

Violência urbana e saúde

Maria Fernanda Tourinho Peres
Caren Ruotti



resumo

O artigo problematiza a conformação da “violência urbana” no país e sua centralidade nas percepções e vivências cotidianas da população, elegendo como caso específico o município de São Paulo. Considera-se a categoria da “violência urbana” em suas diferentes perspectivas, ou seja, como representação e problema social, bem como objeto de interesse de diferentes campos de saber e de intervenção, com destaque para o campo da saúde pública.

Palavras-chave: violência urbana; município de São Paulo; prevenção da violência; saúde pública.

abstract

The article discusses the conformation of urban violence in the country and its central role in everyday perceptions and experiences of the population; and draws particularly on the case of the city of São Paulo. The category of urban violence is considered from its different perspectives, namely as representation and social problem as well as a growing interest in different fields of knowledge and intervention, especially in the field of public health.

Keywords: urban violence; São Paulo City; violence prevention; public health.

A “violência urbana” é uma das expressões circulantes no vocabulário usual das quais temos um conhecimento prático. Todos aqueles que vivem em centros urbanos têm uma percepção mais ou menos clara do que é essa violência, notadamente devido a um conjunto de vitimizações sofridas. Assim, seja por experiências diretas ou de familiares e amigos, seja por notícias veiculadas pela mídia, formam-se representações sobre essa violência, com efeitos em diferentes níveis de insegurança social. Entretanto, quando nos detemos sobre essa própria expressão, observamos o quanto ela comporta imprecisões, limites pouco definidos e uma multiplicidade de significados. Essa multiplicidade advém não só da variedade de fenômenos que a violência urbana pode comportar, mas por constituir-se, ao mesmo tempo, em: representação social (Machado da Silva, 2008), objeto de investigação de diferentes campos de saberes, e problema social, que adquiriu posição central como fonte de preocupação em diferentes países.

No interior dessa multiplicidade, esse termo faz referência a processos macroestruturais que vêm alterando as dinâmicas sociais globais. Primeiramente, destaca-se o caráter cada vez mais urbano da composição populacional: pela primeira vez a maioria da população mundial mora em cidades, e essa proporção continua crescendo (WHO, 2010). Com essa transformação, conse-

quência de um conjunto de mutações socioeconômicas, deslocam-se as pessoas, mas também o lugar e o caráter dos conflitos sociais. De um lado, as cidades configuram-se como locais onde se coadunam expectativas de melhores condições de vida, o que tem se concretizado quando se observa que parcela dos seus moradores tem obtido melhorias sociais e econômicas substantivas, inclusive ao se beneficiarem da maior oferta de serviços e suportes sociais. Por outro, as condições de vida nas cidades têm proporcionado uma série de riscos e ameaças, como mutações ambientais, que podem afetar a todos igualmente, mas também dificuldades sociais e econômicas, que geralmente comprometem diferencialmente a população, como desemprego, condições de moradia inadequadas, falta de acesso a serviços sociais, e aqueles associados à violência urbana (WHO, 2010).

No Brasil, de forma similar, é crescente a tendência de urbanização. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001; 2011), na década de 1970 mais da metade da população residia em áreas urbanas. Em

MARIA FERNANDA TOURINHO PERES é professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisadora do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da USP.

CAREN RUOTTI é doutoranda pelo Departamento de Sociologia da FFLCH-USP e pesquisadora do NEV/USP.

2000, esse valor ultrapassou a marca de 80%, chegando a 84,4%, em 2010. Proeminente também é a situação de grandes disparidades sociais. Comparando-se as populações urbana e rural, embora alguns indicadores, como o analfabetismo¹, demonstrem os efeitos positivos de viver em cidades, muitos outros sinalizam os efeitos negativos dessa nova composição, como o déficit habitacional no país e as condições precárias de residência. Nesse sentido, ressalta-se que quase 5% dos setores censitários do país são aglomerados subnormais², sendo a maior parte no Sudeste (55,5%), que concomitantemente apresenta maior grau de urbanização (92,9%) (IBGE, 2013). Desse modo, muitas cidades figuram como composições sociais onde existem muitos contrastes, tanto de riquezas como de acesso a diferentes direitos.

É nesse contexto de expressivo (e acelerado) incremento populacional das cidades e de significativas desigualdades que a “violência urbana”, como problema social, ganhou proporções crescentes no Brasil contemporâneo, conformando-se como foco de interesse e atuação de diferentes campos do conhecimento e de políticas públicas. Entre esses, tem-se o campo da saúde, para o qual essa problemática impôs-se devido aos seus efeitos diretos sobre o padrão de mortalidade e morbidade da população, gerando demandas aos seus serviços e incitando o desenvolvimento de estratégias não só de tratamento e reabilitação, mas de prevenção.

A partir dessas considerações, este artigo apresenta duplo objetivo: circunscrever a problemática da “violência urbana”, tomando como foco o município de São Paulo (MSP), e discutir as consequências de exposição a esse tipo de violência e possibilidades de intervenção, tendo como referência o olhar específico do campo da saúde.

1 Em 2010, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE, a taxa de analfabetismo foi de 22,9% para a população rural e de 7,1% para a urbana.

2 “[...] um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas, etc.) carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e/ou densa” (IBGE, 2013, notas técnicas).

CONTORNOS DA VIOLÊNCIA URBANA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A constituição do MSP como grande centro urbano, impulsionado pelo desenvolvimento econômico e pelo amplo fluxo migratório, teve como consequências concentrar pessoas, riquezas, mas também desigualdades e situações de violência. Assim, dentre um conjunto de fenômenos que vão adquirindo intensidade, destaca-se a violência urbana, que revela e produz um forte tensionamento social. Revela um conjunto de desigualdades sociais: no acesso à cidade e ao que ela pode oferecer, em relação ao mercado de trabalho e ao consumo, bem como a um conjunto de direitos. Produz não só vítimas fatais e não fatais, mas medo e desconfiança social, com efeitos não menos perversos ao estimular a demanda e o apoio a resoluções igualmente violentas. Com a finalidade de delinear esse tensionamento, os itens a seguir apresentam alguns dos aspectos que moldam essa violência no MSP (em semelhança com outras localidades do país), com destaque para as altas taxas de mortalidade por homicídio, as alterações nos moldes da criminalidade, a exposição a diferentes formas de vitimizações cotidianas, assim como a violência policial.

Os homicídios e suas maiores vítimas

O MSP apresentou, até o final de 1990, uma das maiores taxas de mortalidade por homicídio (TMHs) entre as capitais do país. Conforme o Ministério da Saúde, a TMH em São Paulo cresceu 229% entre 1980, quando ocupava a nona posição entre as capitais (com uma taxa de 20,3 por 100 mil), e 1999, quando passou a ocupar a segunda posição (com uma taxa de 66,7 por 100 mil habitantes). Após esse período, no entanto, verifica-se uma inversão e um forte decréscimo. Entre 1999 e 2007, essa redução foi da ordem de 74%, passando de 66,7 para 17,4 por 100 mil habitantes. Assim, o MSP, que em 1999 ocupava a segunda posição entre as capitais, passou a 23º lugar em 2006, com uma das TMHs mais baixas do país.

Em relação ao período de intensificação, é possível ressaltar que essa foi uma tendência

que se propagou por todo o território nacional, embora com magnitudes diferenciadas, configurando uma situação de extrema gravidade (Peres, 2015). As localidades mais atingidas foram e ainda são áreas predominantemente urbanas, que apresentam diferenças significativas em termos de condições de vida da população, apesar das especificidades regionais. Ademais, no interior desses mesmos centros urbanos, são as áreas de maior sobreposição de desvantagens socioeconômicas aquelas que apresentam maior ocorrência (Adorno, 2002; Cardia, Adorno & Poletto, 2003).

Essa situação proporcionou amplo debate a fim de compreender a relação entre as condições socioeconômicas e a mortalidade por homicídio, considerando não só indicadores de renda, mas uma gama de fatores que em conjunto produziriam maior vulnerabilidade (Barata & Ribeiro, 2000; Cano & Santos, 2001; Cardia, Adorno & Poletto, 2003; Gawryszewski & Costa, 2005). Mais do que a pobreza, os estudos notam as desigualdades nas condições de vida e os seus efeitos no acesso aos diferentes direitos (como educação, saúde, segurança pública e justiça) como fatores cruciais para o entendimento dos diferenciais nas TMHs (Adorno, 2002; Cardia, Adorno & Poletto, 2003).

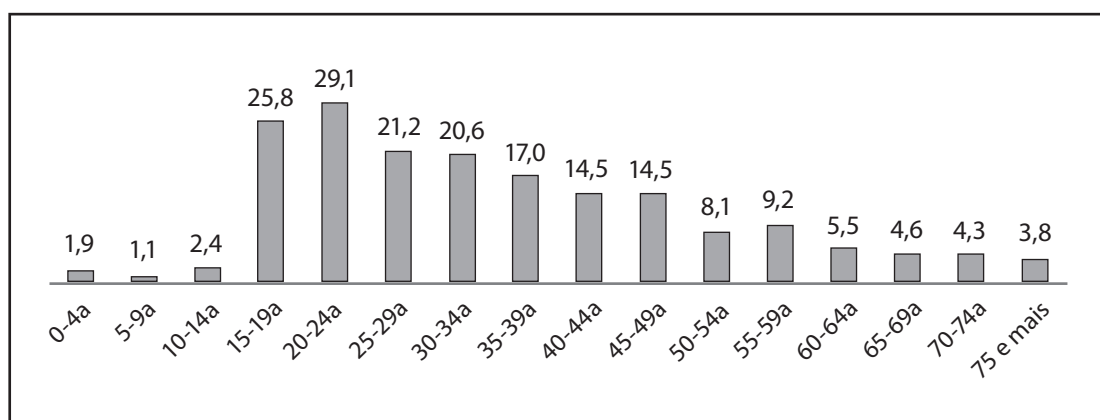
Ressalta-se, assim, que a análise dos homicídios é um estudo de contrastes (Unodoc, 2013), pois, apesar de atingir todas as regiões do mundo, sua distribuição entre os países e no

seu interior não ocorre de forma homogênea, sendo ainda múltiplas as suas causas, bem como específicos os grupos mais afetados e seus perpetradores. Na conformação dos públicos mais atingidos, agregam-se às condições de vida desiguais o peso do perfil etário, bem como o sexo das vítimas. Verifica-se mundialmente a maior vulnerabilidade dos jovens (Unodoc, 2013). Especificamente no caso do MSP, os homicídios se conformaram como a primeira causa de morte entre os jovens de 15 a 24 anos, já na década de 1990 (quando ultrapassa a mortalidade por acidentes de transporte). Essa situação permanece até os dias atuais, a despeito da forte tendência de queda. As TMHs no MSP nos últimos anos (1996 a 2013) evidenciam essa situação. Apesar da queda nas mortes por homicídio em todas as faixas etárias, os jovens continuam sendo as maiores vítimas (Gráfico 1). No ano de 2013, na faixa de 20 a 24 anos, a TMH chega a 29,1 por 100 mil habitantes, seguida pela faixa de 15 a 19 anos, com 25,8 por 100 mil habitantes.

Os resultados apontam também um forte diferencial entre as TMHs para homens e mulheres, o que é verificado em todas as idades. O grupo mais exposto vem sendo amplamente o do sexo masculino. Em relação aos diferenciais por sexo, observa-se, pelo Gráfico 2, que a queda foi mais pronunciada para os homens. Apesar disso, mantém-se o diferencial entre as TMHs masculinas e femininas. Em 2013, enquanto a TMH entre as

GRÁFICO 1

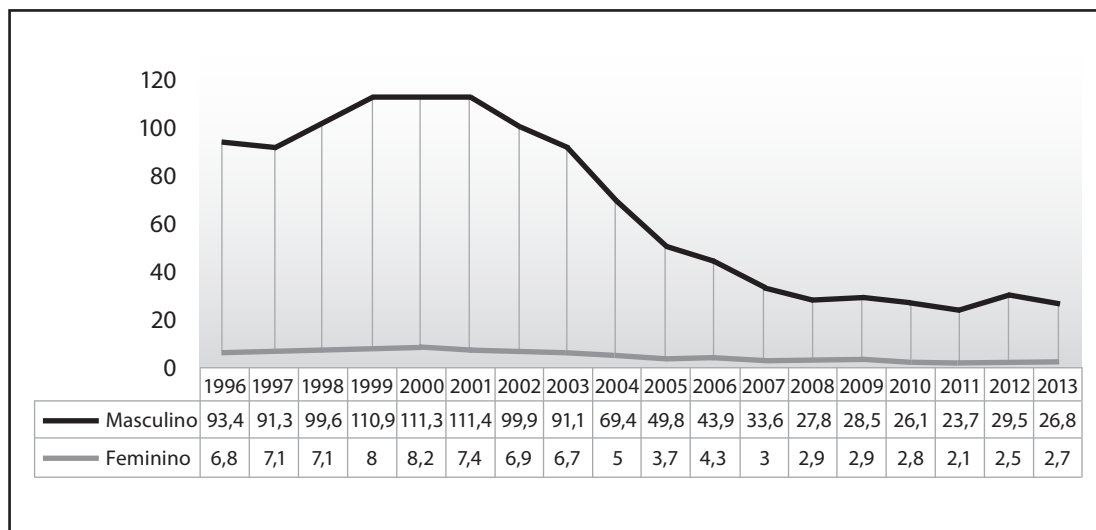
Taxa de mortalidade por homicídio/100 mil habitantes (faixa etária), MSP, 2013



Fonte: SIM/SMS – CET/SMT – SFMSP

GRÁFICO 2

Taxa de mortalidade por homicídio/100 mil habitantes (sexo), MSP, 1996-2013



Fonte: SIM/SMS – CET/SMT – SFMSP

mulheres foi de 2,7 por 100 mil habitantes, no sexo masculino esse coeficiente foi de 26,8 por 100 mil habitantes.

Cabe destacar que alguns distritos administrativos apresentam taxas mais elevadas do que a média para o MSP. No geral, os locais mais periféricos concentram o maior número de vítimas (Cardia, Adorno & Poletto, 2003). Embora, como ressaltam Peres et al. (2011), a tendência de queda tenha sido mais intensa nas áreas de exclusão social extrema ou de alta exclusão social, ultrapassando a encontrada para a população total, a redução observada não foi suficiente para minimizar a desigualdade na distribuição no risco de morte por homicídio no município.

Alterações nos padrões de criminalidade

O crescimento dos homicídios e de outros crimes violentos no MSP, a partir dos anos 1980, coaduna-se com alterações mais amplas na criminalidade no país. Nesse momento, embora a criminalidade individual permaneça, salienta-se a conformação de padrões mais organizados de atuação, em moldes empresariais e com conexões internacionais, especialmente em torno do tráfico

de drogas e armas (Adorno, 2002). Essa configuração é facilitada por mudanças na economia global, que flexibilizaram os mercados e proporcionaram maior abertura para atividades ilegais, bem como por novos padrões de desenvolvimento tecnológico e urbano (Adorno & Salla, 2007).

Os estudos de Zaluvar (1994, 2004) são pioneiros no deslindamento dessas transformações, evidenciando a expansão do tráfico de drogas nas favelas e bairros populares no Rio de Janeiro e seus efeitos na sociabilidade, provocando graves desarranjos sociais e alta mortalidade por homicídio. No que concerne ao MSP, apesar de especificidades locais, a expansão do comércio de drogas e seus efeitos sociais também adquirem centralidade no entendimento das dinâmicas e tensionamentos sociais na cidade (Feltran, 2008; Telles, 2010).

Vários fatores estão relacionados ao desenvolvimento dessa criminalidade, como a própria implicação das agências responsáveis por combatê-lo (Zaluvar, 2004; Misse, 2007). Não é possível entender a expansão dos mercados ilegais de drogas, por exemplo, sem considerar o apoio das agências estatais, especialmente na facilitação da circulação de drogas e armas (Zaluvar, 2004). Nesse sentido, configura-se uma rede de alianças, troca de favores, práticas de extorsão, ou seja, uma rede de agenciamentos baseada em transações de

“mercadorias políticas” (Misse, 2007), em que prerrogativas públicas são privatizadas pelos agentes estatais em benefício próprio. Soma-se a isso a grande mobilização monetária desses mercados ilegais como fator que está na base de sua expansão e no recrutamento intenso de mão de obra, formada em grande medida por jovens.

Simultaneamente, tem-se a adoção de uma política de encarceramento em massa no país (mais proeminente no estado de São Paulo), com início na década de 1990 e que se intensifica nos anos 2000³. Política que, conforme Adorno e Salla (2007), procura ser uma resposta ao crescimento dessa criminalidade, mas que, ao invés de solucionar, acabou por agravar a situação, favorecendo sua expansão e consolidação dentro e fora das prisões. Diante da superlotação, da precariedade nas condições de vida dos presos e arbitrariedades no seu interior, tem-se a consolidação de lideranças entre os próprios presos e sua ascendência no controle sobre o cotidiano prisional e atividades ilegais fora dos muros das prisões (Adorno & Salla, 2007; Dias, 2013; Feltran, 2008). Em São Paulo, são essas condições que favorecem o surgimento do grupo autodenominado Primeiro Comando da Capital (PCC), que tem logrado hegemonia nas prisões do estado e também fora delas, regulando o cotidiano prisional, a conduta dos presos e uma série de negócios ilícitos (Dias, 2013).

A “guerra” contra o crime e a reprodução da violência

Conjuntamente a essas alterações, observa-se um padrão reativo da polícia também marcado por violência e arbitrariedade. De forma geral, a política assumida na área de segurança pública em São Paulo, no decorrer de diferentes gestões, tem se caracterizado por uma política de confronto ou

uma política de “guerra” (Feltran, 2015). Em nome de conter o aumento da criminalidade, diferentes ações violentas, que por vezes ultrapassam os limites legais, vêm sendo constantemente adotadas e sistematicamente justificadas em nome de uma suposta proteção à sociedade. Verifica-se tanto um alto grau de letalidade resultante dos confrontos policiais “em serviço” (Bueno & Lima, 2012), como práticas de extermínio, com suspeitas de envolvimento policial (Cano & Alviaia, 2008; Ruotti et al., 2014; Dias et al., 2015).

Considerando-se os dados oficiais para o estado de São Paulo (Gráfico 3), identifica-se um padrão alto de letalidade policial, com picos em diferentes anos⁴. No período de 2001 a 2014, foram mortas, pelas duas polícias juntas (militar e civil), 7.209 pessoas. Só no último ano da série, foram 708 pessoas (representando mais de 100% de aumento em relação ao ano anterior).

A mesma tendência é encontrada no MSP (Gráfico 4). Mais do que isso, o MSP constitui-se na localidade do estado de São Paulo que concentra a maior parte das mortes por intervenção policial (acima de 40% das ocorrências nos anos considerados)⁵. Apesar dos limites dos dados oficiais, vários estudos indicam que a violência policial é seletiva, seguindo os padrões de segregação urbana e social. São os mais jovens, do sexo masculino, majoritariamente negros, geralmente moradores de áreas periféricas, as principais vítimas (Neme, 2011; Sou da Paz, s/d). Conforme análise do Instituto Sou da Paz (s/d), referente aos dados de mortalidade do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade – PRO- -AIM, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, categorizados como “intervenção legal”⁶,

3 Para o país, a variação da população encarcerada, entre 1993 e 2000, foi da ordem de 84,5%, tendência que foi ainda mais acentuada na década de 2000, crescendo 113,2% de 2000 a 2010 (Salla, 2012). A mesma tendência é observada no estado de São Paulo, com números ainda maiores. A taxa de encarceramento sobe de 94,4% em 1992 para 149,9% em 2000, passando para 219,6% em 2003 e alcançando a cifra de 413 presos por 100 mil habitantes em 2010 (Dias, 2012).

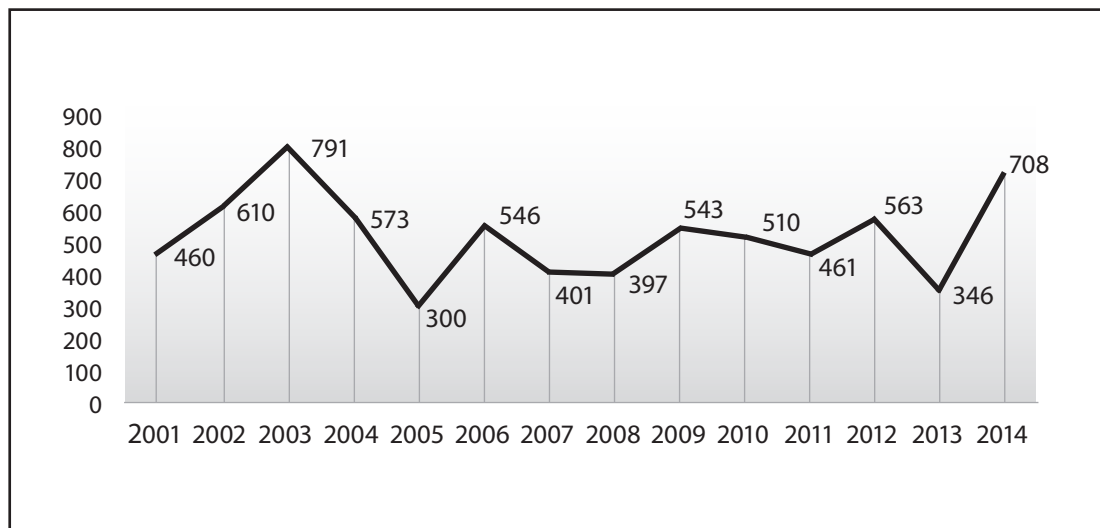
4 Picos que mantêm relação com momentos mais acentuados de crise, como confrontos deflagrados entre a criminalidade organizada e a polícia, como nos anos de 2006 e 2012 (Adorno & Salla, 2007; Dias et al., 2015) e posicionamentos políticos específicos dos gestores na área de segurança pública (Bueno & Lima, 2012).

5 Para termos de comparação, a população do MSP representa aproximadamente 27% da população total do estado de São Paulo, o que evidencia essa concentração.

6 “Traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem, e outra ação legal” (Classificação Internacional de Doenças, CID-10).

GRÁFICO 3

Pessoas mortas em confronto com as polícias (PM e PC) em serviço (estado de São Paulo, 2001-2014)*



Fonte: Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP/SP)

* Casos de morte em decorrência de intervenções policiais, excluindo homicídios doloso e culposos

no período de 2002 a 2011⁷, no MSP, quase a totalidade das vítimas era do sexo masculino (99,7%); mais da metade eram negros e pardos (55%); e a grande maioria (80%) era jovem, com idades entre 15 e 29 anos (sendo a faixa etária de 20 a 24 anos aquela com maior concentração de vítimas). Ademais, o mesmo estudo mostra que a letalidade policial está desigualmente distribuída pelo território, sendo que a maior parte dos mortos residia em distritos periféricos⁸.

Há de se destacar que a violência policial vai além das intervenções no exercício da atividade cotidiana. Historicamente, o país é marcado por situações extralegais de execução perpetradas por policiais, especialmente como integrantes de grupos de extermínio (Lemos-Nelson, 2006; Telles, 2010; Meneghetti, 2011). Atualmente, muitas são

as execuções desse tipo com suspeitas de envolvimento policial, inclusive em ações em que pessoas encapuzadas, por vezes em motos, passam atirando, deixando para trás um alto número de vítimas fatais (Cano & Alvadia, 2008; Ruotti et al., 2014; Dias et al., 2015). Contudo, muito pouco é feito para elucidar e punir esses casos, sendo que a impunidade permanece como regra. Assim, observa-se que o Estado e seus diferentes segmentos, inclusive de segurança e justiça, atuam ainda hoje seguindo uma lógica de criminalização e repressão de alguns grupos sociais, valendo-se da situação de criminalidade e insegurança pública para alargar seus mecanismos punitivos e, quando não, desrespeitar a própria lei.

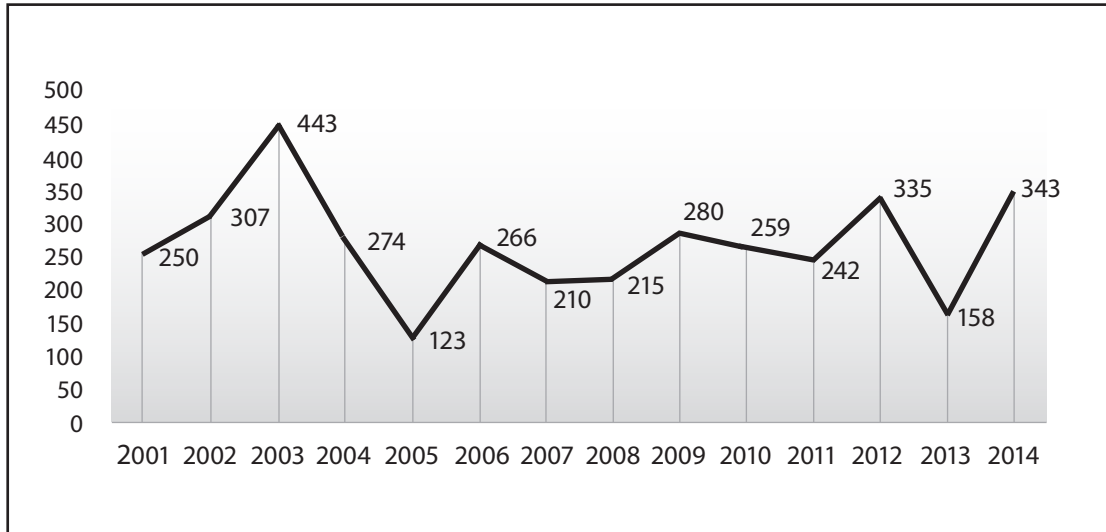
Exposição direta e indireta à violência

As diferentes transformações mencionadas têm seus efeitos nas experiências cotidianas da população, que passa a estar exposta a distintos tipos de vitimizações. Não só a eventos fatais, como apresentado em relação aos homicídios (ou à letalidade policial), mas a agressões e eventos

7 Totalizando 1.491 vítimas para todo o período. Número menor em relação aos dados da Secretaria da Segurança Pública referentes à categoria "mortos por intervenção legal" (que foi de 2.618).

8 Os dez distritos com maior número de pessoas mortas por policiais foram: Sapopemba (54 vítimas); Brasilândia (53); Cidade Tiradentes (39); Capão Redondo (36); Jaraguá (33); Cachoeirinha (31); Itaquera (31); Lajeado (30); Cidade Ademar (29); e Cangaíba (28) (Sou da Paz, s/d).

Pessoas mortas em confronto com as polícias (PM e PC) em serviço (município de São Paulo, 2001-2014)*



Fonte: Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP/SP)

* Casos de morte em decorrência de intervenções policiais, excluindo homicídios doloso e culposos

diversos, que podem fazer parte da experiência direta das pessoas (nos casos em que se é a própria vítima ou pessoas muito próximas são as vítimas, como familiares e/ou amigos) ou de situações mais difusas, indiretas (presenciadas nos locais de moradia, na cidade ou mesmo acessadas por canais de comunicação).

Segundo Borges (2013), com base em *survey* do Instituto de Estudos Sociais e Políticos (Iesp-Uerj), realizado em junho de 2010, a estimativa da taxa de vitimização no país, nos últimos 12 meses, foi de 14% para o conjunto de delitos abordados. Ademais, os dados obtidos indicam uma distribuição desigual dessa vitimização, sendo que as capitais apresentaram uma taxa de vitimização de 20,6%, significativamente maior do que as encontradas para os municípios da periferia (15,3%) e do interior (10,7%). Entre os delitos abordados, os crimes contra o patrimônio (furtos e roubos) foram aqueles com maior prevalência (ambos com 31,3%).

Já conforme pesquisa da Secretaria Nacional de Segurança Pública – Senasp (2013), a qual considerou o conjunto de municípios com mais de 15 mil habitantes na área urbana do país, 32,6% dos entrevistados disseram ter sofrido ao longo da vida

algun dos 12 tipos de crimes ou ofensas considerados. Em relação aos 12 meses anteriores à realização da pesquisa, 21% afirmaram que o fato ocorreu pelo menos uma vez. No MSP, 36% dos entrevistados disseram ter sido vitimizados na vida e 24,1% nos últimos 12 meses. Nesse estudo, porém, são as agressões (14,3%), seguidas pelas discriminações (10,7%), que têm maior peso dentre as vitimizações nos últimos 12 meses (para o total da amostra). Furtos e roubos de objetos foram declarados por 9,8% e 3,6% dos entrevistados, respectivamente.

É possível identificar também estudos que permitem comparações ao longo do tempo, como o do Centro de Políticas Públicas e Instituto de Ensino e Pesquisa (CPP/Insper, 2013), para o MSP, e a pesquisa do Núcleo de Estudos da Violência (Cardia et al., 2013), para 11 capitais do país. Conforme o primeiro, verifica-se uma queda na vitimização no MSP para o conjunto de violências ou delitos pesquisados, embora permaneça em patamar elevado, passando de 46,6% (em 2003) para 39,5% (em 2013). Assim, todos os delitos, de forma agrupada, apresentaram queda, com exceção dos furtos, cuja diminuição não é significativa. Entre as ocorrências que apresentam maior valor, em 2013, tem-se o estelionato (18,7%), a agressão verbal (15,2%) e

o furto (12,6%). A segunda pesquisa (Cardia et al., 2013) também verifica uma diminuição na exposição direta à violência (nos últimos 12 meses), em relação ao conjunto de capitais selecionadas⁹, entre 1990 e 2010, exceto para roubo com uso de arma de fogo e ocorrências relacionadas ao consumo de drogas (“alguém ofereceu drogas” e “alguém pediu informação sobre onde comprar drogas”). No que concerne ao crescimento das últimas ocorrências, é possível relacioná-las à expansão do mercado ilícito de drogas referido anteriormente, o qual é percebido pela população com mais intensidade na sua vida cotidiana. A desagregação dos dados por faixa etária demonstra ainda que são os mais jovens os mais vitimados.

CONSEQUÊNCIAS DA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA URBANA

As consequências da exposição direta ou indireta à violência são muitas e envolvem desde lesões físicas e morte até efeitos menos palpáveis, que se expressam através de sentimentos difusos de medo e insegurança, que geram sofrimento, levam a mudanças de comportamento e interferem nos padrões de sociabilidade (Caldeira, 2000; Cardia et al., 2013; Borges, 2013). Além disso, embora raras no Brasil, existem inúmeras pesquisas internacionais que demonstram a existência de associação entre exposição à violência e diversos efeitos na saúde (Guerra et al., 2003; Wright, 2006; Fairbrook, 2013).

Em relação ao sentimento de insegurança no país provocado pelas diferentes vitimizações à violência urbana, alguns estudos mostram como esse sentimento é elevado, tendo efeitos específicos na rotina das pessoas (Cardia et al., 2013; Senasp, 2013; Borges, 2013; CPP/Insper, 2013). Embora a relação entre vitimização e medo da violência possa não ser tão direta, ou seja, os mais vitimados nem sempre são os mais inseguros (Aguiar, 2005), não é possível desconsiderar a relação que também é encontrada entre esses fenômenos (Borges, 2013).

Esse sentimento de insegurança tem sido mensurado por perguntas relacionadas ao medo das pessoas em circular por áreas da cidade e/ou bairro (durante o dia e à noite) e/ou o medo de ser vítima de violência. Embora os percentuais difiram entre os estudos, a insegurança geralmente é mais elevada na circulação pela cidade quando comparada ao bairro de moradia, bem como esse sentimento é crescente no período noturno (Borges, 2013; Senasp, 2013). No MSP, em 2010, a maior parte das pessoas entrevistadas (39,1%) relatou pouca segurança ao andar à noite sozinha pela vizinhança, e 17,9% mencionaram nenhuma segurança (Cardia et al., 2013). Ademais, é possível apontar diferenças em relação ao perfil dos entrevistados, na maioria das vezes são as mulheres e as pessoas com mais idade, bem como aquelas com maior poder aquisitivo ou escolaridade, as que apresentam maior medo (Borges, 2013; Senasp, 2013). Como consequência, diferentes estratégias são referidas como forma de proteção individual, como evitar sair de casa portando dinheiro, objetos de muito valor ou outros pertences que chamem atenção (78,1%), frequentar locais desertos ou eventos com poucas pessoas circulando (73%), sair à noite ou chegar muito tarde em casa (64,3%) ou mesmo mudar de trajeto entre a casa e o trabalho ou a escola ou lazer (33,7%), entre outros (Senasp, 2013).

Diversos também são os efeitos dessa vitimização e da insegurança na saúde da população. Segundo Wright (2006), o sentimento de insegurança parece funcionar como um mediador entre a exposição à violência e as condições mórbidas através das mudanças comportamentais, como adoção de comportamentos de risco, isolamento social e comprometimento do cuidado em saúde.

Na infância e adolescência, a exposição direta ou indireta à violência comunitária ou “urbana” tem se mostrado positivamente associada a transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substância, problemas externalizantes (comportamento antissocial e violento) e internalizantes (depressão e ansiedade), baixa autoestima, insegurança na relação com os pais ou cuidadores e asma (Guerra et al., 2003; Wright, 2006; Apter et al., 2010; Fairbrook, 2013). Em adultos, Koss et al. (1990) encontraram associação entre vitimização direta e auto-percepção do estado de saúde em mulheres, sendo que vítimas de violência comunitária avaliam o

9 Belém, Belo Horizonte, Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

seu estado de saúde pior e tendem a usar mais os serviços de saúde. Segundo Britt (2001), a vitimização direta por violência física ou crime contra a propriedade mostrou-se associada a uma pior avaliação do estado de saúde e bem-estar físico. Apter et al. (2010) encontraram associação positiva entre exposição à violência comunitária e atendimento em serviços de emergência, hospitalização e pior avaliação da qualidade de vida entre adultos portadores de asma. Associação entre exposição à violência comunitária e transtornos mentais como depressão, transtorno de estresse pós-traumático e quadros fóbicos e ansiosos também tem sido descrita (Mitchel et al., 2010).

Em conjunto, esses estudos buscam compreender a violência como um fator de exposição socioambiental associado a uma série de desfechos em saúde física e mental. A violência comunitária ou “urbana”, junto com outras desvantagens sociais, contribui para a conformação de contextos socialmente tóxicos, podendo ser concebida como gerador de estresse psicossocial (Wright, 2006). Segundo Wright (2006), a exposição à violência conforma-se como um estressor psicossocial que, quando presente, gera uma atmosfera de medo, insegurança e sentimento de perda de controle sobre o mundo e sobre a própria vida, acabando por produzir uma série de alterações comportamentais com a adoção de condutas de risco para doenças crônicas, como tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, inatividade física e alterações nos hábitos alimentares. Além disso, o sentimento de insegurança geraria descrença no outro, constituindo-se na base de um movimento de isolamento social, comprometendo a construção ou manutenção de redes de apoio social e comunitário, fatores tradicionalmente associados a melhores condições de vida e saúde.

A VIOLÊNCIA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUA PREVENÇÃO

A afirmação de que a violência é um problema de saúde pública não é nova. Desde meados dos anos 1980 os efeitos negativos da violência à saúde das populações são reconhecidos, os quais se expressam nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e

nos custos, diretos e indiretos, decorrentes desse tipo de vitimização (Peres, 2014). Um marco importante nesse reconhecimento foi a declaração da Organização Mundial da Saúde – OMS, em sua 49ª Assembleia Mundial, de que a violência é um problema de saúde pública em esfera global e que os países membros devem investir esforços para identificar os fatores de risco e desenvolver estratégias de prevenção. A ideia de que violência pode ser evitada passa a fundamentar os estudos e as ações no campo da saúde pública (Krug et al., 2002).

Dentro desse campo, que compreende a violência como sendo resultante da conjunção de diversos fatores de risco que envolvem características individuais, relacionais, comunitárias e sociais (Krug et al., 2002), a tarefa de prevenção é concebida de forma múltipla. Multiplicidade que envolve não só um conjunto de ações de prevenção (primárias, secundárias e terciárias), mas a conexão com outros campos de saberes e de intervenção. Nessa perspectiva, a OMS defende que o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais é imprescindível na tarefa de prevenir a violência (Krug et al., 2002). Assim, a integração entre os diferentes setores da própria saúde e com outros campos (de saberes e de intervenção), como de educação, assistência social, justiça e segurança pública, de âmbito governamental e não governamental, é concebida como necessária no desenvolvimento de uma estratégia coletiva de prevenção.

Diante dos diferentes aspectos que constituem o problema social da violência urbana no país e, especificamente no MSP, como delineado ao longo deste trabalho, essa integração revela sua importância, notadamente ao sinalizar para a necessidade de alterações na forma de controle dessa violência. Ainda é disseminada na sociedade brasileira uma perspectiva amplamente securitária, na qual o uso da força é visto como um dos caminhos mais eficazes para fazer frente a essa problemática. A lógica da prevenção, inclusive primária (antes da ocorrência de qualquer manifestação de violência), permanece preterida diante de demandas populares e investimentos públicos voltados para uma política de segurança mais “enérgica” e de penas mais longas para os diferentes crimes. Como destacado em relação à violência policial, o acréscimo da criminalidade

violenta vem apresentando, como seu reverso, a intensificação de ações de repressão. Assim, a alta letalidade policial conectada ao recrudescimento do encarceramento bem como a permanência de ações de execuções extralegais com suspeita de envolvimento policial revelam que a visão difundida sobre a promoção da segurança no país ainda está muito atrelada a estratégias reativas, por vezes violentas e arbitrárias. É nesse sentido

que a perspectiva e as ações da saúde pública, em conjunção com diferentes campos, tornam-se essenciais não só para minimizar os danos causados pela violência urbana, mas para alterar a própria maneira de conceber essa violência e as possibilidades para combatê-la. De forma central, destaca-se o auxílio na disseminação e consolidação de um olhar preventivo na promoção da saúde e bem-estar da população como um todo.

BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, S. "Exclusão Socioeconômica e Violência Urbana", in *Sociologias*, 4(8). Porto Alegre, 2002, pp. 84-135.
- _____; SALLA, F. "Criminalidade Organizada nas Prisões e os Ataques do PCC", in *Estudos Avançados*, 21(61), 2007, pp. 7-29.
- AGUIAR, C. L. S. *Medo e Descrença nas Instituições de Lei e Ordem: uma Análise da Imprensa Escrita e das Sondagens de Opinião*. Tese de mestrado. São Paulo, Departamento de Sociologia da FFLCH-USP, 2005.
- APTER, Andrea J. et al. "Exposure to Community Violence is Associated with Asthma Hospitalizations and ED Visits", in *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 126(3), 2010, pp. 552-7.
- BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. de A. "Relação entre Homicídios e Indicadores Econômicos em São Paulo, Brasil, 1996", in *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(2), 2000, pp. 118-24.
- BORGES, D. "Vitimização e Sentimento de Insegurança no Brasil em 2010: Teoria, Análise e Contexto", in *Mediações*, 18(1), 2013, pp. 141-63.
- BRITT, C. L. "Health Consequences of Criminal Victimization", in *International Review of Victimology*, 8, 2001, pp. 63-73.
- BUENO, S.; LIMA, R. S. de. "A Opaca Estética da Indiferença: Letalidade Policial e Políticas Públicas de Segurança", in Núcleo de Estudos da Violência da USP (org.). *5º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. 1ª ed. São Paulo, Urbania, 2012, pp.158-65, pp. 104-11.
- CALDEIRA, T. P. do R. *Cidade de Muros: Crime, Segregação e Cidadania em São Paulo*. São Paulo, Editora 34/Edusp, 2000.
- CANO, I.; NILTON, S. *Violência Letal, Renda e Desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2001.
- CANO, I.; ALVADIA, A. *Análise dos Impactos dos Ataques do PCC em São Paulo em Maio de 2006*. Conectas Direitos Humanos: Relatório Final, 2008. Disponível em: http://www.observatoriodeseguranca.org/files/AtaquesPCC_lgCano.pdf. Acesso em: 10/nov./2015.

- CARDIA, N.; ADORNO, S.; POLETO, F. "Homicídio e Violação de Direitos Humanos em São Paulo", in *Estudos Avançados*, 17 (47), 2003, pp. 43-73.
- CARDIA, N. et al. *Pesquisa Nacional, por Amostragem Domiciliar, sobre Atitudes, Normas Culturais e Valores em Relação à Violação de Direitos Humanos e Violência: um Estudo em 11 Capitais de Estado*. São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência da USP, 2013.
- CPP/INSAPER. *Relatório da Pesquisa de Vitimização em São Paulo, 2003-2013*. Centro de Políticas Públicas (CPP) e Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2013/10/22/Relatorio-de-Vitimizacao-ok-2013-v6.pdf>. Acesso em: 10/nov./2015.
- DIAS, C. C. D. "A Situação do Sistema Prisional em São Paulo", in Núcleo de Estudos da Violência da USP (org.). *5º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. 1ª ed. São Paulo, Urbania, 2012, pp. 158-65.
- _____. *PCC: Hegemonia nas Prisões e Monopólio da Violência*. São Paulo, Saraiva, 2013.
- DIAS, C. C. D. et al. "A Prática de Execuções na Região Metropolitana de São Paulo na Crise de 2012: um Estudo de Caso", in *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 9(2), 2015, pp. 160-79.
- FAIRBROOK, S. W. "The Physical and Mental Health Effects of Community Violence Exposure in Pre-Adolescent and Adolescent Youth", in *Journal of Nursing Student Research*, 6(1), 2013, pp. 24-30.
- FELTRAN, G. S. "O Legítimo em Disputa: as Fronteiras do Mundo do Crime nas Periferias de São Paulo", in *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 1, 2008, pp. 93-126.
- _____. "São Paulo, 2015: sobre a Guerra", in *Blog da Boitempo*, 16/6/2015. Disponível em: <http://blogdaboitempo.com.br/2015/06/16/sao-paulo-2015-sobre-a-guerra/#comments>. Acesso em: 10/nov./2015.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; COSTA, L. S. "Homicídios e Desigualdades Sociais no Município de São Paulo", in *Revista de Saúde Pública*, 39 (2), 2005, pp. 191-7.
- GUERRA, N. G.; HUESMANN, L. R.; SPINDLER, A. "Community Violence Exposure, Social Cognition, and Aggression among Urban Elementary School Children", in *Child Development*, 74(5), 2003, pp. 1.561-76.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências Demográficas: uma Análise dos Resultados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, IBGE, 2001. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_resultados/sinopse_censo2000.pdf. Acesso em: 9/nov./2015.
- _____. *Censo Demográfico 2010. Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo*. Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>. Acesso em: 9/nov./2015.
- _____. *Censo Demográfico 2010. Aglomerados Subnormais. Informações Territoriais*. Rio de Janeiro, IBGE, 2013. Disponível em: http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/biblioteca/arquivos/ibge_aglomerados_subnormais_2010.pdf. Acesso em: 9/nov./2015.
- KOSS, M. P.; WOODRUFF, W. J.; KOSS, P. G. "Relation of Criminal Victimization to Health Perceptions among Women Medical Patients", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 1990, pp. 147-52.
- KRUG, E. G. et al. (eds.). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002.
- LEMONS-NELSON, Ana Tereza. "Grupos de Extermínio e Accountability em Âmbito Municipal", in *Caderno CRH*, Salvador, v. 19, n. 47, pp. 233-45, Mai.-Ago./2006.

- MACHADO DA SILVA, Luiz Antonio. *Vida Sob Cerco. Violência e Rotina nas Favelas do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2008.
- MENEGHETTI, F. K. "Origem e Fundamentos dos Esquadrões da Morte no Brasil", in *XXXV Encontro da ANPAD*. Rio de Janeiro, setembro de 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR1233.pdf>. Acesso em: 10/nov./2015.
- MISSE, M. "Mercados Ilegais, Redes de Proteção e Organização Local do Crime no Rio de Janeiro", in *Estudos Avançados*, 21(61), 2007, pp. 139-57.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informações de Saúde*. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em: 4/nov./2015.
- MITCHELL, S. J. et al. "How Does Violence Exposure Affect the Psychological Health and Parenting of Young African-American Mothers?", in *Social Science & Medicine*, 70, 2010, pp. 526-33.
- NEME, C. *Relatório 15 anos da Ouvidoria da Polícia*. São Paulo, Ouvidoria da Polícia do Estado de São Paulo, Imprensa Oficial, 2011.
- PERES, M. F. T. et al. "Queda dos Homicídios em São Paulo, Brasil: uma Análise Descritiva", in *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(1), 2011, pp. 17-26.
- PERES, M. F. T. "Prevenção, Atenção e Controle de Violências Interpessoais Comunitárias", in Jairnilson Silva Paim; Naomar de Almeida Filho (orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2014, pp. 437-64.
- _____. "Violência e Homicídios: Emergência, Crescimento e Consolidação de um Problema de Saúde de Dimensão Coletiva", in Carlos Augusto Monteiro; Renata Bertazzi Levy. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. De Geisel a Dilma*. São Paulo, Hucitec, Nupens/USP, 2015, pp. 348-74.
- RUOTTI, C. et al. "A Vulnerabilidade dos Jovens à Morte Violenta: um Estudo de Caso no Contexto dos 'Crimes de Maio'", in *Saúde e Sociedade*, 23(3), 2014, pp. 733-48.
- SALLA, F. "Sistema Prisional no Brasil: Balanço de uma Década", in Núcleo de Estudos da Violência da USP (org.). *5º. Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil 2001-2010*. 1ª ed. São Paulo, Urbania, 2012, pp. 150-7.
- SENASP – Secretaria Nacional de Saúde Pública. *Pesquisa Nacional de Vitimização*, 2013. Disponível em: www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNV-Senasp_final.pdf. Acesso em: 10/nov./2015.
- SOU DA PAZ. *Perfil das Pessoas Mortas na Cidade de São Paulo por Policiais em Serviço (2002-2011)*, s/d. Disponível em: http://www.soudapaz.org/upload/pdf/perfil_das_pessoas_mortas_pelas_pol_cias_na_cidade_de_sp_2002_a_2011.pdf. Acesso em: 10/nov./2015.
- TELLES, V. da S. *Cidade: Tramas, Dobras e Percursos*. Tese de livre-docência. São Paulo, Departamento de Sociologia da FFLCH-USP, 2010.
- UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Study on Homicide 2013: Trends, Contexts, Data*. Viena, Unodoc, 2013.
- WHO – World Health Organization. *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*. Geneva, WHO, 2010.
- WRIGHT, R. J. "Health Effects of Socially Toxic Neighborhoods: the Violence and Urban Asthma Paradigm", in *Clinics in Chest Medicine*, 27, 2006, pp. 413-21.
- ZALUAR, A. *O Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1994.
- _____. *Integração Perversa: Pobreza e Tráfico de Drogas*. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2004.