integrado. Rio de Janeiro, mimeo, 1989.

_____. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supl.1), p. 07 - 08, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. de. Violência para todos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 1, p. 65-78, jan/mar 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. In: SPÍNDOLA, Aracy Witt de Pinho et al (coord.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, M. J. de C. Enfoque de risco na assistência de enfermagem comunitária. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 271 -285, 1984.

- OPS. **Las condiciones de salud en las Americas**. Washington, D.C. 1990. Publicación científica 524, p.119-223.
- PAULA, Sérgio Goes. **Morrendo à toa - causas de mortalidade no Brasil**. São Paulo: Ática, 1991. 160 p.
- PEIXOTO, Heloisa Côrtes Gallotti. **Mortalidade em Santa Catarina - aplicação do indicador anos potenciais de vida perdidos**. Florianópolis, 1997 (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). UFSC, 1997.
- PILATI, José Isaac. **Vigilância sanitária: contribuições ao estudo jurídico e político**. Florianópolis, 1995. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade - heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo : HUCITEC, 1989.
- PÜFFER, R. R., GRIFFITH, G.W. Accidentes, envenenamientos y violencias. In: _____ . **Características de la mortalidad urbana**. Washington, D.C., Organización Pan-americana de la Salud, 1968. (OPAS - Publicación científica, 151)
- SILVEIRA, M. H., GOTLIEB, S. L. D. Acidentes, envenenamentos e violências como causa de morte dos residentes no Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde públ**, São Paulo : v. 10, p. 45-55, 1976.
- SOARES, Luiz Eduardo. O inominável, nosso medo. In: SOARES, Luiz Eduardo et all. **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- SOUZA, Edinilsa. Violência velada e revelada - estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 1, p. 48-64, jan/mar 1993.
- SOUZA, Maria de Lourdes de, PRADO, Marta Lenise do. A epidemiologia como suporte para assistência de Enfermagem - contribuição ao debate. **Rev. Texto Contexto Enf**. Florianópolis, no. 2, v. 1, jan/jun. 1993, p. 93 - 99.
- SUSSEKIND, Elizabeth A manipulação política da criminalidade. **Ciência Hoje**. v. 5, n. 28, jan./fev., 1987.(encarte especial).
- VALVERDE, Maria Marlene Montes. **Um referencial amoroso para assistir-cuidar das adolescentes grávidas**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC, 1997.
- YUNES, João, RAJS, Danuta. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jovenes de la región de las Américas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl.1), p. 88 - 125, 1994.

YUNES, João. Mortalidade por causas violentas en la región de las Américas. **Bol. Ofic. Sanitária Panamericana**, n. 114, v. 4, p. 302-316, 1993.

SOUZA, Edinilsa Ramos de Souza, MINAYO, Maria Cecília de Souza. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil : década de 80. In : MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Os muito Brasis - saúde e população na década de 80**. São Paulo-Rio de Janeiro : Hucitec/Abrasco, 1995, p.87-115.

SCARDUELI, Paulo. Atropelamentos crescem até 33% em apenas um ano. **Diário Catarinense**. 13, abril, 1977.

VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO: O SISTEMA DE SAÚDE COMO MECANISMO DE PRESERVAÇÃO DA SOCIEDADE

“...sob o ponto de vista ético, a violência é inaceitável, já que atenta contra o valor, a integridade e os direitos do ser humano.” (Macedo, 1993)

Aos dados quantitativos aqui apresentados buscamos acrescentar explicações e significados que nos permitam avançar no sentido da apreensão do fenômeno da violência e de sua inter-relação com a saúde. Buscamos compreender o sistema de saúde como um mecanismos de preservação da sociedade e não como um intermediador da violência.

A violência e, entre elas, a violência no trânsito, deteriora profundamente a qualidade de vida dos indivíduos, causa privação, mutila e mata. Como afirma, Agudelo (1994) a violência é uma constante ameaça contra a integridade psicológica, física, orgânica e emocional das pessoas. Não só uma ameaça, mas a concretização de qualquer violência destrói segmentos desta integridade. E, quando culmina na morte, destrói totalmente, já não a

saúde, mas a vida, em seu momento mais pleno e promissor, como no caso da violência no trânsito, que afeta, predominantemente, adultos jovens. A violência no trânsito compromete a preservação da sociedade já que incide predominantemente sobre a faixa etária jovem. o que é corroborado pelo dados aqui apresentados.

A saúde é realização positiva da vida, ou seja, a saúde tem valor enquanto é vida em ação, em plena realização. A saúde é vida em presente positivo, como processo vital humano (Agudelo, 1994)

Ao pôr em risco o processo vital humano, a violência determina um aumento dos processos de desintegração da sociedade, ao mesmo tempo em que constitui uma estratégia para chamar a atenção pública para essa mesma desintegração. É o que afirma Arendt (1994, p. 58) quando diz que a violência “pode servir para dramatizar queixas e trazê-las à atenção pública”. A violência surge quando as necessidades da sociedade não são satisfeitas; sua exacerbação passa, então, a ser um "aviso".

Cada fato violento, em qualquer espaço social, desencadeia reações e contra-reações que “contaminam” a vida cotidiana e atingem toda a sociedade, produzem sensação de insegurança e medo, que se traduzem em comportamentos de receio, desconfiança e apreensão (Roux, 1994).

A violência atinge o indivíduo como um todo, exacerbando ou determinando enfermidades, submetendo o organismo (corpo e mente) à mutilações, ferimentos, desequilíbrios funcionais e, por fim, até a morte. E, é na morte que a existência da violência se revela, de maneira inegável, à sociedade e ao Estado, porque dificilmente pode ser escamoteada ou negada, assumindo caráter de irreversibilidade.

A morte, entretanto, a par de ser a consequência da violência de maior impacto sobre a sociedade - porquê visível e inexorável, não se constitui na única. Uma série de agravos à saúde e a vida do cidadão e da coletividade decorrem do fenômeno da violência, contribuindo para a deterioração das condições de vida e saúde e, ao mesmo tempo, para o agravo e aparecimento dessa mesma violência. Ninguém está imune, ainda que a probabilidade de estar exposto a ela dependa de inúmeros fatores que determinam o grau de exposição ao risco de sofrer violência (Roux, 1994).

Como afirma Roux (1994), a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de suas seqüelas, está adquirindo caráter de endemia²⁰ e convertendo-se em um dos principais problemas urbanos. Muitos episódios de violência terminam em morte ou ocasionam danos físicos e transtornos psicológicos que limitam a funcionalidade individual e social, desrespeitando e quebrando direitos humanos e de cidadania.

A violência no trânsito, gera e redimensiona processos mórbidos com repercussão individual e social-coletiva. A repercussão individual (física ou psicológica) é aquela que se manifesta prioritariamente sobre o indivíduo; enquanto a repercussão social-coletiva é compreendida como os impactos desta sobre a família, o grupo de trabalho, o serviço de assistência à saúde e seguridade social, ou seja, a sociedade em geral. Tais repercussões assumem dimensão importante, pois segundo Jurgensen (1993) para cada 10.000 casos de morte no trânsito, ocorrem 50.000 casos de seqüelas, que mobilizam tratamento e serviços de recuperação, cujos custos são elevadíssimos.

²⁰ O termo endemia é aqui empregado porque a violência se tornou de tal forma freqüente, que já podemos falar em uma presença permanente, com uma incidência constante de novos casos.

Se adotarmos essas projeções para os dados desse estudo vamos encontrar uma possibilidade de 1.045 (209 casos de mortes registrados no IML) casos de seqüelas decorrentes da violência no trânsito, com requerimentos de serviços de saúde a nível de tratamento e reabilitação. Também, casos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, que comprometem as condições de vida e sobrevivência pessoal e familiar.

Öström (1993) reconhece que as repercussões sobre a saúde decorrentes de acidentes de trânsito tem estimativa de maior custo que as doenças do coração, sendo superadas somente com os custos para o tratamento de câncer.

Tais repercussões sobre a saúde, assim com sua reconhecida magnitude, transcendência e vulnerabilidade fazem da violência no trânsito um importante problema de saúde pública. Sua magnitude é inquestionável frente aos números que demonstram a freqüência de agravos incidentes na população em geral, com predominância em adultos jovens.

Como afirma Peixoto (1997), os acidentes de trânsito de veículo a motor ocupam a primeira posição entre as causas de óbito pelo indicador Apvp - Anos potenciais de vida perdidos, em 1995, em Santa Catarina. O peso relativo dessa causa corresponde a 15,5% do total de Apvp, sendo responsável pela perda de 39,2 anos de vida de cada vítima. O risco de morrer por acidentes de trânsito, em Santa Catarina, passa de 20,8/100.000 habitantes, em 1980, para 33,9/ 100.000 habitantes, em 1995, representando um aumento acumulado no período de 63%.

Reconhecer o impacto das causas externas na estrutura da mortalidade de uma população assume, pois, importância fundamental, especialmente no tocante a compreensão desse fenômeno, enquanto reflexo de processos de

desintegração social em curso. É a partir desse conhecimento que se descortina a possibilidade de implementar medidas de prevenção de ocorrência e de redução de seqüelas. Além disso, implica no resgate do compromisso social com a vida e a saúde da população, garantindo a preservação da sociedade. Com base nesse conhecimento poder-se-á favorecer o controle social do cumprimento, pelo Estado, de sua função de atender as necessidades políticas das massas populacionais

Como afirma Öström (1993) a mais importante razão para buscar a redução da mortalidade por ocorrências de trânsito é a tragédia humana, especialmente quando há invalidez e morte. Do mesmo modo, a garantia da mobilidade, de ir e vir, não só como princípio de liberdade social, mas também de manutenção das atividades econômicas (como por exemplo o escoamento da produção, as atividades de comércio) fazem do desafio em enfrentar a violência no trânsito um problema emergencial.

4.1 O Sistema de Saúde como intermediador da violência no trânsito

O sistema de saúde responde as demandas da sociedade, como mecanismo de preservação, na medida em que o Estado cumpre seu papel, ou seja, sua função social.

O Estado deve corresponder à Sociedade, na concretização dos anseios humanos, tendo uma função social: compromisso com o Bem Comum,

compreendido para além das necessidades materiais, alcançando a dimensão do respeito aos valores fundamentais da pessoa humana. Isto implica na utilização de mecanismos que favoreçam a criação e realização de condições de sensibilidade, racionalidade e acessibilidade, com igualdade de possibilidades, para o homem nos planos político, social, cultural e econômico (Pasold, 1983). Quando isso não ocorre, desencadeiam-se processos de desintegração social que se manifestam através de diferentes formas de violência e, então, o Sistema de Saúde passa a responder aos seus produtos, como mecanismo de intermediação dessa violência.

Dados de mortalidade por violência que revelam elevado número de mortes relacionadas a ocorrências dessa natureza, como verificado no caso da região de abrangência desse estudo, sugerem que, do ponto de vista prático, o Estado não tem se mostrado competente para mobilizar mecanismos de preservação social. Isto implica afirmar que medidas de prevenção como fiscalização, normatização e educação estão sendo negligenciadas, ou ainda, não têm a prioridade política requerida.

Tal quadro é percebido pelas exigências de investimentos no Serviço de Saúde no que diz respeito a adequada preparação desse para a atenção dos produtos da violência. Esta preparação inclui, segundo Agudelo (1994), a adequada formação de pessoal, tanto em aspectos epidemiológicos e psico-emocionais do problema, como em capacitação específica para atender os casos mais frequentes; estruturação da dinâmica da assistência para o atendimento de casos de emergência; dotação do serviço com materiais e insumos requeridos para a atenção das modalidades de violência conhecidas; adequação física do espaço interno dos serviços, em função das demandas da atenção específica; colocação adequada ao espaço geográfico atendido;

adequados sistemas de intercomunicação entre os diferentes níveis dos serviços²¹, em uma mesma região e claras políticas de redução da violência, respaldadas com a infra-estrutura necessária.

Ao não ser capaz de fazer frente a violência no trânsito, no sentido de reverter o quadro que se apresenta, ao Estado, impõem-se, então, a necessidade de mobilizar mecanismos de intermediação dessa violência.

Por sua própria natureza, a violência afeta a múltiplos campos da vida individual e social e, portanto, a diferentes disciplinas. No caso da violência no trânsito, o Sistema de Saúde é, sem dúvida, um dos mais implicados. Compete a ele a recuperação do indivíduo e sua reintegração na sociedade, quando possível, tendo em vista o agravo e as disponibilidades de recursos tecnológicos, materiais e humanos, sendo as instituições que a sociedade espera que dêem atenção imediata as vítimas da violência (Agudelo, 1994)

A resposta deste setor, entretanto, tem sido, em geral, passiva e limitada, freqüentemente, como mecanismo de intermediação das tensões geradas pela violência, sem no entanto participar do processo político de resolução. O sistema de saúde tem-se restringido a algumas ações, tais como, registro dos fatos violentos que chegam até o serviço (em geral, casos de emergência e morte); a atenção das vítimas em serviços de urgência; a qualificação médico-legal dos atos de violência e aos esforços de recuperação das seqüelas físicas ou psíquicas em serviços de reabilitação e atenção psiquiátrica (OPAS, 1990).

²¹ Entende-se como diferentes níveis de serviço, a hierarquização pretendida no Sistema Único de Saúde, na Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e declarada na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, Seção II - Da Saúde, que diz : "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade."

Os profissionais da área da saúde, em particular, e a sociedade, em geral, em sua maioria, desconhecem a extensão dos danos causados pela violência no trânsito; têm uma visão pontuada na demanda dos serviços e limitada a sua intervenção, desconhecendo como as seqüelas de tais atos interferem nas condições de vida e sobrevivência, até mesmo quando o desfecho acaba sendo a morte tardia. A sociedade, em geral, apenas registra aquilo que os meios de comunicação apontam, sempre percebidas muito longe de suas individualidades e possibilidade de intervenção.

O sistema de saúde, enquanto intermediador da violência surge, então, quando o Estado se fragiliza no uso dos mecanismos para a preservação da sociedade. Quando falamos em violência no trânsito podemos pressupor que, tanto mais freqüente e grave será quanto menor for a capacidade do Estado em cumprir sua função social.

Chama a atenção que os requerimentos da sociedade são explicitados a partir dos produtos da violência, embora se reconheça que os determinantes dessa violência são de outra natureza, ou seja, não ligados ao Serviço de Saúde. É o que percebemos quando Hoffmann²², em reportagem de jornal, aponta como causas de tantos acidentes, o fluxo de veículos acima do permitido, má sinalização, reparos na pista de rolamento sem margem de segurança para motoristas e pedestres e, sobretudo, falta de educação no trânsito. Ao falar sobre as causas de acidentes com adolescentes, Hoffmann apontou como sendo decorrentes da falta de controle na situação demonstrando desconhecimento das leis de trânsito; velocidade em excesso refletindo a inexperiência em lidar com veículos automotores; mecanismos de tomada de

²² Psicóloga Maria Helena Hoffmann, responsável pelo programa de reeducação de infratores da Escolinha do DETRAN.- Florianópolis, Santa Catarina em reportagem do Diário Catarinense, jornal de circulação estadual, de 28 de outubro de 1996, p.42.

decisão e habilidade para dirigir ainda precários; pressão de amigos, gerando a necessidade de se exibir; comportamento de risco, procurando desafios e consumo de álcool e drogas.

Colocadas dessa forma, as causas parecem relacionadas a diferentes dimensões: uma dimensão coletiva, de responsabilidade do Estado e da sociedade e outra individual, relativa ao comportamento de cada indivíduo. A omissão do Estado e da sociedade que não fiscaliza preventivamente o excesso de velocidade, a concessão de habilitação para dirigir ou o seu uso; o consumo de álcool e droga quando dirigindo, quer seja no perímetro urbano, quer seja nas estradas e não oferece as adequadas condições de uso das ruas e estradas, demonstra o não cumprimento de seu papel. Falha, portanto, no uso de mecanismos de preservação da sociedade, já que tais ocorrências colocam em risco a própria sobrevivência social. Fiscalizar preventivamente, requer o reconhecimento dessas medidas gerando uma determinação política e investimento adequados no setor, capaz de fornecer infra-estrutura adequada e necessária para que isto se efetive na prática.

De outro modo, o comportamento individual apontado como determinante desses atos violentos requer cautela, já que tal compreensão é passível de questionamento, pois, como afirma Roux (1994), os comportamentos agressivos que dinamizam a violência encontram sua razão de ser nas condições sociais, políticas e jurídicas predominantes na sociedade. As condutas violentas não podem ser explicadas unicamente pela natureza humana, pois sua fundamentação vai mais além das pessoas tomadas isoladamente. A carga psicológica que alimenta comportamentos agressivos se nutre e explode em ambientes sociais. É recomendado que não se decifre a lógica da violência a partir de explicações individuais nem separando-a de seus

determinantes socioculturais, haja vista a complexidade do fenômeno e o que pode representar acerca das relações psicossociais.

A violência é um fenômeno social e histórico, que se concretiza nas relações sociais; é um fenômeno complexo e diversificado. É por isso que a violência no trânsito pode ser reflexo de processos de desintegração social, que se manifestam a partir da negligência do Estado no desempenho de sua função; quando o poder do Estado se fragiliza e, este, se torna incapaz de atender aos requerimentos da sociedade. As manifestações dessa negligência podem ser percebidas a partir de diferentes situações, as quais demonstram a não disponibilização pelo Estado das exigências para o cumprimento da normas sociais.

A gestão por normas²³ e regras é que possibilitam a convivência social. Esta possibilidade é intermediada pelo Estado, já que “a toda norma implica uma exigência de realização” (Vazquez, 1970, p. 224). Ou seja, para que uma norma seja cumprida, algumas condições são necessárias, as quais nesse caso devem ser disponibilizadas pelo Estado, ou ainda, intermediadas por ele. É o que Pasold (1983, p. 16) chama de condição instrumental do Estado Contemporâneo: “ele nasce na sociedade e existe para atender demandas que, permanente ou conjunturalmente, esta mesma sociedade deseja sejam atendidas”. Exemplo disso é a aprovação do novo Código Nacional de Trânsito, em 1997, proposto pelo Legislativo e sancionado pelo Poder Executivo, revelando a tentativa do Estado no cumprimento dessa sua condição instrumental. Entretanto, essa condição não se esgota na aprovação

²³ A norma tende a regular o comportamento dos indivíduos de acordo com a necessidade e interesse de determinada comunidade e, por conseguinte, justifica-se na medida em que está de acordo com os mesmos. As normas não existem isoladas, mas formam parte de um conjunto articulado ou sistema, que constituem o código moral da comunidade (Vazquez, 1970, p. 224-225)

do referido Código, pois precisa ser seguida de sua plena aplicação.

No caso da violência no trânsito as condições de que se fala são relativas a educação para o trânsito, a fiscalização do uso das vias públicas e da aplicação da legislação de trânsito, controle da cessão de habilitações para dirigir e o seu uso, manutenção das condições ideais de trafegabilidade nas vias públicas e dos veículos. Ainda, garantir estrutura assistencial a nível pré-hospitalar e hospitalar, que contribua para a redução do risco de morte e invalidez, já que ocorrências de trânsito, em alguns casos, tem caráter de acidentalidade, não sendo preveníveis em sua totalidade (falha mecânica do veículo não identificada em serviços de manutenção ou falha humana).

Outro exemplo de não cumprimento pelo Estado de sua função, diz respeito a publicidade de veículos automotores. As agências de publicidade, os fabricantes e os meios de comunicação de massa, alimentam a atmosfera de violência com matérias publicitárias que enaltecem valores e condutas que contribuem para a exacerbação da violência no trânsito. As propagandas de veículos a motor, associam a qualidade do produto a sua capacidade de desempenho em termos de velocidade, destacando a “qualidade” de chegar sempre na frente. Isso demonstra a omissão do Estado no cumprimento de sua função, já que a ele compete assegurar o cumprimento da lei e a legislação de trânsito brasileira estabelece limite de velocidade máximo em 80 km/ hora para determinadas rodovias e, até, inferiores a isso, em outras, muito abaixo daquela que as matérias publicitárias sugerem nos anúncios de seus produtos.

Tais propagandas induzem a associação da velocidade (uma das grandes responsáveis pela violência no trânsito) como critério de valoração do produto. Além disso, o próprio sistema industrial e comercial que disponibiliza veículos com velocidades muito superiores as permitidas por lei, sem qualquer controle

ou sanção pelo Estado, contribui para esse quadro de omissão, acrescido até da produção internacional que oferece veículos para uma outra realidade.

A proliferação da violência e sua expressão variada, em diversos cenários e por diferentes atores sociais, é resultado também da oportunidade para agredir impunemente. Uma das características da violência urbana são as inúmeras chances de ser perpetrada sem que alguma sanção aos responsáveis seja aplicada (Roux, 1994). Isto, também, é observado no caso da violência no trânsito, uma vez que o Código Nacional de Trânsito, até pouco tempo atrás, não considerava crime, a morte provocada em ocorrências dessa natureza.²⁴ Assim, a impunidade que cercava tais ocorrências contribuía para exacerbar a violência, demonstrando a omissão do Estado. Essa situação tende a ser revertida uma vez que o novo Código Nacional de Trânsito trata essa questão de modo diferente, com maior rigor traduzido por penas e multas de maior monta. Resta saber se, a adequada aplicação do Código contribuirá para a reversão do quadro a curto ou médio prazos ou, se passada a euforia de sua implantação, para a sua manutenção ou, até, seu agravamento.

Esta afirmativa nos remete, novamente, a refletir sobre a função do Estado, colocando em pauta a polaridade entre o direito individual no uso do carro e da estrada e o dever relativo a esse no âmbito coletivo: até que ponto o coletivo deve interferir no comportamento individual, regulando-o.

Sabemos que a conduta humana está mediada por diferentes formas de comportamento, entre eles o moral e o jurídico. “Moral e direito têm em comum uma série de características essenciais e, ao mesmo tempo, diferenciam-se por outros traços específicos” (Vazquez, 1970, p. 81). Ambos

²⁴ Foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República o novo Código Nacional de Trânsito, onde, entre outras modificações, a morte provocada em ocorrências de trânsito passa a ser considerada crime e a multas e penas por infrações cometidas no trânsito são mais rigorosas.

tem caráter histórico e regulamentam as relações dos homens por meio de normas, postulando uma conduta obrigatória e devida; respondem a uma mesma necessidade social, ou seja, a garantia de certa coesão social. Normas morais e normas jurídicas são imperativas: acarretam a exigência de serem cumpridas, determinando o comportamento dos indivíduos em sociedade.

Assim como os demais, o comportamento no trânsito está mediado por normas morais e normas jurídicas. Cai na esfera do direito enquanto viola normas jurídicas e na da moral enquanto infringe normas morais.

“O comportamento moral é um comportamento obrigatório e devido; o agente é obrigado a comportar-se de acordo com a regra ou norma de ação e a excluir ou evitar os atos proibidos por ela. Por conseguinte, a obrigatoriedade moral impõe deveres ao sujeito. Toda norma funda um dever” (Vazquez, 1970, p. 153).

As normas morais são aquelas que se cumprem a partir da convicção interna dos indivíduos e, portanto, exigem uma adesão íntima a tais normas. Normas jurídicas não exigem esta convicção ou adesão interna. Na norma moral há uma coação interna, enquanto na norma jurídica é externa, exigindo um dispositivo externo coercitivo - organismo estatal - que impõe ao indivíduo o comportamento esperado (Vazquez, 1970).

Na situação de trânsito, cabe ao indivíduo comportar-se em consonância às normas morais, já que há um caráter social da obrigação moral, pois as decisões e os atos de um indivíduo afetam os outros e a sociedade inteira. Como afirma Vazquez (1970) :“precisamente porque o meu comportamento tem repercussão nos outros, sou obrigado a realizar determinados atos e a evitar outro”(p.157).

Continua o autor :

"[...] a obrigatoriedade moral tem um caráter social, porque se a norma dever ser aceita intimamente pelo indivíduo e este deve agir de acordo com sua livre escolha ou sua consciência do dever, a decisão pessoal não opera num vácuo social. O obrigatório e o não obrigatório não são algo que ele inventa, mas que encontra já estabelecido numa sociedade determinada. De outra parte, as fronteiras daquilo que é obrigado a fazer ou não fazer, do devido ou não devido, não são modificadas pelo indivíduo, mas mudam de uma sociedade para outra; logo, o indivíduo decide e age no âmbito de uma obrigatoriedade social dada." (Vazquez, 1970, p.158)

A moral implica numa relação livre e consciente entre os indivíduos, ou entre estes e a comunidade, estando esta socialmente condicionada, precisamente porque o indivíduo é um ser social ou um nexos de relações sociais. O indivíduo se comporta moralmente no quadro de certas relações ou condições sociais determinadas que ele não escolheu, e dentro também de um sistema de princípios, valores e normas morais que não inventou, mas que recebe socialmente e que regula as suas relações com os demais ou com a comunidade inteira e, por conseguinte, ele participa se submetendo, adaptando ou recriando os mecanismos que cerceiam a vida no contexto da liberdade de ir e vir.

Ou seja, os limites da liberdade de um estão determinados pelos limites do outro. Assim, não posso colocar em risco minha vida se isto coloca em risco a vida do outro. Dirigir em alta velocidade ou embriagado não coloca em risco apenas a vida de quem assim procede, mas de qualquer indivíduo que cruzar pelos mesmos caminhos. Como afirma Trinca (1988) a liberdade de escolha está condicionada aos custos para a comunidade. Nesse caso, as vidas colocadas em risco ou a possibilidade de submeter qualquer indivíduo a privações.

O comportamento no trânsito, sob o ponto de vista da norma jurídica, requer que o Estado assuma o papel do dispositivo coercitivo externo necessário a observância da mesma, obrigando o sujeito a comportar-se de determinada maneira, independentemente de sua aquiescência, passando se necessário por cima de sua vontade. A medida da interferência do Estado na vida da sociedade é regulada pela noção de Bem Comum, considerada temporal e espacialmente, como afirma Pasold (1983).

Assim, também, afirma Vazquez (1970) que o sujeito deve cumprir a norma jurídica, ainda que não esteja convencido de que é justa e, por conseguinte, ainda que não concorde com ela, pois o importante é que, no caso, a norma se cumpra, seja qual for a atitude do sujeito (voluntária ou forçada) com respeito ao seu cumprimento.

Se, ao Estado cabe agir como dispositivo coercitivo externo, os altos índices de mortalidade no trânsito são demonstrativos da sua omissão. Podemos pensar, então, que a violência no trânsito é tanto maior quanto maior for a omissão ou incapacidade do Estado em assim agir, em cumprir a sua função. Ou seja, se o indivíduo usa de sua liberdade, na utilização da estrada e do veículo, em desrespeito a norma jurídica (excesso de velocidade) ao Estado compete a fiscalização e aplicação da legislação, que regulamenta a vida em sociedade, no caso o Código Nacional de Trânsito. Portanto, o Estado cumprir sua função, nesse caso, significa desempenhar seu papel de dispositivo coercitivo externo, fiscalizando a aplicação das normas jurídicas.

O que se torna visível, no entanto, é que a preocupação do Estado com a demanda violenta tem sido centrada na área da saúde, predominantemente, apenas no sentido (e quando há) de adequação dos serviços assistenciais às necessidades evidenciadas pelos atos violentos, especialmente no tocante a

equipamentos e recursos humanos para atendimento na rede hospitalar. Ou seja, antes mesmo de oferecer programas sistemáticos de educação para o trânsito ou mesmo mudanças estruturais acerca dos riscos em estradas, o Estado oferece a construção de serviços de emergência, hospitais ou sistemas de atendimento pré-hospitalar, patrocinado pelo próprio Estado ou pelo sistema empresarial privado.

É o que constatamos na região do estudo. Antes de garantir adequada malha viária capaz de reduzir o número de ocorrências no trânsito, especialmente no tocante a BR 101 (local apontado como o de maior número de ocorrências), o Estado ofereceu a sociedade, primeiramente, um mecanismo de intermediação da violência : a construção de uma unidade hospitalar, ao invés de promover a duplicação da rodovia, garantir a manutenção das condições de trafegabilidade e a adequada fiscalização de seu uso. Somente o movimento civil organizado, com destaque na mídia nacional, garantiu investimentos para a duplicação, embora isso seja apenas uma das condições necessárias para a reversão do quadro.

Isto demonstra que o Estado não tem mobilizado mecanismos para fazer frente nem mesmo aos resultados da violência no trânsito, quiçá contribuir para uma alteração desse quadro, em ações mais amplas de caráter preventivo e intervenção efetiva na reversão da atual situação. O que vemos, em geral, são medidas de recuperação (algumas de redução do dano) e não de prevenção.

Um Estado que exercita saúde como decorrente de medidas de medicalização a partir de uma visão biomédica e não como um processo de viver saudável, um processo social humano, numa visão ampliada, porque não é possível falar em saúde e qualidade de vida quando se convive com a violência. Um Estado que assim age a despeito dos textos legais que apontam

para um conceito ampliado de saúde²⁵. Um conceito de saúde que incorpora os determinantes sociais do processo saúde/doença, compreendendo-a como expressão de formas de organização social e econômica que produzem em cada local e momento formas diferenciadas de vida e saúde.

4.2 O Serviço de Saúde como mecanismo de preservação da sociedade

A violência associada às ocorrências de trânsito e sua inter-relação com a saúde nos leva a reconhecer que o Serviço de Saúde desempenha uma função mediadora, ora da própria violência, ora do poder do Estado. Ao priorizar o atendimento às demandas decorrentes da violência o Serviço de Saúde age como um mecanismo de sua intermediação, enquanto que, ao priorizar investimentos para a evitabilidade das ocorrências, constitui-se num mecanismo de manutenção do poder, para a preservação da sociedade.

O Serviço de Saúde, enquanto instituição de atenção as demandas decorrentes das necessidades de conhecimento, promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Agudelo, 1994), consiste num mecanismo de preservação da qualidade de vida e da sociedade

²⁵ Refiro-me aos textos legais que dão sustentação conceitual e filosófica ao Modelo de Sistema Único de Saúde – Lei 8080, e a Constituição Brasileira de 1988, que assume os direitos sociais como universais e, portanto, atributos da cidadania, devendo ser garantidos pelo Estado, em seu Art.196, Seção II - Da saúde, que diz : “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Também, aos textos finais que apresentam as recomendações das Conferência Nacionais de Saúde, especialmente da 8a., 9a. e 10a..

de forma geral.

Aos serviços de saúde não compete exclusivamente a atenção hospitalar às vítimas. Compete, também, a participação em ações de prevenção, promoção, educação e investigação para contribuir com o enfrentamento do problema da violência no trânsito. São múltiplas as frentes em que é possível trabalhar, em qualquer lugar, no campo dos serviços de saúde, para enfrentar esse problema, reforçando a responsabilidade coletiva e a necessidade de melhorar a resposta deste setor frente a problemática.(Agudelo, 1994). Conhecer a realidade sanitária de uma região é condição para a definição de estratégias de enfrentamento e reversão do quadro que se apresenta.

O fenômeno da violência no trânsito afeta de diversas formas a sociedade, bem como, a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde. Tem um impacto sobre os indicadores de saúde, absorve recursos que poderiam ser direcionados para ações preventivas e é totalmente contrário a finalidade dos mesmos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da sociedade. A complexidade do problema requer, portanto, que múltiplos setores da sociedade colaborem em sua análise e prevenção.

Assim, também, pensa Macedo (1993), quando afirma que o setor de saúde tem capacidade para realizar uma boa análise sócio-epidemiológica e fisio-clínica de suas causas e conseqüências, aportar seus conhecimentos e métodos de vigilância e participar de medidas de prevenção.

Embora seja uma responsabilidade global ampliar a consciência social sobre o problema da violência, cabe ao sistema de saúde fazer eco da realidade social e converter em prioridades, estratégias, mecanismos, recursos, equipamentos e a decisão de enfrentar o problema. Isso não se constitui em

tarefa fácil, pois nem sempre as prioridades institucionais respondem as prioridades sociais. As próprias histórias e os conflitos de poderes - científico, técnico, econômico e político, em que se realizam, com frequência, desviam as decisões e os recursos em favor de interesses hegemônicos, setoriais e, em algumas ocasiões, individuais. Tratar de que os serviços de saúde cumpram a função para a qual foram socialmente criadas e, em consequência, para o tema em questão, assinalando interesse, prioridade, orientações e recursos requeridos, é outra frente na complexa batalha contra a violência (Agudelo, 1994).

Isto nos remete a necessidade de uma revisão conceitual do compromisso Saúde - Sociedade - Enfermagem, frente a vida individual e coletiva e, por conseguinte, com a violência, aqui focada na violência no trânsito, enquanto uma prática social inserida num determinado contexto histórico-político que o influencia e é por ele influenciado. Pensar numa inversão de competência sugere buscar a contribuição do Serviço de Saúde - e da Enfermagem - como mecanismo de preservação da sociedade (e não de intermediador da violência).

Como afirma Minayo (1994, p. 14) “a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades. Exige, também, que as pesquisas científicas forneçam informações essenciais para a implementação de políticas, estratégias de prevenção e métodos capazes de criar dados mais fidedignos, e avaliação da efetividade das ações.”

Assim também pensa Roux (1994, p. 21), quando afirma que “a violência tem que ser enfrentada em suas diversas expressões e origens, o que requer enfoques integrais de execução sincronizada e simultânea”.

Alguns eixos de ação têm sido apontados por diversos autores (Trinca et al, 1988, Minayo, 1992; 1994, Roux, 1994,) no sentido de fazer frente ao problema da violência no trânsito. Tais eixos permitem construir abordagens de enfrentamento em diferentes níveis e áreas de intervenção e, os dividimos em dois eixos básicos, para os quais correspondentes e diversificadas medidas são delineadas: (Eixo a) controle da exposição e redução do dano e (Eixo b) manejo pós-trauma.

No eixo *controle de exposição e redução do dano* estão agrupadas medidas que tem por objetivo diminuir a possibilidade da ocorrência de eventos violentos no trânsito, bem como, as possibilidades de diminuição das seqüelas. A despeito da eficácia das medidas de evitabilidade, nem todas as ocorrências podem ser evitadas, embora possam ter sua gravidade atenuada se medidas forem mobilizadas adequadamente e disponibilizadas em tempo hábil.

Neste eixo espera-se a diminuição da mortalidade e da invalidez, reconhecendo que mortes e lesões podem ser reduzidas em freqüência e severidade se alteradas as condições de segurança no momento da ocorrência ou para a sua evitabilidade. São medidas de diferentes naturezas e responsabilidades, que incluem políticas de legislação, de fiscalização e licenciamento, bem como, mudanças departamentais. Encontram-se, aqui, medidas de controle do tráfego e fluxo de veículos; gerência sobre o desenho, construção e manutenção dos veículos e do sistema viário; programas de educação para o trânsito, na direção de mudanças comportamentais, relativas as leis de trânsito, uso adequado do carro e das vias de transporte;

investigações que permitam desvelar as causas e manifestações concretas da violência, detectar grupos de risco, identificar fatores que a potencializam e formas particulares de agressão; fomento e estímulo para a realização de diagnóstico dos problemas da violência, a elaboração de respostas e a execução de ações correspondentes; controle do uso do veículo pelos motoristas (consumo de álcool, habilitação, respeito as leis de trânsito); equipamentos de proteção coletiva, como passarelas, faixas de segurança, semáforos, policiamento, vias exclusivas, entre outros; uso de equipamentos pessoais de proteção, como cinto de segurança, “air-bag”, cadeira especial para crianças; e equipamentos de proteção coletiva, tipo “guard-rail”.

Nesse eixo, em geral, estão dirigidos os menores investimentos, e quase nula é a participação do serviço de saúde, que poderia estar direcionado para pelo menos duas medidas principais: programas de educação no trânsito e investigação sistemática da realidade violenta. Entretanto, o que se observa é uma carência de dados, que ainda quando existentes, em geral, não são fidedignos. Ou, então, quando estudos se propõem a aproximar-se dessa realidade, o acesso às informações são negadas, como ocorreu com o presente estudo.

Embora o Sistema de Informação de Mortalidade - **SIM** apresente características de continuidade, padronização e cobertura nacionais na área da saúde, ele contém algumas limitações tanto à cobertura quanto à qualidade dos dados informados. Tendo em vista que as informações geradas pelo **SIM** decorrem da Declaração de Óbito, a fidedignidade de seus dados está diretamente condicionada ao correto preenchimento daquela. E o que se observa, de maneira geral, é uma grande proporção de informações incorretas

ou ausentes, especialmente no tocante a determinação da causa básica do óbito (Peixoto, 1997).

Os dados de mortalidade não respondem a todas as necessidades de informação para a construção de um diagnóstico de saúde, mas sua disponibilização contribui para essa avaliação, reconhece Peixoto (1997).

Nesse sentido, torna-se relevante o acesso a diferentes fontes de informações sobre a violência no trânsito, tanto sobre mortalidade como morbidade, na tentativa de superar as limitações da análise, quer seja, pelo incorreto preenchimento das informações, quer seja pela não consideração do tempo de vida pleno perdido pelas limitações e incapacidades, temporárias ou permanentes, impostas por tal violência.²⁶

O eixo de *manejo pós-trauma* inclui as medidas que visam dar atendimento às vítimas das ocorrências de trânsito, como o objetivo de garantir a vida e a minimização das repercussões dos danos. Nesse eixo, estão incluídas medidas de atenção às vítimas ligadas a serviços de atendimento pré-hospitalar, serviços de atendimento hospitalar emergencial e serviços de tratamento, reabilitação e reintegração social.

As morte relacionadas as ocorrência de trânsito são registradas, tipicamente, em três diferentes períodos, segundo Trinca (1988). O primeiro é logo após o trauma, com a morte resultando de ruptura de cérebro ou sistema nervoso central, coração, aorta ou outro vaso sanguíneo importante. aproximadamente 50% morrem assim, nesse período. Isto ocorre em 5% de

²⁶ Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, elaborado pelo Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, em 1993, propõe um indicador denominado Anos potenciais ajustados por debilitação - AVAD, como uma alternativa de aperfeiçoamento do Apvp, pois considera, também, os anos potenciais de vida perdidos por invalidez (Peixoto, 1997).

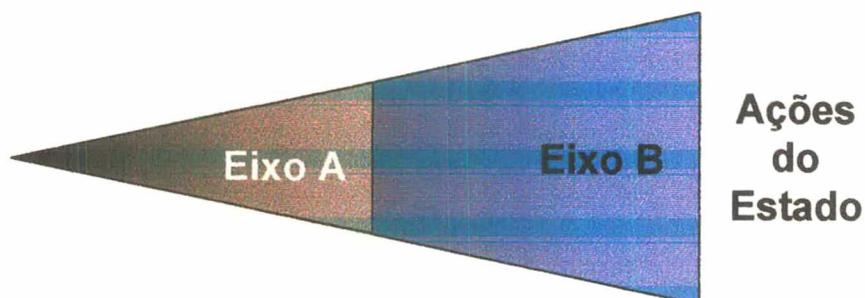
todas as ocorrências e muito pode ser feito através de atendimento de emergência para alterar essas taxas de morte.

O segundo período se dá 1 a 2 horas após a ocorrência, quando a morte resulta de lesão na cabeça, tórax ou abdome e outras perdas sangüíneas importantes. Isto eleva para 35% aqueles que morrem em países com serviço de atendimento avançado em trauma. Em países que não dispõe desse serviço a proporção pode ser marcadamente maior. Esforços de atenção precoce e apropriados resultam em redução dessas taxas.

O terceiro período ocorre durante os 30 dias que se seguem após a internação hospitalar. As causas mais freqüentes incluem morte cerebral, falência orgânica e septicemia. Aproximadamente 15% das mortes ocorrem durante este período tardio, onde cuidados hospitalares são necessários para a redução dessa proporção. Todavia, o enfrentamento das ocorrências de trânsito deve se dar em diferentes níveis, dependendo mais dos cuidados iniciais do que dos tardios, para os casos agudos, na evitabilidade de casos fatais.

Tradicionalmente, o serviço de saúde e a equipe de saúde concentram suas ações no atendimento aos danos decorrentes da violência, no eixo de manejo pós-trauma, adiando a morte, prevenindo seqüelas e, em menor escala, reeducando/reintegrando para a “nova” vida, condicionada às limitações impostas pela violência no trânsito. Também, historicamente, vamos encontrar os investimentos governamentais centrados no eixo de manejo pós-trauma, especialmente no atendimento hospitalar. Menores são os investimentos no atendimento pré-hospitalar, apesar de já ser reconhecido os benefícios na redução das seqüelas quanto mais precoce for a atenção recebida e mais adequadamente feita a locomoção da vítima. Também, encontramos baixa oferta de serviços de reabilitação (Ver Figura 3).

Figura 3 - Sistema de Saúde como intermediador da violência



Para a redução mais sensível das taxas de mortalidade e morbidade são mais importantes estratégias que viabilizem atendimento imediato em urgência, cuidados de emergência nas vias de transporte, sistema de comunicação e remoção das vítimas, nas primeiras hora que se seguem a ocorrência, do que hospitais altamente sofisticados em cuidados a pacientes graves. Deve ser dada ênfase no desenvolvimento de sistemas de comunicação e serviços de remoção eficientes, bem como, programas de treinamento de recursos humanos em atenção de urgência (Trinca, 1988).

Investimentos públicos, prioritariamente, dirigidos ao Eixo B - de manejo pós-trauma se constituem em demonstrativos do uso do sistema de saúde como mecanismo de intermediação da violência; ao mesmo tempo em que, investimentos distribuídos, equilibradamente, em ambos os eixos, permitem ao sistema de saúde desempenhar sua função de mecanismo de preservação social.

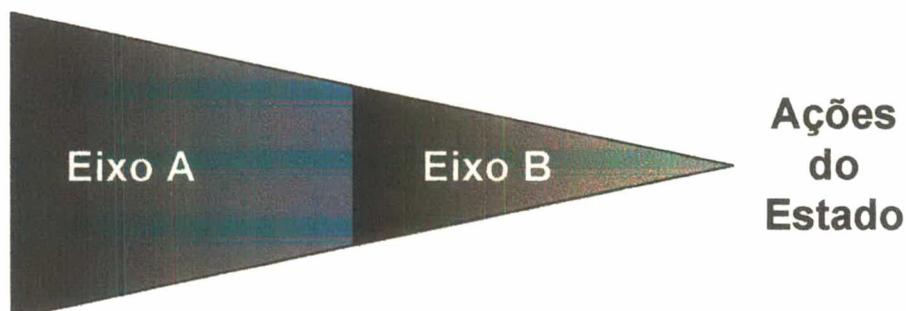
Até porquê, os custos com atendimento às ocorrências de trânsito, nos países que compilam informações dessa natureza, são estimados em 10% do total de recursos hospitalares, excluídos os custos de reabilitação, os cuidados a longo prazo e a invalidez permanente. Esses custos constituem substancial carga econômica, representando parcela de todos os custos com acidentes de trânsito em muitos países (Trinca et al, 1988).

Para o enfrentamento do problema da violência no trânsito, esses eixos devem ser contemplados, haja vista a necessidade de atuação nos diferentes níveis de intervenção e a impossibilidade de eliminação dessas ocorrências. Entretanto, o volume de investimentos dar-se-á de forma diferenciada quando o Estado responder adequadamente a sua função. Assim, os investimentos precisam estar dirigidos, prioritariamente, ao Eixo A - controle da exposição e de redução do dano, seguido pelo Eixo B - manejo do trauma.

Isto significa dizer que, antes de investimentos maciços na construção de complexos hospitalares, é preciso investir em construções adequadas de estradas e veículos, em programas de educação para o trânsito, de fiscalização e licenciamento e programas de investigação, embora um não prescindia do outro.

Quando os investimentos obedecem tal hierarquização, tal ordem de prioridade, o Estado desempenha adequadamente sua função, atendendo os requerimentos da sociedade. Os serviços de saúde são direcionados para o atendimento das necessidades de preservação da sociedade e não como mecanismo de intermediação da violência. Certamente eles deverão estar preparados para atendimentos dessa natureza, mas suas ações não serão prioritariamente, dirigidas para os resultados da violência no trânsito, mas sim para as medidas de redução de sua ocorrência. (Ver Fig. 4)

Figura 4 - Sistema de Saúde como mecanismo de preservação da sociedade



Nesse contexto, considerando as ações relacionadas aos serviços de saúde e, em especial a Enfermagem, precisa participar de ações nos dois eixos apontados, de forma a responder positivamente ao seu papel de preservação social. Quer na assistência direta, quer nos processos de planejamento das políticas de saúde, o profissional e o próprio serviço de saúde requer adequada preparação para a assistência e, principalmente, para intervir junto a sociedade, na perspectiva de evitabilidade de novas “perdas” e agravos à saúde. Isto porque o profissional convive com essa violência enquanto sujeito desse cenário, deparando-se com a “vida violentada” e a morte no seu cotidiano.

É preciso chamar a atenção para as múltiplas frentes em que é possível trabalhar, em qualquer lugar ou campo da área da saúde, reforçando a responsabilidade coletiva frente ao problema da violência no trânsito, bem como, a necessidade de melhorar a resposta deste setor frente a esta problemática. Isto requer, desenvolver a capacidade investigativa, os conhecimentos teóricos e o manejo tecnológico requeridos em ambos os eixos de abordagem do problema. Isso inclui, a adequada formação de recursos

humanos no sentido de incorporação desse tema aos conteúdos formativos, de maneira que se desperte o interesse pela sua investigação e manejo, instrumentalizando-os não só para o atendimento das vítimas - manejo pós-trauma, mas para atuar em medidas de controle da exposição e redução do dano. Se desde o processo formativo não se aportar os elementos e insumos conceituais e operativos para abordar o problema, sua posterior aquisição terá custos sociais maiores, como afirma Agudelo (1994).

As instituições formadoras de recursos humanos para a área da saúde tem, também, importante papel na investigação de problemas de prioridade social - como da violência no trânsito, em sua divulgação, na formação da consciência social e no impulso de ações para enfrentá-los. Sua responsabilidade não se esgota na formação de bons técnicos e profissionais; são co-responsáveis pela compreensão e busca de soluções para os problemas sociais.

Por fim, o Estado cumprindo sua função social, ao atender as necessidades das massas populacionais, deve fazer uso dos sistemas sociais como mecanismos de intermediação do poder, garantido a sobrevivência da sociedade. O adequado uso de tais mecanismos garante o controle dos processos de desintegração e, por consequência, das manifestações de violência, dentre elas a violência no trânsito. Do mesmo modo, o adequado uso dos mecanismos de intermediação do poder permite que o sistema de saúde cumpra sua função de contribuir com a preservação da sociedade.

Ao fazer uso adequado dos mecanismos de intermediação do poder, o Estado contribui para a redução da violência, especialmente, a violência no trânsito, pois poder e violência andam sempre juntos, como o verso e o anverso de uma moeda; a violência aparece onde o poder está em risco, podendo destruí-lo, como nos diz Arendt (1994).

4.3 Considerações finais: uma reflexão acerca das limitações e possibilidades do estudo

Refletir sobre violência no trânsito requer enfrentar, dentre outras questões, as contradições e ambigüidades decorrentes de sua própria conceituação e, também, com as vivências profissionais e pessoais, crenças e valores da autora.

Revestida, freqüentemente, pela não intencionalidade, a ocorrência de trânsito é vista muito mais como uma fatalidade não prevenível, como um acidente, do que algo possível de ser evitado. Isto têm contribuído para uma passividade frente as evidências explícitas do seu aumento.

Assim, o primeiro desafio, a par de todas as ressalvas já feitas ao longo desse estudo, consistiu em reconhecer que a ocorrência de trânsito não se constitui numa fatalidade, mas é reflexo de processos de desintegração social, onde a vida humana perde sentido e importância. Tal entendimento provoca uma mudança de concepção e encaminhamentos frente a essa problemática. Requer uma ação intencional na direção de reduzir o número de ocorrências e a severidade de suas seqüelas.

A violência no trânsito determina uma série de privações, quer seja de caráter físico ou psicológico, sendo determinante e determinada por processos de desintegração social, que mantém, entre si, uma relação de interdependência.

Violência no trânsito assim pensada reveste-se de uma explícita dimensão coletiva, isto é, na compreensão de que tanto suas determinantes como suas repercussões não estão limitadas as vítimas, mas são extensivas a

toda a sociedade, atingindo diretamente o direito à vida plena e à morte, como decorrência de um processo natural de envelhecimento.

Nesse sentido, nenhum segmento da sociedade pode omitir-se frente a essa realidade, quiçá o Serviço de Saúde e os profissionais da área, cuja atribuição primordial diz respeito a contribuir na preservação da qualidade de vida e da sociedade. Até porquê, a emergência decorrente da violência no trânsito é, quase sempre, motivo de alteração da dinâmica dos serviços de saúde, mesmo àqueles destinados a atendimentos especiais.

Uma revisão do compromisso Saúde - Sociedade - Enfermagem frente a violência no trânsito faz-se, então, necessária, especialmente no sentido de reconhecer que suas responsabilidades vão muito além das “tradicional” medidas de tratamento e recuperação, orientadas pelo modelo biomédico fortemente determinante das práticas de saúde. Requer o reconhecimento do Serviço de Saúde como mecanismo de preservação da sociedade e não de intermediação da violência. Exige mover-se da passividade de, apenas responder aos resultados da violência, para uma atitude pró-ativa na direção de contribuir para a sua redução.

Exemplo disso tem sido dado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que juntamente com o Departamento de Saúde Pública, vem implementando, desde 1977, um curso para formação de Bombeiros Socorristas, atuantes no Serviço de Atendimento pré-hospitalar no Estado de Santa Catarina, em Auxiliares de Enfermagem. Esta formação garante a inserção dos mesmos na categoria profissional de Enfermagem, inclusive com registro no Conselho profissional correspondente (COREn – Conselho Regional de Enfermagem), permitindo o exercício legal da profissão e amparo técnico-científico para as ações eles executadas.

Por isso, a despeito das limitações do presente estudo, uma de suas contribuições consiste em desafiar os profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros, cuja prática tem sido reconhecida como tendo um caráter marcadamente educativo, a enfrentar essa discussão e buscar formas efetivas para contribuir na redução da violência no trânsito.

Isso porquê, a educação em saúde pode consistir no “caminho mais curto” para a evitabilidade de novas perdas, quer seja dos anos potenciais de vida ou dos anos de vida saudável e plena.

Entretanto, tal atitude não prescinde de uma atuação competente, técnica e politicamente, no sentido de exigir do Estado sua correspondência às necessidades da sociedade, para a concretização dos anseios humanos, em atendimento ao seu compromisso com o Bem Comum, apontando para uma prática redimensionada dos profissionais de saúde.

Outra contribuição pode ser atribuída a ousadia de extrapolar a racionalidade numérica, na tentativa de buscar explicações e significados que a supere, especialmente num tema cujos dados numéricos são diariamente “bombardeados” através da mídia, a tal ponto de cinco, dez ou quinze mil mortes em decorrência da violência no trânsito passarem despercebidas.

Falar da violência no trânsito sob a ótica, apenas, de sua expressão numérica de mortalidade, consiste num perigoso caminho de reduzi-la a um dos seus produtos e, conseqüentemente, reforçar a imobilidade face a aceitação de seu caráter de fatalidade. Mas, por outro lado, enfrentar a realidade numérica dessas mortes impõem reconhecer que é preciso insistir na possibilidade de indignar-se com elas. Essa indignação passa, então, a justificar a extrapolação, apesar do risco em que se coloca a reflexão daí decorrente, na medida em que maior responsabilidade recai sobre o sujeito e maior é o peso de seus erros e de seus acertos. A extrapolação se dá quando a

própria linguagem numérica se torna acessível a sociedade, independente da instituição a que indivíduo teve acesso.

Por outro lado, a importância de diferentes enfoques para a apreensão desse fenômeno, coloca este estudo como uma das possibilidades de aproximação a realidade, lançando um novo olhar, sem, no entanto, assumir um caráter conclusivo, haja vista a compreensão da natureza desigual e multifacetada da violência no trânsito. Isto porque, os estudos que sugerem compromissos específicos quanto a violência no trânsito e suas decorrências é temática de domínio público e transdisciplinar por excelência.

Portanto, embora se trate de uma tese em área específica de conhecimento - a Enfermagem, a que se assumir o compromisso com a vida em sociedade, na busca da cidadania, por isto mesmo, a opção por Arendt, que oferece princípios filosóficos e políticos para a compreensão da temática, sem perder de vista as controvérsias que pode gera.

Para os profissionais da Enfermagem, enfim, significa respeitar os princípios fundamentais declarados em seu Código de Ética, expressos nos seus artigos 1º. ao 6º., quando diz que:

“a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.”

Finalmente, colocar o tema em debate nesta ótica aponta para o desafio de arregimentar outras “vozes” para enfrentar a violência no trânsito, buscando contribuir para a sua redução nos distintos eixos de intervenção (controle de exposição e redução do dano e no de manejo pós-trauma) e para transformar os caminhos, hoje perigosos, em **caminhos de liberdade**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, Saul Franco. Los adolescentes y la violencia. **Cuadernos de salud y desarrollo**. Santefe de Bogotá. Corporación Salud e Desarrollo, n. 2, agosto, 1994, p. 28-46.
- ARENDDT, Hannah. **Sobre a violência**. (trad. André Duarte). Rio de Janeiro, Relumbredumaré, 1994, 114 p.
- JURGENSEN, G. Nadie se rebela. **Salud Mundial**, n. 46, p. 9, 1993.
- MACEDO, Carlyle Guerra de. Violencia: un problema de salud publica (Mensaje del director). **Bol. Oficina Sanitária Pan-americana**, n. 115, v. 5, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. In: SPÍNDOLA, Aracy Witt de Pinho et al (coord.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supl.1), p. 07 - 18, 1994.
- OPAS. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington, D.C., 1990. Publicación científica 524, p. 119-223.
- ÖSTRÖM, Mats. **Vehicle-related injuries with emphasis on fatality prevention**. Umea. Department of Forensic Medicine, 1993.
- PASOLD, Cesar Luiz. **Da função social do estado contemporâneo ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública**. São Paulo, 1983. Tese de Doutoramento. Faculdade de Direito/ USP, 1983.
- PEIXOTO, Heloísa Côrtes Gallotti. **Mortalidade em Santa Catarina - aplicação do indicador anos potenciais de vida perdidos**. Florianópolis, 1997 (Dissertação). Mestrado em Saúde Pública, UFSC, 1997.
- ROUX, Gustavo Ignacio. Ciudad y violencia en America latina. **Cuadernos de salud y desarrollo**, n. 2, agosto 1994, p. 5-27.
- TRINCA, Gordon et all. **Reducing traffic injury - a global challenge**. Melbourne, Royal Australasian College of Surgeons, 1988.
- VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.
- VIDAL, Marciano. **Dicionário de moral - dicionário de ética teológica**. São Paulo: Santuário, s/d.

ANEXOS

ANEXO 1
CARTA PARA AUTORIZAÇÃO DO ACESSO AOS PRONTUÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Florianópolis, 16 de janeiro de 1996

Ilmo Sr(a)

DIRETOR do Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Hospital Governador Celso Ramos
NESTA CIDADE

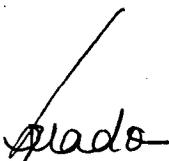
Prezado Senhor (a):

Venho através desta solicitar autorização de V.Sa. para utilizar os dados contidos do Prontuário Hospitalar dessa Instituição de Saúde, junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística..

Cabe informar que tais dados serão utilizados em trabalho de Tese de Doutorado, realizado junto ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O referido Projeto de Tese foi submetido a Exame de Qualificação em dezembro de 1995, tendo sido aprovado. Para vosso conhecimento, encaminho, em anexo, cópia do Projeto de Tese.

No aguardo de v/manifestação, subscrevo-me

Cordialmente,



Marta Lenise do Prado
Profa. Departamento de Enfermagem/UFSC

- ◇ **Região do estudo** : entendida como a área metropolitana que envolve os municípios de Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José e Tijucas;
- ◇ **Faixa etária**: anos completos de vida registrados nos arquivos das fontes de dados, assim classificados : .> 1; 1 -| 10; 10 -| 15; 15 -| 20; 20 -| 30; 30 -| 40; 40 -| 50; 50 -| 60; 60 e mais e ignorada.
- ◇ **Mês de ocorrência** : os meses do ano, de janeiro a dezembro, conforme registros nos arquivos das fontes de dados.
- ◇ **Tipo de ocorrência** : natureza da ocorrência que determinou a morte e registrada nos Laudos Cadavéricos, assim classificada: acidente de trânsito/capotamento; atropelamento; afogamento; acidente doméstico, acidente de trabalho; arma de fogo; deslizamento de terra/desabamento de residência; descarga elétrica/eletrochoque; homicídio; suicídio; sem informação e outros.
- ◇ **Local da ocorrência** : local geográfico da região do estudo em que ocorreu o evento violento, registrado nos arquivos das fontes pesquisadas, obedecendo o seguinte agrupamento :
 - ⇒ **Florianópolis/ Ilha** - Saco dos Limões, Costeira, Beira-mar Norte, Carvoeira, Trindade, Morro do Horácio, Serrinha, Agronômica. Pantanal, Centro, Aeroporto, Itacorubi, Córrego Grande, Carianos;
 - ⇒ **Florianópolis/ Continente** - Capoeiras, Estreito, Coqueiros, Favela Chico Mendes, Jardim Atlântico, Abraão;
 - ⇒ **Ponte Pedro Ivo/ Colombo Sales/ Via Expressa**;

⇒ **Interior da Ilha** - Vargem do Bom Jesus, Rio Vermelho, Vargem Grande, Rio Tavares, Lagoa da Conceição, Canto da Lagoa, Ribeirão da Ilha, Tapera, Santo Antônio de Lisboa, Cacupé, Sambaqui, Saco Grande, SC 401, SC 403, SC 406;

⇒ **Praias** - Lagoinha do Leste, Praia Comprida, Barra da Lagoa, Mole, Joaquina, Campeche, Armação, Pântano do Sul, Naufragados, Daniela, Jurerê, Canasvieiras, Ponta das Canas, Brava, Ingleses. Santinho;

⇒ **Município de São José;**

⇒ **BR 101;**

⇒ **BR 282 e**

⇒ **Outros Municípios;**

⇒ **Outras rodovias (SC 411);**

⇒ **Outros Municípios e**

⇒ **Sem Informação.**

◇ **Tipo de trauma** : natureza da lesão identificada pela equipe de socorristas do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros e registrada no Boletim de Ocorrência - Ficha de atendimento Pré-hospitalar, assim classificada : ferimento, fratura, trauma de coluna, hemorragia e trauma respiratório, reduzida aqui a esta dimensão da morbidade em decorrência ao não acesso às informações dos registros hospitalares.

◇ **Hora da ocorrência** : horário em que ocorreu o evento violento e registrado no Boletim de Ocorrência do SAPH - CB, assim classificada:

- 7 -| 13 horas; 13 -| 19 horas; 19 -| 1 hora e 1 -| 7 horas.

ANEXO 3
PROTOCOLO DADOS DO IML

SEXO 1 - Feminino
 2 - Masculino

FAIXA ETÁRIA

00 > 1 ano
01 1 -| 10 anos
10 10 -| 15 anos
15 15 -| 20 anos
20 20 -| 30 anos
30 30 -| 40 anos
40 40 -| 50 anos
50 50 -| 60 anos
60 60 anos e +

MES DE OCORRÊNCIA

01 - Janeiro
02 - Fevereiro
03 - março
04 - Abril
05 - Maio
06 - Junho
07 - Julho
08 - Agosto
09 - Setembro
10 - Outubro
11 - Novembro
12 - Dezembro
13 - Sem registro

LOCAL DE OCORRÊNCIA

01 - Florianópolis/ Ilha - Saco dos Limões, Costeira, Beira-mar Norte, Carvoeira, Trindade, Morro do Horácio, Serrinha, Agrônômica. Pantanal, Centro, Aeroporto, Itacorubi, Córrego Grande, Carianos
02 - Florianópolis/ Continente - Capoeiras, Estreito, Coqueiros, Favela Chico Mendes, Jardim Atlântido, Abraão

03 - Ponte Pedro Ivo/ Colombo Sales/ Via Expressa

04 - Interior da Ilha - Vargem do Bom Jesus, Rio Vermelho, Vargem Grande, Rio Tavares, Lagoa da Conceição, Canto da Lagoa, Ribeirão da Ilha, Tapera, Santo Antonio de Lisboa, Cacupé, Sambaqui, Saco Grande, SC 401, SC 403, SC 406.

05 - Praias - Lagoinha do Leste, Praia Comprida, Barra da Lagoa, Mole, Joaquina, Campeche, Armação, Pântano do Sul, Naufragados, Daniela, Jurerê, Canasvieiras, Ponta das Canas, Brava, Ingleses. Santinho.

06 - Município de São José

07 - BR 101 -

08 - BR 282 - Outros Municípios

09 - Outras rodovias (SC 411)

10 - Outros Municípios

11 - Sem Informação

TIPO DE OCORRÊNCIA

01 - ACIDENTE DE TRÂNSITO/CAPOTAMENTO

02 - ATROPELAMENTO

03 - AFOGAMENTO

04 - ACIDENTE DOMÉSTICO

05 - ACIDENTE DE TRABALHO

06 - ARMA DE FOGO

07 - DESLIZAMENTO DE TERRA/DESABAMENTO DE RESIDÊNCIA

08 - DESCARGA ELÉTRICA (RAIO)/ ELETROCHOQUE

11 - HOMICÍDIO

12 - SUICÍDIO

13 - SEM INFORMAÇÃO

14 - OUTROS (Esfaqueamento, enforcamento, queda, incêndio)