

QUEBRANDO O CICLO DA VIOLÊNCIA: PREVENÇÃO E SAÚDE MENTAL

BREAKING THE CYCLE OF VIOLENCE. PREVENTION AND MENTAL HEALTH

Resumo

O Brasil apresentou piora alarmante dos índices de violência nos últimos 30 anos. Este artigo discute dados diversos, o papel da maternagem na definição de como o indivíduo se relacionará social e afetivamente na vida adulta, e discorre sobre estratégias e campanhas que poderiam ajudar a reverter o grave quadro atual.

Palavras-chave: Violência, prevenção, saúde mental.

Abstract

Brazil has shown a serious increase in violence indices over the last 30 years. This article discusses several data on violence, the role of motherhood in determining the way how the individual will relate to others socially and affectively in adulthood, as well as strategies and campaigns that could help revert the current scenario.

Keywords: Violence, prevention, mental health.

Apesar do crescimento econômico, que colocou o Brasil entre as maiores economias do mundo, com milhões de pessoas saindo da linha da pobreza e melhora dos índices de saúde (por exemplo, queda da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida), tivemos também uma inversão, com piora alarmante dos índices de violência nos últimos 30 anos.

A violência é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil: a terceira causa de mortalidade e a sexta de internações hospitalares¹. O Brasil vive, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde, uma epidemia de violência, na forma de criminalidade, homicídios, sequestros, assaltos, violência doméstica e desastres automobilísticos. Essa realidade demonstra que a violência não está unicamente ligada com a pobreza.

Em 2011, mais de 145.000 pessoas morreram devido a causas externas, número que vem aumentando gradativamente (Tabela 1). São mais de 400 mortes por dia.

TABELA 1 - DADOS SOBRE ÓBITOS NO BRASIL E COMPARATIVO COM CENÁRIO DE GUERRA

ÓBITOS	2009	2010	2011
CAUSAS EXTERNAS	138.697	143.256	145.842
HOMICÍDIOS	51.431	52.260	52.198
ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS	38.469	43.908	44.553
ÓBITOS VIOLENTOS/DIA	380	392	400
MORTES EUA/IRAQUE/AFEGANISTÃO	945 (2005)	920 (2006)	1.021 (2007)
EQUIVALENTE A NÚMERO DE DIAS DE HOMICÍDIOS NO BRASIL	2,5	2,3	2,5

Os homicídios são a terceira causa de morte no Brasil. De 1980 a 2011, ocorreram 1.145.908 homicídios no país; destes, 60% ocorreram em áreas metropolitanas. A arma de fogo foi o principal instrumento, utilizada em cerca de 70% dos casos. Houve também um aumento de 326% na taxa de homicídios entre jovens (15-24 anos), sendo a maioria homens, negros e pardos².

Infelizmente, no país do Carnaval, o homicídio também é uma realidade nacional. Além do sofrimento, sentimentos de insegurança, medo, raiva e vingança experimentados por todos aqueles que são agredidos ou que têm pessoas próximas agredidas, existe também um custo emocional e econômico brutal. Vidas são tiradas de pessoas potencialmente produtivas, com custos econômicos diretos e indiretos. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que o custo da violência seja de 5% do produto interno bruto (PIB), ou R\$ 200 bilhões/ano pela escalada da violência em nosso país².

Em 2010, foram gastos R\$ 50 bilhões em segurança pública, contra R\$ 22,6 bilhões em 2003. O investimento em segurança pública no ano de 2009 representou 1,5% do PIB (com uma taxa de homicídios no país de 22,9/100.000 habitantes), um número semelhante ao que foi gasto na Espanha (1,3% do PIB), mas onde a taxa de homicídios é de 0,7/100.000 habitantes³.



MARCELO FEIJÓ DE MELLO¹, WILLIAM BERGER², MARIANA PIRES LUZ³, IVAN FIGUEIRA⁴

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ³ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁴ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP.

Levantamento realizado em 2007 por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), avaliando 3.700 pessoas entre 15 e 60 anos de idade nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, observou que 87% das pessoas já haviam passado ou testemunhado situações de violência urbana. Destas, 10% desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), quadro psiquiátrico crônico e grave que compromete, em muito, o funcionamento do acometido⁴. Entre aqueles que tiveram um parente próximo assassinado, 13,1% terão TEPT. A morte de um parente próximo é responsável por cerca de um terço dos casos de TEPT na população geral. Podemos estimar que, na população de ambas as cidades avaliadas, que têm mais de 12 milhões de pessoas nessa faixa etária, 1,2 milhão terá TEPT⁵.

Quais são as causas da violência? Sabemos que se trata de um fenômeno complexo, que faz parte da história da humanidade. Podemos também afirmar, com bases científicas, que violência gera violência. A maior parte dos indivíduos adultos que cometem crimes tiveram história de abuso e negligência emocional e física durante a infância⁶.

O ser humano tem um desenvolvimento lento e progressivo, devido às suas grandes necessidades para que consiga interagir socialmente, dentro de regras explícitas e implícitas de comunicação e convivência. Todo esse desenvolvimento depende diretamente da evolução cerebral na definição de suas conexões entre neurônios de diversas áreas, envolvendo sistemas hormonais, metabólicos e imunológicos no crescimento do indivíduo.

Um dos achados mais consistentes da neurociência é que uma criança que passou por situações traumáticas durante a infância carregará modificações persistentes, com prejuízos em seu funcionamento psicológico e social⁷. Tal indivíduo apresenta alto risco para o desenvolvimento de doença mental, assim como para atividade criminal.

Além disso, vivências traumáticas na infância causam alterações genéticas intracelulares. Essas alterações, chamadas epigenéticas, alteram permanentemente a capacidade de adaptação social e o comportamento do indivíduo. As alterações epigenéticas também são passadas para a prole, formando um ciclo de reativação da violência que pode levar gerações para ser extinto⁸. Esses são conhecimentos recentes que mudam completamente o que pensávamos a respeito de transmissão genética.

Estudos de seguimento realizados com crianças até tornarem-se adultos (cobrindo décadas) realizados pelo psicólogo Tremblay mostraram que há um pico de comportamento agressivo até os 2 anos de idade. Nessa faixa etária, quase todos são muito agressivos, e a agressividade começa a decair e se estabiliza na primeira infância, coincidindo com a entrada em idade escolar. No entanto, em torno de 5% das crianças mantêm esse comportamento agressivo estável ao longo do tempo. É interessante notar que estudos com primatas mostram que a mesma proporção de animais machos tem comportamento extremamente agressivo, que os torna desadaptados do grupo. Isso faz com que, muitas vezes, esses primatas sejam exilados ainda muito jovens, levando a alto índice de mortalidade^{9,10}.

Esses achados mostram que o comportamento agressivo inato é contido através do convívio, inicialmente com os pais, através de um processo de aprendizado sobre as consequências da agressividade e sobre como conseguir seus objetivos sem usar a agressividade, e sim agindo de acordo com as normas sociais. Novamente, o contato maternal é fundamental para esse processo, sendo um guia para relações sociais e afetivas posteriores.

Tremblay et al. também observou que crianças de 6-7 anos de idade que apresentavam problemas de comportamento agressivo com relação aos colegas da mesma idade e a animais e que haviam sido submetidas a maus-tratos tinham um risco 5-7 vezes maior de apresentar comportamento criminoso violento quando adultos¹¹.

A violência na infância e na adolescência também eleva em até quatro vezes as chances de envolvimento com drogas na vida adulta: 45% dos alcoólicos, 47% dos usuários de maconha e mais de 50% dos usuários de cocaína relataram abusos na infância¹². Esse mesmo estudo nacional revelou números chocantes. Entre as formas de violência, a sexual é uma das mais graves, com as piores consequências: 5,4 milhões de brasileiros (5% dos brasileiros acima de 18 anos) relataram abuso sexual na infância, mais comum entre as mulheres (7%) quando comparadas aos homens (3,4%). Além disso, cerca de 49% dos indivíduos expostos a abuso sexual na infância desenvolveram o TEPT como consequência, de acordo com nosso estudo epidemiológico Rio-São Paulo¹².

A socióloga holandesa Bernice van Bronkhorst, estudiosa da violência no Brasil ligada ao Banco Mundial, diz que o melhor caminho para a redução desses níveis está na prevenção. Muitas vezes, não são necessários mais recursos. Basta

aplicar melhor os já existentes. Muitos serviços do Estado já existentes, como programas de esporte, cultura, recreação e ação social, poderiam ser também focados em áreas específicas que precisam de prevenção contra a violência¹³.

O trabalho de prevenção pode ser focado numa época inicial da vida, até mesmo antes do ensino fundamental. Programas nessa idade pré-escolar realizados nos Estados Unidos mostram que crianças que entram cedo nesses programas educacionais têm uma redução importante na criminalidade a partir dos 15 anos de idade¹³.

A prevenção é muito mais barata e eficaz. Um estudo feito na Califórnia mostrou que, para cada US\$ 1 usado em prevenção, ganham-se US\$ 6 que seriam gastos em repressão no longo prazo. No Brasil, a Profa. Mônica Viegas, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), também mostrou que cada R\$ 1 investido em prevenção evita mais crimes no longo prazo do que o R\$ 1 gasto em policiamento. Prevenção, no longo prazo, custa menos do que repressão¹³.

A infância é uma janela de oportunidade onde esse processo de prevenção deve ser trabalhado. A maternagem vai determinar a maneira como o indivíduo se relacionará social e afetivamente ao longo de toda a vida. Ela norteia o indivíduo para reconhecer suas necessidades e conseguir supri-las na sociedade, adequando-se às normas e respeitando os direitos dos outros. Em casa, aprenderá a reconhecer os desejos e as intenções das outras pessoas. Uma casa com pais e parentes saudáveis levarão a um filho saudável, apto a viver em sociedade.

Essa marca vai além de dar um modelo; ela afeta profundamente as crianças, com modificações na estrutura dos genes (epigenéticas) que vão determinar permanentemente como esse organismo (do ponto de vista físico e mental) irá funcionar e se adaptar socialmente. Pais em situações de conflito, ou pais e mães adolescentes, e ainda pais com problemas de saúde mental, como depressão e dependência de substâncias, aumentam em muito as chances de seus filhos sofrerem violência ou negligência, determinando adoecimento e comportamentos agressivos nos seus filhos quando se tornam adultos.

Dentro de um programa de prevenção da violência, tanto a atenção psiquiátrica como a psicológica são fundamentais no sentido de melhorar a qualidade de vida, não somente daqueles que sofrem diretamente ou indiretamente desses problemas, mas também para quebrar um ciclo de violência e falta de perspectiva que assola nosso país.

Dentro de uma perspectiva mais ampla, é fundamental conscientizar a população de que a maneira como estão educando seus filhos determina, em grande parte, a epidemia de violência. Devemos lançar campanhas contra maus-tratos na infância e enfatizando a importância dos cuidados, em especial entre mães adolescentes. Houve um crescimento de 50% nos partos entre meninas de 10-14 anos nos últimos 10 anos. São meninas que ainda não têm estrutura emocional, física e social para serem mães: a interrupção de seu desenvolvimento como pessoa, com essa nova função, rompe um ciclo, afastando-a dos colegas e das atividades que seriam as esperadas para sua faixa etária. O risco de adoecimento dessa jovem é altíssimo. Com isso, há um aumento das chances de que seus filhos também arquem com as consequências desse sofrimento¹³.

Dentro das campanhas contra a violência devem estar incluídas uma campanha contra o uso das drogas e do álcool, uma para a detecção de transtornos de comportamento em crianças, assim como a detecção e intervenção psiquiátrica em casos de dependência de drogas e depressão nas mães e jovens. Porém, um problema que surge é como intervir em doença mental quando ela é extremamente prevalente, não havendo profissionais especializados em números suficientes. Podemos propor um programa de intervenção em níveis, com a atuação de psiquiatras para atendimento dos casos mais complexos e como supervisor dos níveis de atenção básica.

Deve-se voltar a estimular o Programa Saúde da Família (PSF), que é inserido na comunidade, multiprofissional, com agentes comunitários de saúde (ACS) que fazem parte da comunidade nas quais trabalham. O empoderamento destes através da capacitação e supervisão para o trabalho em saúde mental e violência, assim como dos profissionais de nível técnico do PSF para detectar possíveis casos de doença mental, violência e drogadição, é extremamente importante.

Realizar uma capacitação dos ACS para a mediação de situações de violência nas comunidades onde agem é outra ação importante. Toda essa tecnologia já existe e foi testada no país, em vários centros, com muito sucesso. Elas precisam ser coordenadas como metas de prevenção da violência.

Ainda há uma lacuna na atenção pública dos indivíduos com problemas mentais (como depressão, pânico, ansiedade e dependências) que não apresentam gravidade suficiente para serem atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Não há ambulatórios e recursos humanos suficien-



MARCELO FEIJÓ DE MELLO¹, WILLIAM BERGER², MARIANA PIRES LUZ³, IVAN FIGUEIRA⁴

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP. ³ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁴ UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Comissão de Trabalhos e Estudos em Violência, Trauma e Estresse, ABP.

tes para atendê-los. Dentre as 10 doenças mais incapacitantes, cinco são psiquiátricas, sendo a maioria de seus portadores pacientes psiquiátricos ambulatoriais que estão sendo precariamente atendidos¹⁴.

Concluindo, não existem no Brasil ambulatórios de saúde mental onde possam ser tratados os casos não absorvidos pelo PSF, mas que não apresentam gravidade suficiente para serem atendidos nos CAPS. Não se pode pensar a prevenção da violência sem tratar as suas diversas causas, incluindo os transtornos mentais.

Correspondência:

Marcelo Feijó de Mello
Departamento de Psiquiatria (UNIFESP)
Rua Borges Lagoa, 570, 10º andar
04038-000 - São Paulo, SP
E-mail: mf-mello@uol.com.br

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377:1962-75.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens do Brasil [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 23]. http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf
3. Bredarioli C. Brasil Econômico: custo da violência ultrapassa R\$ 200 bi por ano no Brasil [Internet]. 2012 Aug 3 [cited 2014 Sep 23]. http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14950
4. Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013;8:e63545.
5. Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013;8:e63545.
6. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. [Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:S41-8.
7. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. [Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31 Suppl 2:S41-8.
8. Talati A, Weissman MM, Hamilton SP. Using the high-risk family design to identify biomarkers for major depression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2013;368:20120129.
9. Castellanos-Ryan N, Parent S, Vitaro F, Tremblay RE, Séguin JR. Pubertal development, personality, and substance use: a 10-year longitudinal study from childhood to adolescence. *J Abnorm Psychol*. 2013;122:782-96.
10. Silva TC, Larm P, Vitaro F, Tremblay RE, Hodgins S. The association between maltreatment in childhood and criminal convictions to age 24: a prospective study of a community sample of males from disadvantaged neighbourhoods. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21:403-13.
11. Silva TC, Larm P, Vitaro F, Tremblay RE, Hodgins S. The association between maltreatment in childhood and criminal convictions to age 24: a prospective study of a community sample of males from disadvantaged neighbourhoods. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21:403-13.
12. Laranjeira R, org. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012 [Internet]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014 [cited 2014 Sep 23]. <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
13. Azevedo S. Os prefeitos têm que agir. *Revista Época*. 2014 [cited 2014 Sep 23]. <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR76165-6009,00.html>
14. Collucci C. País vive apagão no tratamento de doentes mentais. *Folha de São Paulo*. 2014 [cited 2014 Sep 23]. <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saudeciencia/151544-pais-vive-apagao-no-tratamento-de-doentes-com-transtornos-mentais.shtml>