

**Conass Documenta n. 16**

**VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA  
SEMINÁRIOS REGIONAIS**

## **Equipe de Elaboração**

### **ORGANIZAÇÃO**

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### **REVISÃO TÉCNICA**

Nereu Mansano

René Santos

### **EDIÇÃO**

Adriane Cruz

**AS IMAGENS E FOTOGRAFIAS CONTIDAS NOS PROJETOS APRESENTADOS NESTA PUBLICAÇÃO FORAM CEDIDAS PELOS SEUS RESPONSÁVEIS.**

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2008.  
260 p. (CONASS Documenta; 16)

ISBN 978-85-89545-51-8

Sistema de Saúde. I Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II. Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais.

NLM WA 525  
CDD – 20.ed. – 362.1068



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**PRESIDENTE**

Osmar Terra (RS)

**VICE-PRESIDENTES**

**Região Centro-Oeste**

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

**Região Nordeste**

Edmundo da Costa Gomes (MA)

**Região Sul**

Luiz Eduardo Cherem (SC)

**Região Sudeste**

Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

**Região Norte**

Wilson Duarte Alecrim (AM)

**VICE-PRESIDENTES ADJUNTOS**

**Região Centro-Oeste**

Geraldo Maciel (DF)

**Região Nordeste**

Rogério Carvalho (SE)

**Região Sul**

Gilberto Berguio Martin (PR)

**Região Sudeste**

Luiz Roberto Barradas Barata (SP)

**Região Norte**

Eugênio Pacceli (TO)

**COMISSÃO FISCAL**

**Titulares**

Eduardo Cherem (SC)

Augustinho Moro (MT)

Milton Moreira (RO)

**Suplentes**

Adelmaro Cavalcanti (RN)

Cairo Alberto de Freitas (GO)

Eugênia Glaucy Moura Ferreira (RR)

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**Representantes do CONASS**

**Titular**

Osmar Terra (RS)

Presidente do CONASS

**Primeiro suplente**

Jurandi Frutuoso

Secretário Executivo do CONASS

**Segundo suplente**

Armando Raggio

Secretaria Executiva do CONASS

**CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**Titular**

Marcus Pestana (MG)

**Suplente**

Regina Nicoletti

Secretaria Executiva do CONASS

**MERCOSUL**

Cairo Alberto de Freitas (GO)

**HEMOBRÁS**

Jorge Gomes (PE)



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

## **SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior (RN)

André Valente (AL)

Anselmo Tozi (ES)

Assis Carvalho (PI)

Augustinho Moro (MT)

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

Cairo Alberto de Freitas (GO)

Edmundo da Costa Gomes (MA)

Eugênia Glaucy Moura Ferreira (RR)

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho (TO)

Geraldo de Almeida Cunha Filho (PB)

Gilberto Berguio Martin (PR)

João Ananias Vasconcelos Neto (CE)

Jorge Gomes (PE)

Jorge José Santos Pereira Solla (BA)

José Geraldo Maciel (DF)

Laura Nazareth de Azevedo Rossetti (PA)

Luiz Eduardo Cherem (SC)

Luiz Roberto Barradas Barata (SP)

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva (MG)

Milton Luiz Moreira (RO)

Osmar Terra (RS)

Oswaldo Leal (AC)

Pedro Paulo Dias de Carvalho (AP)

Rogério Carvalho Santos (SE)

Sérgio Luis Côrtes (RJ)

Wilson Duarte Alecrim (AM)



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS**

**SECRETÁRIO EXECUTIVO**

Jurandi Frutuoso

**ASSESSOR ESPECIAL**

René Santos

**ASSESSOR PARLAMENTAR**

Ricardo Nogueira

**ASSESSORA JURÍDICA**

Alethele de Oliveira Santos

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

**ASSESSOR DE IMPRENSA**

Marco Antonio Gonçalves

**COORDENADORA**

**ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**

Regina Nicoletti

**COORDENADORA DE NÚCLEOS TÉCNICOS**

Rita de Cássia Bertão Cataneli

**COORDENADOR DE**

**DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Ricardo F. Scotti

**ASSESSORIA TÉCNICA**

Armando Raggio

Eliana Dourado

Fernando Cupertino

Gilson Cantarino O'Dwyer

Júlio Müller

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Márcia Huçulak

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Viviane Rocha de Luiz

**GERENTE ADMINISTRATIVA**

Ana Lúcia Melo

**GERENTE FINANCEIRA**

Luciana Tolêdo Lopes

**NÚCLEO ADMINISTRATIVO**

**E FINANCEIRO**

Adriano Salgado de Farias

Carolina Abad Cunha

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Ilka Costa

Julio Barbosa de Carvalho Filho

Lucília de Melo Sousa

Rodrigo Fagundes Souza

Sheyla Ayala Macedo

# ÍNDICE

	PG
	<b>09 Apresentação</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>11</b>
	<b>15 Experiências da Região Sul</b>
	16 1. Apresentação
	18 2. Introdução
	19 3. Paraná
	38 4. Rio Grande do Sul
	54 5. Santa Catarina
<b>Experiências da Região Centro-Oeste</b>	<b>59</b>
1. Apresentação	60
2. Introdução	62
3. Distrito Federal	63
4. Goiás	69
5. Mato Grosso	74
6. Mato Grosso do Sul	92

PG

**107 Experiências da Região Norte**

108 1. Apresentação

110 2. Introdução

111 3. Acre

114 4. Amapá

116 5. Amazonas

143 6. Rondônia

**Experiências da Região Nordeste 145**

1. Apresentação 146

2. Introdução 148

3. Alagoas 149

4. Bahia 151

5. Ceará 155

6. Maranhão 161

7. Paraíba 167

8. Pernambuco 177

9. Piauí 179

10. Sergipe 185

PG

**191 Experiências da Região Sudeste**

192 1. Apresentação

194 2. Introdução

195 3. Espírito Santo

199 4. Minas Gerais

210 5. Rio de Janeiro

223 6. São Paulo



# Apresentação

## SAÚDE E VIOLÊNCIA

A violência não é a maior causa de mortes e de internação hospitalar no Brasil. Está, dependendo da região e do gênero, entre o terceiro e o sétimo lugar nessa escala. As doenças do aparelho circulatório, os diversos tipos de câncer e de enfermidades pulmonares causam um transtorno muito maior. Entretanto, nenhuma delas está tão onipresente nas preocupações de cada brasileiro quanto o medo de sofrer algum tipo de violência.

Ela é um fenômeno complexo, que pela angústia avassaladora que traz, merece um tratamento mais amplo e eficaz. Uma das razões para os poucos resultados alcançados, até agora, é a insistência em atuar somente através de ações puramente coercitivas da área da segurança. Isso faz com que os recursos fiquem concentrados no fim da linha, nos procedimentos repressivos e intimidatórios, esquecendo do início, de que a violência nasce na mente dos homens e sofre influência do meio onde vivemos.

Saúde e violência têm uma relação pouco explorada até hoje. Não só pelas vítimas que a violência produz, mas também pelas suas causas. Seu crescimento avassalador tem tido características de uma epidemia e como tal pode e deve ser enfrentado!

A violência que provoca mortes, seja no trânsito, nos conflitos pessoais ou pelo suicídio, tem quase sempre uma alteração mental como pano de fundo. Mais de 60% dos acidentes de trânsito tem um motorista alcoolizado, mais da metade dos homicídios são casuais e executados por pessoas alcoolizadas, e 100% dos suicidas estão numa situação de grave depressão. Os transtornos mentais assumem enorme importância na reprodução da violência. Mais ainda se considerarmos que acima de 10% da população têm dependência do álcool e outras drogas, que podem propiciar atos de violência, 2% tem transtornos psicóticos e 10% já tiveram um episódio significativo de depressão. Além disso, temos de 1 a 2% da população com Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS), caracterizada por uma dificuldade no controle dos impulsos, amoralidade e por uma agressividade aumentada. As pessoas com TPAS representam perto de 40% da população carcerária e 60% dos autores dos crimes mais brutais! Uma parcela significativa delas foi vítima de violência no início da vida, num período decisivo para a construção do comportamento posterior. Assim é possível afirmar que reforçando e focalizando ações na saúde mental e na proteção à infância, certamente ajudaremos a reduzir a violência no país.

Nessa direção existem experiências iniciadas em vários estados brasileiros. No Acre, por exemplo, o projeto "Sou da Paz" tem o objetivo de reduzir a Violência através da promoção da convivência pacífica no meio familiar e social. Na Bahia foi criado o "Observatório da Violência" visando uma articulação intersetorial de registros dos serviços de atenção às vítimas de acidentes e violências. No Ceará foi organizada uma Rede

de Atenção às Vítimas de Violência, treinando as equipes com vistas a um atendimento integrado e humanizado. No Mato Grosso do Sul, a Conferência Estadual sobre “Superação da Violência e Promoção da Cultura da Paz”, construiu uma agenda comum entre governo e sociedade. No Rio Grande do Sul, o governo estadual criou uma Câmara Setorial para tratar da violência, onde a Secretaria da Segurança cuida da parte repressiva e a da Saúde da prevenção. Em São Paulo implantou-se sistema de vigilância de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais, mobilizando grupos de vigilância nos níveis regionais e municípios.

Para colaborar na diminuição desse grave problema o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) estabeleceu uma parceria com o Ministério da Saúde, que está priorizando o tema, com a Opas, Unesco, Unodc, Unifem e Pnud, para uma ampla mobilização nacional que divulgue as experiências públicas mais interessantes em todo o país. Esse debate deverá obrigatoriamente envolver os Secretários Municipais de Saúde, através do CONASEMS. Tais experiências deverão ser disseminadas por todos esses parceiros.

Assim, proporcionando a divulgação de experiências concretas, estaremos avançando para além das declarações de intenção, de discursos com poucos resultados, para dar lugar a ações objetivas, com metas e acompanhamento. E a saúde pública será, mais uma vez, um grande instrumento da sociedade para reforçar uma cultura de paz e melhorar sua qualidade de vida.

Osmar Terra  
Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul e  
Presidente do CONASS

## **INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

A partir da deliberação da Assembléia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de ampliar a discussão da violência como um problema de saúde pública, a Secretaria Executiva da entidade iniciou a elaboração do projeto visando à organização e à realização dos cinco seminários regionais e do seminário nacional.

Para subsidiar as discussões nos seminários regionais, o CONASS elaborou e publicou uma edição especial do CONASS Documenta, denominado *Violência: Uma epidemia silenciosa*, que enfocou o impacto da violência em seus diversos eixos (violência interpessoal, violência auto-infligida, violência no trânsito, violência relacionada a gênero e ciclos de vida), na mortalidade, na morbidade e nos custos da atenção à saúde, bem como a relação da violência com o uso abusivo do álcool e das drogas. Foram também abordadas propostas de diretrizes para atuação das secretarias de saúde no enfrentamento da violência enquanto problema de saúde pública e ações, como a organização da rede de atenção à saúde e medidas de redução de danos.

Entre as atividades desencadeadas, o CONASS buscou articular-se com os parceiros do Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e com os organismos internacionais envolvidos no enfrentamento dos diversos aspectos da violência como a Promoção da Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), com os quais foram realizados vários contatos e reuniões, para definir as estratégias de participação dessas entidades no projeto. Ficou acordado que em todos os seminários regionais haveria a participação de, pelo menos, uma entidade, representando todos os organismos parceiros.

Os seminários regionais contemplaram a apresentação do impacto da violência na saúde com enfoque para a situação em cada região; uma mesa-redonda com apresentação das experiências bem-sucedidas no plano internacional e a atuação dos organismos internacionais no enfrentamento da violência com participação dos representantes dos organismos internacionais parceiros; uma mesa-redonda para discussão do papel dos gestores do SUS no enfrentamento da violência como um problema de saúde pública, com participação de representantes do Ministério da Saúde, do Conasems e do CONASS e a apresentação das experiências selecionadas.

Os seminários regionais foram realizados de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 nos estados do Paraná – Região Sul; Mato Grosso do Sul – Região Centro-Oeste; Manaus – Região Norte; Maranhão – Região Nordeste, e Rio de Janeiro – Região Sudeste.

Para os seminários regionais foi de fundamental importância o envolvimento das 27 secretarias estaduais de saúde, que trabalharam ativamente na identificação das experiências de enfrentamento da violência nos serviços públicos estaduais e municipais, ou de instituições de ensino e pesquisa realizadas em parceria com estes serviços, que foram encaminhadas por formulário específico e selecionadas pela Secretaria Executiva do CONASS.

No total foram selecionadas 118 experiências de 25 estados brasileiros. Destas, 102 foram apresentadas e debatidas nos seminários regionais, sendo 20 na Região Sul, 21 na Região Centro-Oeste, 16 na Região Norte, 17 na Região Nordeste e 28 na Região Sudeste.

Para elaboração desta edição do CONASS documenta – *Violência: uma epidemia silenciosa – Seminários Regionais*, foram incluídas as experiências apresentadas nestes seminários, além daquelas que, apesar de não apresentadas, tiveram seus resumos específicos para esta publicação encaminhados. Esses resumos foram solicitados pela comissão organizadora aos responsáveis por todas as experiências selecionadas. Assim, esse documento contém a síntese dessas experiências, elaborada a partir do citado resumo, das apresentações realizadas e do formulário de inscrição da experiência, bem como a síntese das principais discussões ocorridas nas etapas regionais.

Além de serem debatidas nos seminários regionais, todas as experiências serão apresentadas na forma de pôster no Seminário Nacional Violência: uma epidemia silenciosa, que acontecerá nos dias 29 e 30 de abril de 2008, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.



1. Apresentação
2. Introdução
3. Paraná
4. Rio Grande do Sul
5. Santa Catarina

## **EXPERIÊNCIAS DA REGIÃO SUL**

**FOZ DO IGUAÇU – PARANÁ  
6 E 7 DE DEZEMBRO DE 2007**

## I. APRESENTAÇÃO



Secretário de Saúde do Paraná, Gilberto Martin, presidente do CONASS, Osmar Terra, vice-governador do Paraná, Orlando Pessuti, e presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Helvécio Magalhães Júnior

As experiências apresentadas no seminário da Região Sul, além de muito interessantes, nos permitem perceber a mobilização que já existe dentro do setor saúde na busca de alternativas para que possamos, efetivamente, entrar na luta contra a violência. Sabemos que causas externas hoje são a terceira causa de mortalidade no Brasil, perdendo apenas para doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, e cada vez mais se aproximando dos dois primeiros lugares.

Ora, este número é realmente preocupante. Temos uma epidemia de violência no país e este problema não pode ser apenas da segurança pública, afinal atinge diretamente nosso setor, vitimando pessoas que deixam de ser produtivas e trazendo traumas para toda a sua esfera de relacionamentos.

Portanto, a violência é também um problema da saúde pública. No Paraná temos um grupo técnico que analisa todas as formas em que a saúde pública pode atuar. Penso que esta situação muda alguns parâmetros da própria saúde pública, que antes tinha como primeira barreira a ser vencida, ultrapassar o primeiro ano de vida de nossas crianças. Mas com os avanços obtidos, a mortalidade infantil tem caído cada vez mais e o novo desafio se torna agora vencer a violência.

As experiências apresentadas no seminário foram alguns bons exemplos do que pode ser feito, seja no âmbito nacional, estadual ou municipal. A violência contra a mulher é um dos focos que mais têm tido atenção e isso pode ser observado pelas experiências apresentadas neste seminário. Sem sombra de dúvida, este deve ser um dos principais pilares dentro do nosso planejamento, mas precisamos avançar muito mais.

Sabemos que é necessário desenvolver as articulações iniciadas com a realização destes seminários, e as áreas de atuação são bastante abrangentes: Secretarias de Estado de Segurança Pública e Justiça; órgãos regulamentadores de trânsito; agentes e policiais



rodoviários; secretarias de Educação; órgãos governamentais e a sociedade civil. O problema da violência, além de segurança e saúde pública, envolve uma questão cultural e educacional na qual precisaremos envolver os mais diversos setores. Esta é uma batalha que não é de uma ou outra área específica, mas de todo o país.

Os seminários contribuem com este processo de duas formas. A primeira chamando a atenção da sociedade para um problema que ainda era obscuro e pouco comentado. Além disso, antes destes encontros, percebíamos que as experiências eram segmentadas, que não havia uma unificação de um projeto ou até mesmo o senso coletivo de responsabilidade sobre esta situação. Estes seminários, então, estão chamando todos para a responsabilidade, iniciando a construção de um projeto nacional conjunto para o tema.

Acredito que este será, efetivamente, o primeiro passo para a inserção da saúde pública no tema violência. Será um marco na luta contra a violência no Brasil, um país tão desigual quanto rico, de tantos contrastes quanto potencial, mas que sua história nos mostra que sempre que há uma grande mobilização, somos capazes de reverter certas situações e mudar o panorama de nossas vidas.

Dados do IBGE mostram que em 20 anos, de 1980 a 2000, cerca de 600 mil brasileiros foram assassinados. São 30 mil vítimas por ano, o triplo dos mortos civis em um ano de guerra no Iraque. Algo está muito errado e temos que mudar esse caminho e este seminário é o primeiro passo desta caminhada.

Gilberto Berguio Martin

Secretário de Estado da Saúde do Paraná

“A violência nos agride, nos machuca e leva à morte. Precisamos mexer com instituições como as igrejas, imprensa, famílias e escolas. Mas tenho certeza de que vamos resolver o problema da violência e suas nuances. Com isso vamos dar qualidade e continuidade de vida para nossa população”.

Orlando Pessuti

Vice-governador do Paraná

## 2. INTRODUÇÃO

O Seminário Violência: uma epidemia silenciosa na Região Sul ocorreu na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, nos dias 6 e 7 de dezembro 2007. Com 200 participantes dos estados de Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, o seminário foi aberto pelo vice-governador do Paraná, Orlando Pessuti, e pelo Secretário Estadual de Saúde do Paraná, Gilberto Berguio Martin. A cerimônia de abertura contou ainda com a presença do presidente do CONASS, Osmar Terra, do presidente do Conasems, Helvécio Magalhães Júnior, e do assessor em Promoção da Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Fernando Rocabado, representando todos os organismos internacionais parceiros.

Foram apresentadas 20 experiências de secretarias estaduais e municipais de saúde, sendo dez do estado do Paraná, duas de Santa Catarina e oito do Rio Grande do Sul. As experiências abordaram, de uma maneira geral, os diversos eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência interpessoal (agressões/homicídios); violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

Os debates tiveram como foco os fluxos e resultados das notificações e a disponibilização e utilização dos bancos de dados; a participação da academia no enfrentamento da violência; dúvidas referentes ao abortamento legalizado (como está funcionando? Cuidado ao agressor? Quem notifica?); o apoio psicossocial aos autores da violência; o tratamento da vítima de prostituição infantil; a articulação para fazer a mudança em um dos condicionantes sociais que influenciam grandemente no aumento da violência que é a pobreza; o uso e abuso de álcool como condicionante nos acidentes de trânsito e como a área de saúde mental está fazendo o enfrentamento dessas demandas. Foram identificados como facilidades para o trabalho das equipes, o entendimento do gestor de que a violência é um problema de saúde pública e o trabalho na lógica de rede, e, como principal dificuldade, a falta de interesse das outras secretarias de trabalharem de forma integrada.

### 3. PARANÁ

#### AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E ATENÇÃO À VIOLÊNCIA EM CURITIBA

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba



- Informações gerais

**Responsável:** Centro de Epidemiologia e Centro de Informação em Saúde

Vera Lúcia Alves de Oliveira

lidia@sms.curitiba.pr.gov.br | (41) 3350-9432

**Parcerias:** Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Promoção, Saúde Mental e Epidemiologia da Secretaria Municipal de Curitiba; Secretarias Municipais de Educação e Ação Social; ONG Cecov; Sociedade Paranaense de Pediatria.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso do Ministério da Saúde.

- Resumo

**Justificativa:** Vinculada à estrutura social, econômica e política, a violência traz sérias conseqüências para a saúde e qualidade de vida da população, e tem representado um dos principais problemas de saúde pública e, nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem atuado em diversas frentes no enfrentamento desse problema.

**Objetivos:** a) Prevenção da violência intrafamiliar; b) atendimento e proteção de crianças e adolescentes em situação doméstica de violência; c) enfrentamento da violência contra a mulher.

**Atividades:** 1) A vigilância da violência vem sendo implementada com a participação do município na proposta de Vigilância Sentinela estabelecida pelo Ministério da Saúde, investigação e geoprocessamento das mortes violentas no trânsito, entre outros. 2) Implantação em 2000 da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, proposta intersetorial, que conta com a participação direta da Secretaria da Educação, Fundação de Ação Social, entre outros. 3) Implantação, em

2002, do Programa Mulher de Verdade, proposta voltada ao enfrentamento da violência contra a mulher, que capacitou as equipes de saúde para o reconhecimento, atenção e notificação dos casos pelos serviços de saúde do município (Unidades de saúde e hospitais) e estruturou três hospitais de referência para violência sexual. 4) Estruturação, em julho de 2007, da Câmara Técnica de Acidentes e Violências, estrutura intersetorial e integrada ao Comitê de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde voltada para o acompanhamento das ações existentes, interlocução com outros setores ligados ao problema da violência no município e planejamento de ações integradas. 5) Outras ações apóiam indiretamente, atuando sobre os fatores de risco e grupos vulneráveis (alcoolismo e drogadição) como o Programa do Adolescente e o Programa de Saúde Mental.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias Municipais de Educação e Ação Social; ONG Cecov; Sociedade Paranaense de Pediatria; Secretaria Municipal da Saúde (US e hospitais); Secretarias de Estado da Saúde e Segurança (delegacias/IML); Fundação de Ação Social (Casa de Maria); Centro de Referência e Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

**Resultados:** Em 2006: 3.390 casos de violência contra crianças e adolescentes notificados (2003: 1.357); 453 mulheres vítimas de violência sexual e 381 de outros tipos de violência, notificadas e atendidas; 38.195 participações em atividades no Ônibus Adolescente Saudável; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): 127 mil solicitações (32 mil em 2004, 102 mil em 2005), 84.888 atendimentos em Suporte Básico de Vida e 16.376 em Suporte Avançado de Vida; Saúde Mental: 46.000 pacientes inscritos, 15.446 desintoxicações nas unidades de saúde dos casos leves e moderados de dependência de álcool, ampliação de ambulatórios e Centro de Apoio Psicossocial (Caps).

# CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL E JURÍDICO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



## ▪ Informações gerais

**Responsável:** Terezinha Aparecida de Almeida dos Santos  
crmulher@seju.pr.gov.br | (41) 3338-1832

**Parcerias:** Coordenadoria da Mulher da Sesa Central e Regional; Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania; 29 municípios da região metropolitana de Curitiba; aproximadamente dez ONGs que participam da rede; universidades; Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; Casa Abrigo; Delegacia da Mulher; Hospitais de Referência para a Violência; Conselho Estadual da Mulher, entre outros.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania; recurso federal da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – contribuiu com cerca de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para a instalação do centro. Outros: Philip Morris doou R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para estrutura física, despesas eventuais como vale-transporte, refeição, cópias de documentos/processos das usuárias e supervisão para a equipe do centro por dois anos.

## ▪ Resumo

**Justificativa:** O Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência é o espaço estratégico da política de enfrentamento à violência contra as mulheres, exercendo o importante papel de articulador dos serviços com organismos governamentais e não-governamentais que integram a rede de atendimento às mulheres, e garantindo o acesso a outros serviços para as mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social, em função da violência de gênero.

**Objetivos:** a) Prestar atendimento e acompanhamento psicológico, social, jurídi-

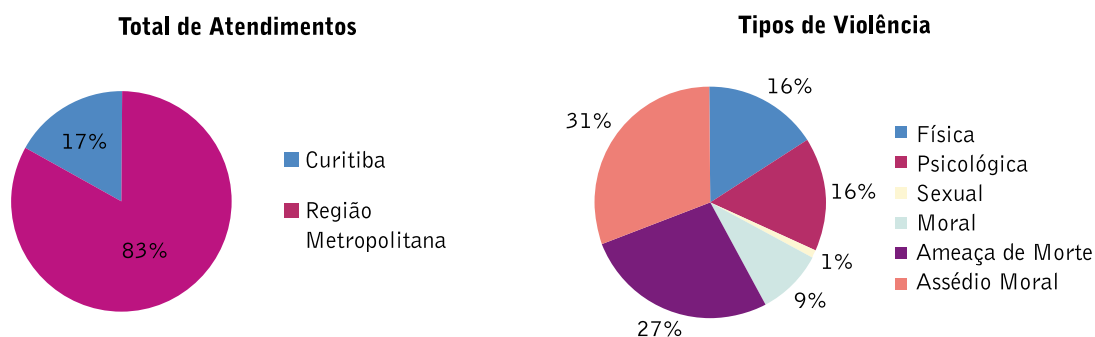
co às mulheres em situação de violência; b) promover o trabalho articulado, intersetorial, via Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência e promover formação continuada por meio de capacitações e sensibilizações nas entidades que compõem a rede.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, Secretaria de Estado da Saúde, Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Casa Abrigo, Defensoria Pública, FAS, Unidades de Saúde, Hospital de Clínicas, Trabalhador e Evangélico, Faculdade Dom Bosco, Faculdade Tuiuti, Polícia Militar, Polícia Civil (distritos policiais), Delegacia da Mulher, Conselho Estadual da Mulher e municípios da Região Metropolitana.

**Atividades:** O Centro de Referência foi inaugurado em 07/03/2006, através de uma parceria entre o governo do estado do Paraná, Secretaria Especial de Políticas para as mulheres do governo federal e apoio da Prefeitura Municipal de Curitiba. As estratégias de ação do centro têm se pautado através do atendimento individual e em grupo das mulheres em situação de violência doméstica. Na articulação de uma Rede de Atendimento à Mulher nos 29 municípios que compõem a região metropolitana de Curitiba (área de abrangência do centro), fornecendo subsídios para formação de Redes Locais de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Outro foco de atuação tem sido a realização de palestras, seminários, oficinas de formação, capacitação e sensibilização em diversos órgãos e instituições. Princípios de intervenção: atendimento individual, acolhendo e dando suporte psicológico, jurídico e social para tirar a mulher da situação de violência; trabalho em Grupo, empoderamento das mulheres; trabalho em rede, implantando e implementando serviços para atendimento às mulheres em situação de violência e trabalho de sensibilização e formação com entidades que compõem a rede.

**Resultados:** Até 30/10/2007 foram atendidas 642 mulheres, sem contar os retornos para atendimentos psicológico, jurídico e social.

#### Distribuição dos casos atendidos em 2006, segundo região e tipos de violência



Centro de referência e atendimento à mulher em situação de violência de Curitiba e região metropolitana

# ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA AUTO-INFLIGIDA A ARTICULAÇÃO DA REDE DE SAÚDE: A NECESSIDADE DE UMA REDE DE SAÚDE COESA E BEM ARTICULADA

## Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia

- Informações gerais

**Responsáveis:** Marcos Reinaldo Borges e Jussara Ângelo Miamoto

jussara\_miamoto@yahoo.com.br; marcoborgys@yahoo.com.br | (43) 3906-1011

**Parceiros:** Secretaria de Estado da Saúde – 17ª Regional de Saúde de Londrina; Secretarias Municipais de Saúde, Obras e Assistência Social; Grupo de Apoio Projeto Esperança (Gape) – Rolândia/PR; Acaru; Lar Maanain; Caps II; ESF; Hospital Clínico; TEC; Pastoral; Mídia; Vigilância em Saúde; Promotoria; Polícia Civil.

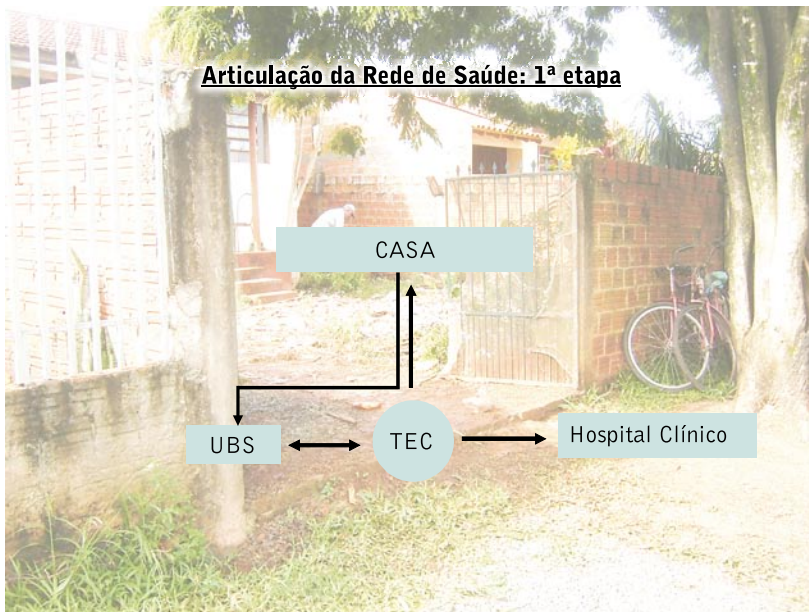
**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; doações. Valor anual: R\$ 15.000,00 (quinze mil reais)

- Resumo

**Justificativa:** Apresentação de um caso clínico exemplificando uma forma adequada de mobilização dos recursos existentes no município, com quatro etapas centradas no usuário e familiares acionando ao todo 16 serviços municipais. O caso começa em março de 2007, com a identificação de uma pessoa com um quadro clínico inicial depressivo; com desnutrição grave, lesões infectadas; estado anêmico, necessitando de infusão de sangue. HD CID-10. F32.2, que depois de cinco meses em atendimento na rede teve remissão completa dos sinais e sintomas, ficando, por fim, em atendimento em nível de Caps II.

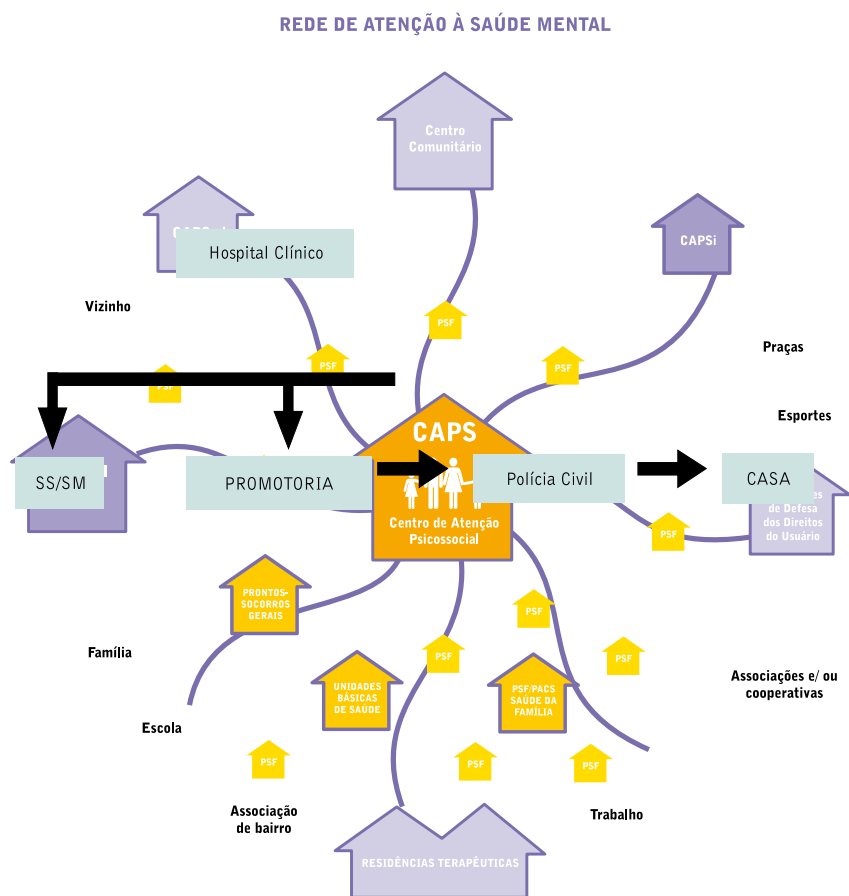
**Atividades:** As atividades desenvolvidas começam a partir da solicitação de transporte de emergência (TEC) que conduz até a UBS, onde é avaliado o seu estado clínico e feito o encaminhamento para o atendimento de emergência e internação no Hospital Clínico. Identificado o caso como de violência auto-infligida, o HC aciona a Secretaria Municipal de Saúde/Saúde Mental e a Promotoria Pública. Na avaliação do caso como de alta complexidade, a Saúde Mental aciona outros setores de competência, tais como a Vigilância em Saúde, responsável pelo controle de endemias e epidemias e articulação com a Acaru (para a remoção de entulhos na casa do munícipe) e com a Secretaria de Obras (para a realização de obras sanitárias), a Ouvidoria da Secretaria de Saúde, responsável pela avaliação e controle, o Serviço de Assistência Social, responsável pela manutenção dos direitos de moradia e alimentação, a Associação de Bairros/Pastoral, responsável pelo bem-estar de sua comunidade, o Lar Maanain, responsável por acolher o usuário pós-alta hospitalar para continuidade do tratamento clínico (grupos terapêuticos e individual) e o Caps II, responsável pelos acompanhamentos psicológico e psicossocial. A Promotoria Pública aciona a Polícia Civil para a apuração da denúncia. A atuação dos Serviços em

diversos momentos deste processo, de forma integrada, levou ao restabelecimento do usuário e aprendizado e responsabilização familiar.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia/PR

**2ª etapa**

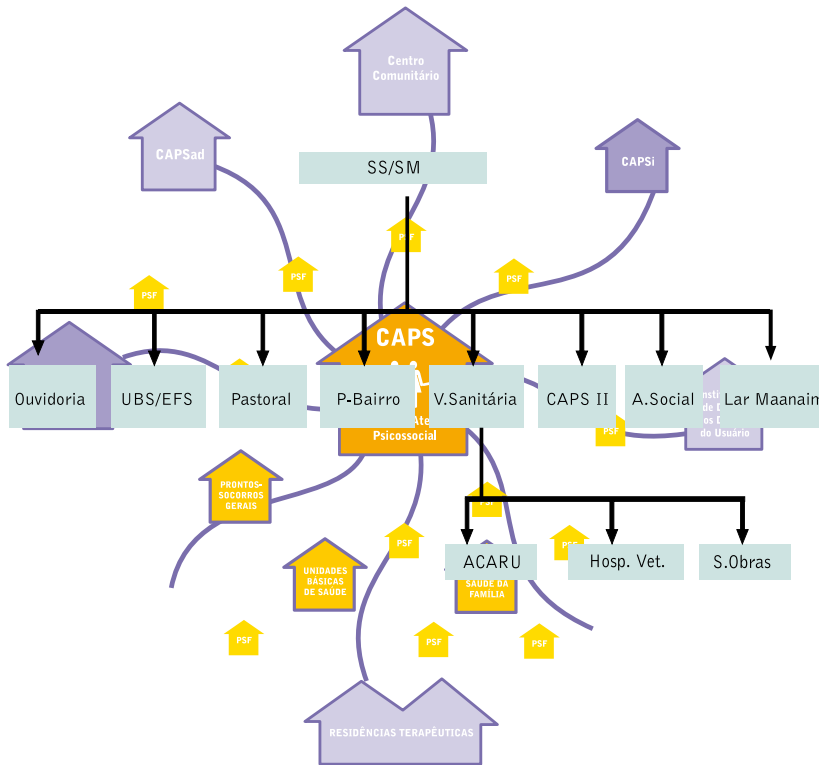


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia/PR



### 3ª etapa

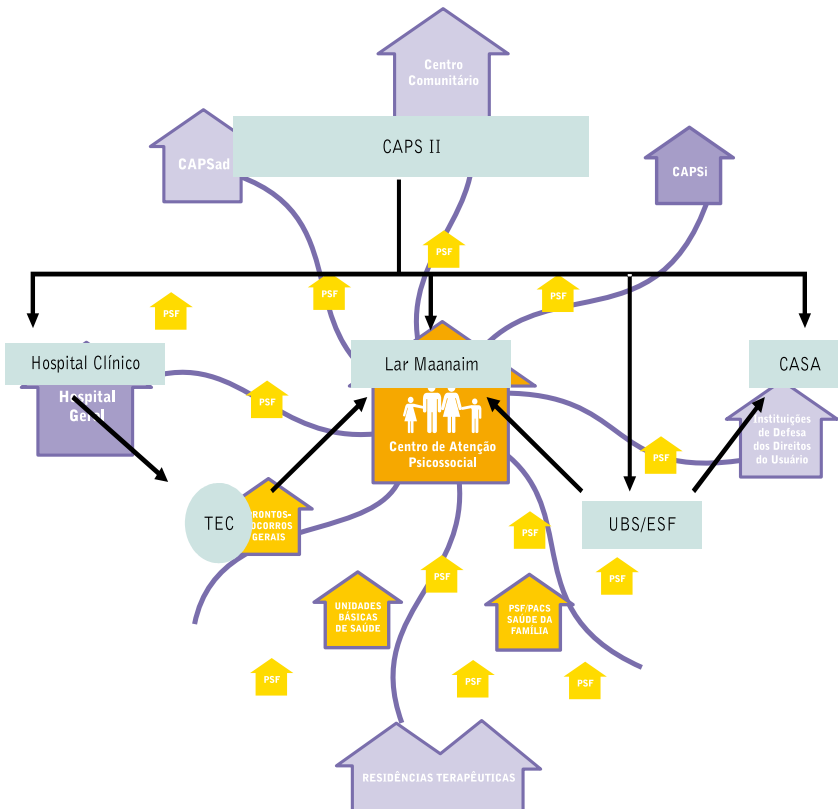
Articulação da Rede de Saúde: 3ª etapa



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia/PR

### 4ª etapa

Articulação da Rede de Saúde: 4ª etapa



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia/PR

## INTEGRAÇÃO IML – HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

### Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado da Segurança Pública do Paraná

- Informações gerais

**Responsáveis:** Superintendência de Atenção Primária em Saúde

Erlene Tedeschi dos Santos, Carla Ferreira Miranda e Elizete Paiola Tonom  
spp-sesa@sesa.pr.gov.br | (41) 3330-4391/4483

**Parcerias:** Municípios de Curitiba e região metropolitana.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

- Resumo

**Justificativa:** A necessidade de se prestar um atendimento humanizado e acolhedor, no momento em que a paciente teve os seus direitos e o seu corpo violado, levou as Secretarias de Estado da Saúde e de Segurança Pública, em outubro de 2002, a firmarem a Resolução Conjunta n. 03/2002, implantando atendimento integral às vítimas de violência sexual e garantindo as condições de saúde física e mental destas, mediante o acolhimento solidário e a realização de medidas necessárias em tempo hábil.

**Objetivo:** Evitar a ida da paciente a diversos setores para receber o atendimento, considerando a fragilidade após a violação sexual sofrida. O relato é feito perante o médico que presta o atendimento e ao perito *ad hoc*. O material recolhido é levado ao IML e o caso recebe os encaminhamentos ao perito oficial.

**Atividades:** Médicos da Secretaria de Estado da Saúde foram lotados no IML, receberam treinamento dos peritos oficiais e passaram a atender as mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência sexual nos hospitais que compõem a rede de atendimento para violência sexual: Hospital Pequeno Príncipe (0 a 12 anos), Hospital de Clínicas e Hospital Evangélico do município de Curitiba e região metropolitana.

Quando da entrada de um paciente nestas unidades hospitalares dentro do prazo de 72 horas da ocorrência da violência, é solicitado à Delegacia da Mulher ou outra delegacia de plantão uma autorização para que o perito seja chamado. Em seguida, o médico é acionado e faz a peritagem com o médico ginecologista ou pediatra que está atendendo a paciente, o que humaniza o atendimento, evitando novos relatos e manuseio do corpo já violado. O material colhido é levado pelo próprio médico ao IML, e são tomadas as providências cabíveis por um perito oficial.

Este atendimento nos hospitais é prestado às vítimas que chegam até 72 horas da violência ocorrida. Após esse prazo, os pacientes são atendidos no próprio IML, pelos médicos peritos *ad hoc* da Sesa, que fazem escalas de plantão para o atendimento.

Envolvimento Intersectorial: Hospitais, delegacias, IML, Secretaria Municipal de Saúde.

**RESULTADOS APRESENTADOS ATÉ O MOMENTO:**

2003 – 632 atendimentos – 52/mês (inclui parte de 2002)

2004 – 468 atendimentos – 39/mês

2005 – 498 atendimentos – 42 /mês

2006 – 453 atendimentos – 38/mês

**Atendimentos por Município de Residência – 2003 a 2006**

<b>Residência</b>	<b>N. absoluto</b>	<b>Percentual</b>
Curitiba	1057	51,8%
Região Metropolitana	935	45,8%
Outros Municípios do Paraná	26	1,3%
Outros Estados	7	0,3%
Ignorado	17	0,8%

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, atendimentos realizados nos Hospitais de Referência.

## NUPREV – NÚCLEO DE PESQUISA E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU

Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Secretaria Municipal Antidrogas de Foz do Iguaçu

Elis Palma Priotto

elispalmapriotto@hotmail.com | (45) 3521-1071

**Parcerias:** Secretaria Municipal Antidrogas de Foz do Iguaçu; Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Campus Foz do Iguaçu; Ministério da Saúde (primeiro momento).

**Recursos Financeiros:** Recurso federal no ano de 2006: R\$ 70.000,00 (setenta mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Há muitos anos Foz do Iguaçu vem apresentando elevados índices de criminalidade, evidenciados não somente nos boletins de ocorrência policiais, mas também nos relatórios de morbimortalidade, os quais sistematicamente apontam as causas externas como prevalentes no município. É necessário estudar essa realidade, no intuito de conhecê-la profundamente, além de criar um banco de dados que responda qualitativa e quantitativamente acerca de tal violência, facilitando o desenvolvimento de muitas outras pesquisas, as quais embasarão a criação e o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção nessa área. Em setembro de 2005 foi constituído o Núcleo de Pesquisa e Prevenção da Violência (Nuprev) de Foz do Iguaçu, estado do Paraná, fruto do Convênio 3228/04 – parceria entre o Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, representada pelas Secretarias Municipais de Saúde e Antidrogas, e a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Campus Foz do Iguaçu.

**Objetivos:** a) Estruturar um banco de dados (em desenvolvimento); b) estabelecer os indicativos para o banco de dados; c) criar uma *home-page* em rede com as instituições para coletar, sistematizar e disponibilizar as informações; c) promover parcerias com projetos e programas (existentes) que objetivam a prevenção da violência; d) oportunizar e desenvolver estudos, pesquisa com assessoria técnica; e) elaborar projetos visando à captação de recursos para desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; f) estimular publicações; g) implantar o Observatório Municipal de Violência.

**Atividades:** Coleta de dados acerca da violência local, especialmente sobre os boletins de ocorrência das Polícias Militar e Civil, durante o ano de 2006. Ao mesmo tempo foi instituído um grupo de trabalho para discutir as questões conceituais e metodológicas que embasaram o trabalho. De posse dos dados coletados, foram desenvolvidas as análises pertinentes, sempre no sentido de buscar entender melhor as causas da violência existente no município. Fazendo uma análise histórica e conjuntural a respeito de Foz do Iguaçu, não é difícil perceber que, por estar situada na fronteira de dois outros países, Argentina e Paraguai, a cidade vive uma realidade diferente da grande maioria das cidades do país, mesmo porque existem peculiaridades dessa região fronteira que são diferentes de outras fronteiras. O crescimento explosivo e desordenado pelo qual Foz do Iguaçu passou, trouxe toda uma série de problemas, geradores de grandes conflitos. Tal crescimento desordenado, aliado ao processo de globalização, que se reflete intensamente no comércio regional, serve para potencializar o ambiente de crise vivido pela fronteira. Foz hoje conta com 311.336 habitantes de 75 nacionalidades. Foi realizada a pesquisa intitulada Prevenir a violência: um desafio para Foz do Iguaçu. Utilizou-se o método qualitativo, tendo como suporte o método dialético, que contempla a contradição como categoria essencial, a qual se apresenta na realidade objetiva de toda a problemática de violência que a cidade de Foz do Iguaçu vivencia.

**Resultados:** Os dados obtidos na pesquisa realizada pelo Nuprev embasaram o Plano Municipal de Segurança Pública elaborado em 2007. Além disso, a pesquisa (Prevenir a Violência: um desafio para Foz do Iguaçu) alcançou Menção Honrosa no X Congresso Brasileiro de Adolescência/2007.

Destaca-se a necessidade do trabalho realizado dar base técnico-científica para que essa problemática possa ser devidamente equacionada, objetivando uma melhor qualidade de vida para os seus habitantes. Informações em [www.fozdoiguacu.pr.gov.br](http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br) – Secretaria Municipal de Saúde – Nuprev ou Secretaria Municipal Antidrogas – Nuprev.

## O PROCESSO DE ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Seção de Atenção Primária em Saúde – 2ª Regional de Saúde

Alaerte Leandro Martins e Terezinha Maria Mafioletti

rs02seps@sesa.pr.gov.br | (41) 3304-7563

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Justiça, Educação e Segurança Pública; Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social, Educação, entre outras; municípios da região metropolitana de Curitiba; aproximadamente dez ONGs; outros serviços responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal da Secretaria de Políticas para as Mulheres; recursos das demais secretarias estaduais e municipais e ONGs.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Inúmeros estudos e documentos nacionais e internacionais apontam para o fato de que a violência contra a mulher exige ações integradas para assegurar um enfrentamento efetivo e resolutivo do problema. Buscando assegurar o cumprimento destas metas, a Sesa/PR vem atuando desde 1999, por meio da aprovação de três resoluções que estabelecem a necessidade de implantação de políticas públicas para as mulheres em situação de violência, da realização de seminários, da aprovação do Plano Estratégico para Organização de Redes de Serviços para Atendimento à Mulher que Sofre Violência no estado do Paraná, aprovado pelo CES/PR em 2001, da assinatura de convênio com a Secretaria de Estado da Segurança Pública/IML para assegurar atendimento humanizado da violência sexual, em junho de 2002, da assinatura do Pacto pela Vida enfocando a redução da mortalidade materna e infantil no Paraná, em dezembro de 2005, o qual prevê

a implantação dos Centros de Referência de Saúde Integral da Mulher. A 2ª Regional de Saúde, buscando implementar ações preventivas e curativas para minimizar a violência contra a mulher, realizou em 2005 o I Seminário Regional sobre o atendimento à Mulher em Situação de Violência para os 29 municípios de sua área de abrangência. Em março de 2006 foi instalado o Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana, constituindo-se como espaço estratégico da política de enfrentamento à violência contra as mulheres. Em parceria com a 2ª Regional de Saúde, vem articulando a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência da região metropolitana de Curitiba.

**Objetivos:** a) Promover e cuidar dos vínculos e manter a sinergia entre instituições e pessoas que enfrentam a violência contra a mulher através do reconhecimento dos serviços e instituições envolvidas, da definição de metas e atribuições de cada órgão e da atuação em conjunto para assegurar a busca de eliminação de toda e qualquer forma de violência contra a mulher; b) estimular a construção de redes locais de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios envolvidos; c) implantar sistema de vigilância e notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher; d) elaborar protocolos e instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas; e) fortalecer as ações conjuntas formando laços de solidariedade; f) assegurar a circulação das informações.

**Atividades:** As atividades da rede constituíram-se inicialmente do reconhecimento dos atores que a compõem e de um planejamento de ações para assegurar a estruturação de serviços para o atendimento às mulheres em situação de violência nos municípios da região metropolitana de Curitiba, com qualidade e de forma humanizada. Até o momento foram realizadas 14 reuniões. Os trabalhos iniciaram-se com planejamento das ações e a identificação dos serviços existentes. Foram realizados também diversos seminários de capacitação e ou sensibilização nos municípios envolvidos, os quais já se encontram em fase de organização da sua rede local.

**Envolvimento Intersetorial:** 16 municípios da região metropolitana de Curitiba, dez ONGs, Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, Casa Abrigo, Defensoria Pública, FAS, IML, Hospitais de Referência, universidades, representantes da Secretaria da Educação, Delegacia da Mulher, Conselho Estadual e Municipal da Mulher, GT OAB Mulher, entre outros.

**Resultados:** Até o presente momento três municípios já estão com suas redes locais em funcionamento, cinco em fase de estruturação e os demais em fase inicial. Também se pode constatar a instalação de serviços para o atendimento como Centros de Referência, Casa Abrigo e Serviços de Referência em Saúde para o Atendimento. Com a ampliação da rede e do número de profissionais sensibilizados para assistência, o número de casos identificados vem aumentando e conseqüentemente a atual discussão tem sido a vigilância e notificação dos casos e a necessidade de novos treinamentos.

## PROJETO SER MULHER

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Superintendência de Atenção Primária em Saúde

Erlene Tedeschi dos Santos, Carla Ferreira Miranda e

Elizete Paiola Tonom

spp-sesa@sesa.pr.gov.br | (41) 3330-4391/3330-4483

**Parcerias:** Secretaria de Segurança Pública; municípios de todas as Regionais de Saúde do estado; IML e delegacias.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: quando da implantação do projeto, foram repassados os equipamentos, materiais didáticos, e ofertadas capacitações, dentro das ações previstas no Ser Mulher. Recurso federal: convênio com a área Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Projeto Ser Mulher é uma estratégia da Secretaria de Saúde do Paraná, em parceria com os municípios, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, para promover no SUS uma assistência qualificada, com atendimento integral à saúde da mulher, focado nas seguintes ações: Planejamento Familiar, Climatério, Violência Contra a Mulher, Saúde do Adolescente, Sexualidade Humana, Dor Pélvica Crônica (endometriose), Patologia do Trato Inferior (PTGI) e Gestação de Risco.

Dentre os programas apresentados, daremos destaque à violência contra a mulher, por ser este um fenômeno universal que atinge todas as classes, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento e social. A violência sexual tem um destaque de urgência no setor de saúde: ela pode levar diretamente à gravidez inesperada ou a doenças sexualmente transmissíveis. Entre elas, a infecção pelo



vírus HIV, e tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher.

**Objetivo:** a) Equipe de saúde sensibilizada e capacitada para prestar atendimento humanizado, em tempo hábil, e integrado às vítimas de violência sexual; b) realizar as medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxias das DST/HIV), de acordo com as normas técnicas existentes, c) prestar atendimento psicológico e em outros aspectos essenciais, respeitando-se seus direitos e as suas necessidades. O atendimento sistematizado objetiva a notificação dos casos aos serviços municipais de saúde e à Sesa, o que permitirá dimensionar a magnitude do problema na região, caracterizar o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo para a produção de evidências, para o desenvolvimento das políticas de atuações governamentais e para o enfrentamento deste problema.

**Atividades:** Assinatura do termo de adesão ao projeto estadual *Ser Mulher*, qualificação das equipes de saúde multidisciplinares dos centros de referência (*Ser Mulher*); aquisição de equipamentos, apoio e incentivo aos profissionais de saúde que atuam nos centros de referência e elaboração de material informativo, educativo e protocolos de encaminhamento e atendimento. As condutas a serem tomadas nas diversas áreas do atendimento à saúde da mulher foram uniformizadas, apoiadas no conhecimento científico e na experiência de cada profissional, sem deixar de lado o bom senso e a sensibilidade, necessários para um atendimento capaz de corresponder à expectativa da paciente. As mulheres, crianças e adolescentes procedentes das regiões de abrangência dos consórcios, são encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde, delegacias de polícia, IML, conselhos tutelares, enfim, pelos setores que compõem as redes de atendimento para pessoas em situação de violência ou por demanda espontânea. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde estabelecem fluxos internos de atendimento, definindo o profissional responsável para cada etapa da atenção. Isto inclui acolhimento inicial, registro da história, exame clínico e ginecológico, exames complementares e acompanhamento psicológico.

**Envolvimento intersetorial:** Além dos aspectos médicos e psicológicos, outras providências são instituídas: orientação para a realização do Boletim de Ocorrência Policial; realização do exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal; comunicação ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude; acesso à rede de apoio. Há casos que podem necessitar de hospitais para internamento ou atendimento de urgência/emergência, por exemplo, quando a unidade de saúde Consórcio está fora do horário de funcionamento.

**Resultados esperados:** Organização da rede de atendimento dos casos de violência; incentivo à ampliação das ações previstas no *Ser Mulher* para as 22 regionais de saúde, em parceria com os consórcios de saúde ou com hospitais de referência; pactuação (formalização) dos hospitais de referência; elaboração de material educativo; capacitação das equipes das unidades de saúde para atenção integral à mulher e à criança para diagnóstico/encaminhamento dos casos de violência.

## REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE LONDRINA

### Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

- Informações gerais

**Responsável:** Diretoria de Ações em Saúde

Renato Mikio Moriya

das@asms.londrina.pr.gov.br; drrenato@sercomtel.com.br

(43) 3376-1806

**Parcerias:** Secretarias de Estado da Saúde (17ª Regional de Saúde), Educação, da Criança e da Juventude (SECJ), Trabalho, Emprego e Promoção Social (SETP) e Segurança Pública; Secretarias Municipais de Saúde, Ação Social, Educação, Mulher; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Associação Médica de Londrina, Sociedade Paranaense de Pediatria, Ministério Público, Universidades (UEL, Unopar, Unifil), Sindicato dos hotéis, Restaurantes, Arquidiocese, Conselho de Pastores.

**Recursos Financeiros:** Recurso do Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde: Edital n. 3 de 11/09/2006 – Projeto de implantação da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Acidentes e Maus-tratos – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) e Edital n. 1, de 14/09/2007 – Projeto para Consolidação da Rede de Proteção contra a Violência no município de Londrina – R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

- Resumo

**Justificativa:** A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, se converteu num problema de saúde pública. O Brasil está passando por uma transição epidemiológica, em que as enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por injúrias físicas (violências e acidentes). Assim, descontando-se o primeiro ano de vida, as causas externas causam mais mortes de crianças e jovens do que as principais doenças somadas. Ainda, a complexidade deste fenômeno exige um trabalho articulado intersetorial e interinstitucional. A Rede de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes de Londrina iniciou a sua articulação em janeiro de 2007, tendo constituído a Comissão Municipal, composta de várias instâncias que atendem crianças e adolescentes.

**Objetivos:** a) Promover um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade civil organizada que permita o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes; b) sensibilizar instituições, profissionais e a comunidade para a importância da denúncia, assistência e prevenção dos maus-tratos; c) capacitar os profissionais envolvidos no atendimento; d) estimular a notificação dos casos; e) acompanhar os casos, permitindo a diminuição da reincidência dos maus-tratos; f) atender as vítimas, os agressores e as famílias, para ajudar a superar as condições geradoras de violência e

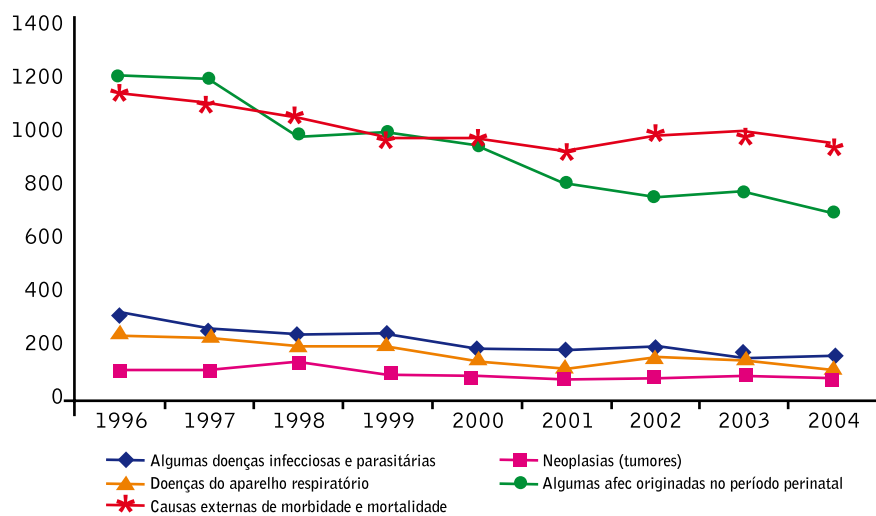
as seqüelas; g) desenvolver proposta e projetos voltados para a prevenção da violência.

**Entidades envolvidas:** Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, da Assistência Social; Secretarias de Estado da Saúde, Educação e Segurança Pública; Conselho Tutelar; Associação Médica de Londrina, Sociedade Paranaense de Pediatria e Ministério Público.

**Atividades:** Realização da sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde; implantação do Centro de Atenção à Criança e Adolescente Vítimas de Violência, aprovação pelo CEDCA do projeto do FIA; estruturação do Plano Municipal, com articulação das entidades e da Ficha de Notificação – em andamento; implantação do projeto piloto previsto para o 1º trimestre de 2008, após capacitação dos profissionais; capacitação de profissionais de saúde para atuar como peritos, no processo de humanização do atendimento do IML, no 1º semestre de 2008.

**Resultados Esperados:** Criação/ampliação da Vara da Infância e Juventude; criação de um banco de dados intersetorial; educação continuada dos profissionais implicados; elaboração de material educativo, protocolos e manuais de orientação e participação do "Observatório de Violência", atividade do projeto de políticas públicas (Fapesp).

#### Violência: Principais causas de morte - nascimento/19 anos



Fonte: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria Municipal de Saúde de Londrina/PR

## REDE DE PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

### Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara

- Informações gerais

**Responsáveis:** Carmen Regina Ribeiro e Lígia Cardieri Mendonça

carminharibeiro@gmail.com; lcardieri@hotmail.com.br | (41) 3256-9460/3352-1903

**Parcerias:** Secretarias Municipais da Saúde, Educação, Ação Social e do Conselho Tutelar.

**Recursos Financeiros:** Não informado.

- Resumo

**Justificativa:** A Rede de Proteção às Vítimas de Violência Doméstica foi implantada em maio de 2007 em Piraquara como uma ação da administração pública municipal para o enfrentamento de uma das manifestações da violência, menos visível, porém não menos penosa: aquela que acontece dentro das casas, no seio das famílias, afetando as relações familiares e atingindo seus membros mais frágeis – as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos. A proposta de atuação em rede envolve instituições governamentais e não-governamentais e coloca em prática conceitos há muito difundidos como a intersetorialidade ou transetorialidade como forma de atuar sobre questões complexas. Trata-se de proceder a mudanças nos padrões culturais da sociedade, rever concepções sobre educação de crianças e adolescentes, sobre a relação entre homens e mulheres, papéis da família e do estado, conceitos de direitos e deveres, liberdade, autoridade, dignidade, respeito e valor da vida.

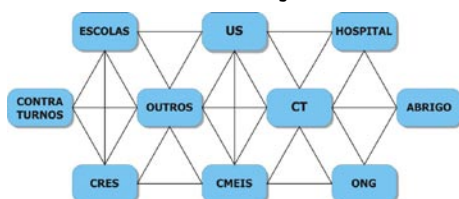
**Atividades:** A Rede de Proteção não é um novo serviço, mas uma articulação entre serviços e instituições capaz de prevenir a violência, detectando situações de risco e agindo sobre elas, intervindo onde ela já ocorreu para inibir reincidências e dar suporte a vítimas e agressores para a superação de causas e atenuação de seqüelas da violência. São responsabilidades e procedimentos comuns a todas as instituições: reconhecer os sinais de violência, mantendo seus profissionais sensibilizados e capacitados para tal; acolher de forma humanizada as crianças e adolescentes vítimas de violência; garantir a necessária privacidade durante o atendimento; manter sigilo sobre as informações prestadas pela vítima ou seu responsável; ouvir atentamente o relato feito pela vítima ou seu responsável, de forma a obter as informações suficientes para fazer um diagnóstico da situação e identificar as necessidades de atendimento; diferenciar comportamentos e sinais resultantes de situações de violência de outras causas; avaliar a gravidade da situação, a possibilidade de risco de vida ou de repetição da violência sofrida; prestar o atendimento necessário de acordo com a especificidade de atuação do serviço e a gravidade do caso e encaminhar a outros serviços quando necessário; preencher a Ficha de Notificação

(FNO) ou relatório (idoso) e encaminhar ao serviço competente obedecendo o fluxo definido; garantir que os casos de violência contra crianças e adolescentes classificados como moderados e graves sejam imediatamente comunicados ao Conselho Tutelar; garantir encaminhamento imediato – até 72 horas – dos casos de estupro e atentado violento ao pudor, para as medidas de prevenção das DST/Aids e da gravidez; orientar as vítimas de estupro e/ou suas famílias sobre a possibilidade de realização do aborto legal em caso de gravidez; orientar as vítimas ou os responsáveis sobre seus direitos e deveres, bem como sobre procedimentos e serviços disponíveis; orientar a mulher e idoso sobre seus direitos e encaminhá-los ao serviço de referência; encaminhar, quando necessário, vítimas, agressores e famílias para atendimento em saúde mental; incluir a discussão sobre causas, consequências e formas de enfrentamento da violência doméstica, nas atividades educativas realizadas pela unidade; incentivar a formação de grupos de discussão sobre educação de filhos, debates sobre temas, como liberdade, limites, uso e abuso de drogas, sexualidade, fases do desenvolvimento de crianças e adolescentes, direitos da mulher e do idoso, violência doméstica/familiar, entre outros; participar ativamente da direção da rede de proteção local, discutindo os casos notificados e definindo procedimentos de intervenção e acompanhamento; manter o corpo técnico da instituição sensibilizado e capacitado para o reconhecimento dos sinais de violência doméstica e para o atendimento humanizado às vítimas, aos agressores e às famílias.

**Envolvimento Intersetorial:** Em Piraquara fazem parte da rede 67 serviços entre escolas municipais e estaduais, creches, unidades básicas de saúde/PSF, Caps, unidades do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), Centro Regional de Ação Social, Centro Regional Especializado de Ação Social, ONG Rede Esperança, Conselho Tutelar, organizados em redes locais regionalizadas. A coordenação municipal da Rede é formada por representantes das Secretarias Municipais da Saúde, Educação, Ação Social e do Conselho Tutelar. Os casos detectados em cada um dos serviços são discutidos pelos componentes da rede local, que avaliam a gravidade da situação e estabelecem estratégias de atenção.

**Resultados Esperados:** Aumento no número de casos registrados; racionalização de recursos – trabalho integrado; diminuição progressiva da gravidade dos casos e da violência; melhoria no relacionamento entre os serviços; identificação de necessidades e possibilidade de planejamento conjunto de atendimento; contribuir para a prevenção da violência urbana, do número de crianças em situação de rua e da drogadição e coibir a violência contra a mulher e o idoso.

**Atuar em rede: concepção**



## 4. RIO GRANDE DO SUL

### ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA/ADOLESCENTE, MULHER E IDOSO

#### Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

##### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Vigilância em Saúde do Trabalhador

Marisa Paganin Zaccani

mzaccani@caxias.rs.gov.br | (54) 3223-6918 ramal 219

**Parcerias:** ONGs A/Rampa e AAPOPECS.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

##### ▪ Resumo

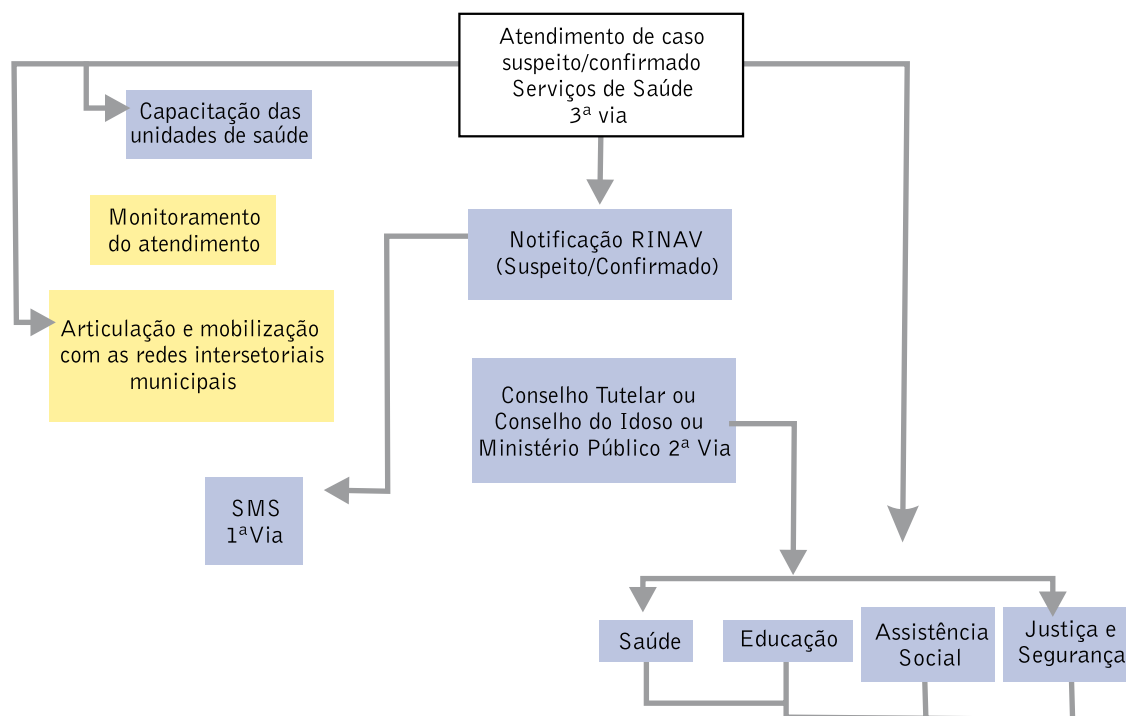
**Justificativa:** O atendimento e monitoramento dos casos de suspeita e/ou vítimas de violência requer poder acessar as várias políticas públicas e os vários saberes. É necessário um trabalho em rede, em que diversas instâncias e diversos saberes discutem e definem suas responsabilidades para melhor conduzir, auxiliar e acompanhar cada situação.

**Objetivo:** Atendimento e monitoramento nos casos de suspeita e/ou vítimas de violência no município.

**Atividades:** Elaboração e implantação do fluxo de notificação nos serviços de saúde municipais. O fluxo dos encaminhamentos obedece ao que é proposto pelo Cevs/RS, para o encaminhamento dos Rinavs, mas algumas ações são realizadas antes mesmo que o Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências (Rinav) chegue ao seu destino. Isto ocorre por contato telefônico, visitas envolvendo outros setores, além da saúde, atendimentos tentando encurtar caminhos e dar respostas com mais brevidade, pois em algumas situações o tempo é fundamental para que essas pessoas tenham sua integridade preservada. A intersectorialidade no atendimento aos casos de suspeita e/ou vítimas de violência é fundamental, e a construção desta intersectorialidade de fato é o caminho a ser percorrido para que as ações sejam realmente efetivas.

**Resultados:** Implantação do fluxo de notificação e atendimento a pessoas em situação de violência nos serviços de saúde no município de Caxias do Sul.

**Fluxo de notificação e atendimento a pessoas em situação de violência nos serviços de saúde no município de Caxias do Sul:**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul/RS

**Metas para 2008:** Capacitação com as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município, para conhecerem e se adequarem à RDC 283/05 (proprietários e técnicos). A capacitação será realizada por técnicos da SMS: Atenção Básica e Vigilância Sanitária; Conselho Municipal do Idoso e Promotoria Pública e estruturação de um sistema único de informações (banco de dados), das notificações de suspeita e/ou violência contra a criança e/ou adolescente.

## ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE ALVORADA

### Secretaria Municipal de Saúde de Alvorada

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Luciana Rosane Tonet Bueno

lubueno@terra.com.br | (51) 3411-8012

**Parcerias:** Comitê de Prevenção à Violência, Unidades de Saúde, Serviços de Saúde Mental (todos da SMS).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 10.000,00 (dez mil reais); recurso federal: Edital n. 01 de 14 de setembro de 2007, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Valor total anual: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Os acidentes e violências desempenham importante papel nas estatísticas de morbimortalidade no Brasil, não sendo diferente em Alvorada, que em 2007 foi identificado como um dos 50 municípios prioritários para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, em nível estadual. A partir de revisões dos consolidados dos bancos de dados sobre mortalidade, é possível observar que o crescente número de homicídios e suicídios revela a necessidade de abordagem anterior a estes eventos fatais. Porém, a ausência de diagnóstico populacional específico sobre acidentes e violências, no nível municipal, é interposta como obstáculo para o monitoramento da saúde da rede municipal, vislumbrando a necessidade de uma abordagem direta, através da criação de fluxos de vigilância, factíveis e sustentáveis.

O Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde avalia que os acidentes e violências, por serem a quarta causa de óbito, no município, devem ter abordagem prioritária, com implantação da notificação compulsória em todas as unidades e serviços de referência de saúde municipais.

**Objetivos:** a) Sensibilizar os profissionais de saúde para a detecção de casos suspeitos de violência; b) capacitar os técnicos da área de saúde para a notificação dos casos suspeitos de violência; c) realizar monitoramento contínuo da situação de violência, bem como o mapeamento das ocorrências; d) fornecer subsídios ao Comitê Municipal de Combate à Violência e Promoção da Paz para a atuação e ampliação de parcerias junto à sociedade; e) auxiliar no planejamento, para ampliar serviços de atendimento aos casos de violência; f) estimular a prática de atividades educativo-preventivas de promoção da não-violência, nos serviços de saúde, e outras instituições pela inclusão destas na rotina de trabalho desses profissionais.

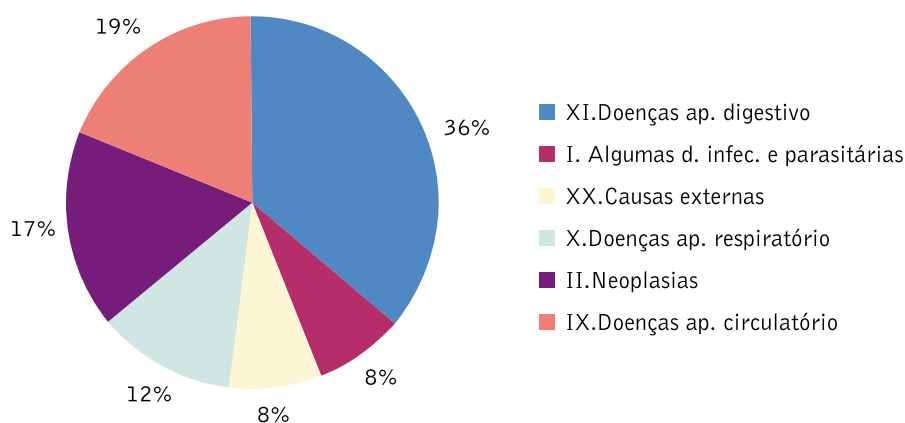
**Atividades:** Implantação em todas as unidades e serviços de saúde de referên-



cia, do Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências (Rinav), aderindo assim ao Programa de Prevenção à Violência, sendo a primeira fase para a qualificação mapeamento e diagnóstico, no âmbito municipal. O referido relatório é uma criação da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, e está atualmente sendo implantado nas coordenadorias e municípios acima de cem mil habitantes.

**Resultados esperados:** 100% das unidades e serviços especializados de assistência à saúde de Alvorada, notificando compulsoriamente os acidentes e violências, após doze meses de implantação do projeto; presença de pelo menos um profissional capacitado sobre o tema deste projeto, em cada uma das unidades e serviços especializados de saúde; monitoramento contínuo dos indicadores construídos a partir das notificações, e repasse periódico destes para o Comitê Municipal de Prevenção à Violência; unidades de saúde e serviços de referência prioritários, conforme mapeamento de ocorrência das violências, realizando atividades educativo-preventivas junto às comunidades, sobre temas relativos à promoção da paz. Serão utilizados recursos humanos existentes na rede de serviços do município de Alvorada (trabalhadores do Centro de Vigilância em Saúde, do setor de vigilância epidemiológica, das unidades de saúde e da rede de assistência em saúde mental, membros do Comitê Municipal de Prevenção à Violência e demais integrantes de entidades sensíveis ao projeto).

**Causas de morte por capítulo da CID10-  
Residência Alvorada 2006**



Fonte: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde/2006

## HOSPITAIS-OBSERVATÓRIO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

### Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Centro Estadual de Vigilância em Saúde/Cevs

Tânia Esther Herc Holmer dos Santos

tania-santos@saude.rs.gov.br | (51) 3901-1070

**Parcerias:** Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/NV/Dants da SES/RS; Programa de Prevenção da Violência/PPV; 16 municípios; 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

**Recursos Financeiros:** Recursos humanos e infra-estrutura da própria SES; recursos da Vigilância em Saúde/Vigisus.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul desenvolveu os "Observatórios de Acidentes e Violências" baseados em hospitais de porte regional, com serviços de urgência e emergência, com atendimento pelo SUS, localizados em municípios de médio e grande porte.

**Objetivos:** Monitorar indicadores, situações de risco e tipos de agravos decorrentes de acidentes e violência e identificar o perfil da morbimortalidade por causas externas no estado.

**Atividades:** Em 2001 iniciou-se a vigilância sentinela das causas externas com o registro das ocorrências que ingressam no setor de Urgência/Emergência de 33 hospitais-sentinela, situados em 16 municípios de diversas regiões do estado no formulário intitulado Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (Rinav).

Em 2004, o governo do estado editou a Portaria SES/RS n. 40/2004, que determina a obrigatoriedade da notificação da violência em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Até o ano de 2005 o número de notificações realizadas pelos 33 hospitais-observatórios já atingia 440 (88,7%) municípios de ocorrência do Rio Grande do Sul.

Em 2006 iniciou-se a implantação da notificação compulsória da violência em todos os serviços de saúde do estado, ficando o caráter de sentinela só para acidentes nos hospitais-observatório.

**Resultados:** Atualmente, dispõe de um banco de dados de 135.754 notificações de acidentes e violências no estado, o que permite conhecer o perfil epidemiológico e propor ações de prevenção e promoção da saúde.

### Total de Ocorrências por ano, Rio Grande do Sul

<b>Tipo Ocorrência</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Acidente de trabalho de trajeto	45	608	395	579	438	209	132
Acidente de trabalho típico	276	4716	3877	4963	4919	2557	1696
Acidente de trânsito	268	4199	4174	4742	4704	3007	2044
Acidente doméstico	156	6260	9252	8428	8986	4824	3841
Acidente na Escola	16	670	739	1024	934	443	234
Auto-agressão	24	507	284	437	296	120	144
Esporte e Lazer	18	441	1900	3149	3238	1432	733
Negligência/Abandono						37	267
Outros	225	2439	2382	2277	2352	1447	770
Suspeita de maus tratos	17	85	46	106	74	56	150
Violência física	152	2807	2505	2947	3258	1787	1496
Violência psicológica						3	25
Violência sexual	48	163	141	122	83	62	131
<b>Total Tipo Ocorrência</b>	<b>1245</b>	<b>22895</b>	<b>25695</b>	<b>28774</b>	<b>29282</b>	<b>15984</b>	<b>11663</b>

Fonte: RINAV - Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

## IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

### Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Cevs)

Tânia Esther Herc Holmer dos Santos

tania-santos@saude.rs.gov.br | (51) 3901-1070

**Parcerias:** Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NV/Dants), da SES/RS; Programa de Prevenção da Violência (PPV); 498 municípios; 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

**Recursos Financeiros:** Recursos humanos e infra-estrutura da própria SES; recursos da Vigilância em Saúde (Vigisus).

#### • Resumo

**Justificativa:** No ano de 2004, o governo do estado do Rio Grande do Sul criou por meio da Portaria SES/RS n. 40/2004, o Relatório de Notificação Individual de Acidentes e Violência (Rinav), que determina a obrigatoriedade da notificação da violência em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Objetivos:** a) Conhecer as dimensões, formas, vítimas e agentes da violência; b) desenvolver ações de prevenção e assistência adequadas e a avaliação dos seus resultados.

**Atividades:** A partir de 2006, implantação do Núcleo no CEVS/DVE/SES e início da notificação compulsória da violência em todas as Unidades de Saúde do estado, ficando o caráter de sentinela só para acidentes nos hospitais-observatório que já estavam implantados. O Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (NV/Dant) vem capacitando os profissionais da rede básica de saúde para a identificação, acolhimento e notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência atendidos nos serviços de

saúde e procurando promover ações que fortaleçam a rede de atendimento, promoção da saúde e cultura da paz.

**Resultados:** 55 municípios e 102 Unidades Básicas de Saúde habilitados e capacitados para a notificação compulsória da violência no estado que possibilita análise sistemática da situação da violência, gerando, divulgando e publicando informações que auxiliem no planejamento das ações e publicações do NV/Dants sobre notificação.

## PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

### Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Gabinete da Secretaria Adjunta

Sylvia Nabinger

nabinger@terra.com.br

**Parcerias:** Centro Estadual de Vigilância em Saúde; outras Secretarias de Estado: Casa Civil, Casa Militar, Coordenação e Planejamento, Cultura, Administração e Recursos Humanos, Educação, Justiça e Desenvolvimento Social, Segurança, Ciência e Tecnologia, Turismo Esporte e Lazer; 50 municípios com maior taxa de mortalidade por causas externas no Rio Grande do Sul; 60 instituições não-governamentais são parceiras do programa; profissionais de notório saber em matéria de prevenção à violência, assim como personalidades que se destacam na mobilização pela não-violência.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios do Tesouro do Estado; recurso federal da Vigilância em Saúde.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** O governo do estado do Rio Grande do Sul criou a Câmara Setorial das Políticas de Segurança e Prevenção da Violência (Decreto n. 44.907, de 27 de fevereiro de 2007) com o objetivo de formular diretrizes, acompanhar, coordenar e articular, periodicamente, os resultados dos programas governamentais sob orientação da Câmara.

**Objetivo:** Contribuir para a redução dos índices de violência através da construção de uma rede social que identifique, integre, articule e promova ações governamentais e não-governamentais.

**Atividades:** O Programa de Prevenção da Violência foi criado pela Câmara Setorial e é um dos programas estruturantes do governo do estado, que alinha, em sua metodologia, o trabalho preventivo desenvolvido pelas Secretarias de Estado da Cultura, Educação, Justiça e do Desenvolvimento, Segurança, Ciência e Tecnologia, Turismo, Esporte e Lazer e Saúde e pelos municípios do estado. É coordenado pela SES e atua por

meio de parcerias entre organizações governamentais e não-governamentais, integrantes do Comitê de Prevenção da Violência (Decreto n. 44.908, de 27 de fevereiro de 2007), organizando uma ampla rede de serviços que articula e integra ações de prevenção e promoção das comunidades mais vulneráveis do estado. Tem como alvo 60.000 famílias, em 150 bairros dos 50 maiores municípios do estado, e como meta, diminuir em 20% as ocorrências de violência nos 50 municípios-alvo, em um prazo de quatro anos.

**Envolvimento Intersetorial:** Justiça e desenvolvimento social – enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil (Sentinela); Programa Estadual da Assistência Social (Peas); Frentes emergenciais; Programa de Qualificação Profissional; Cozinhas Comunitárias e Hortas Comunitárias; Saúde da Família (ESF); Primeira Infância Melhor (PIM); Saúde Mental (Caps); cursos de capacitação em vigilância e prevenção da violência e Hospitais-Observatório para Acidentes e Violência/notificação compulsória); Educação – Escola aberta para a cidadania e justiça para o século 21); Cultura – Grupo de trabalho em artes cênicas; grupo de trabalho em música; grupo de trabalho em cinematografia e Grupo de trabalhos visuais); Segurança – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd); Programa Social Educativo de Profissionalização de Adolescente (Prosepa); Brigada na Praça e Brigada Mirim; Bombeiro Mirim e Patrulha Ambiental Mirim; Educação para o Trânsito; Jovens contra o Crime (JCC); Lanchando com a Brigada; Meninos de Rua; Denarc Ajuda; Contigo Aprendi Denarc; Programa de Prevenção à Exploração Sexual Infanto-Juvenil (Deca); Campanha de Prevenção à Venda de Bebidas Alcoólicas para Crianças e Adolescentes (Deca); Rede Estadual da Polícia Civil de Proteção à Criança e ao Adolescente; Mutirão de Identidade (IGP); Turismo, Esporte e Lazer – Segundo Tempo e Esporte e Lazer nas Cidades).

**Resultados:** O programa já está implantado em cinco municípios piloto: Santa Cruz do Sul: Comitê Municipal de Prevenção da Violência constituído; plano de enfrentamento da violência no ambiente escolar para 2007/10; programas de prevenção nas áreas da: Segurança, Saúde e Educação e parceria com a Educação para a Paz (Unisc). Pelotas: assinatura do Decreto Municipal; apresentação do diagnóstico local; áreas de atuação das entidades parceiras; já possui Comitê Municipal de Prevenção da Violência. Passo Fundo: formando Comitê Municipal; possui Conselho Municipal de Segurança Pública para prevenção; instalação de câmaras de vídeo no centro da cidade; reinstalação de “Escolas em Tempo Integral” na periferia do município; ações de prevenção pelo Programa Saúde da Família; dois Hospitais-Sentinela e Batalhão de Operações Especiais (BOE) na cidade. Alvorada: formando Comitê Municipal; 23 equipes do PSF; Programa Agente Jovem; Peti, Sentinela, Educação de Rua, projetos acerca da religiosidade e oito visitantes do PIM. Nova Hamburgo: Conselho de Defesa e Segurança da Comunidade constituído por 38 entidades representadas; elaborou diagnóstico de violências no município – parceria com a Feevale; fará Plano Identificador da Violência no município; 25 Escolas Abertas.

Atualmente estão sendo feitas implantação e implementação dos outros 45 municípios.

## PROGRAMA PRA-PARAR

Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde/Equipe de Eventos Vitais Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Karla Lindorfer Livi

karla@sms.prefpoa.com.br | (51) 3289-2462

**Parcerias:** Oito unidades básicas de saúde e cinco serviços especializados; Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana – Centro de Referência às Vítimas de Violência; dez hospitais de Porto Alegre.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios da Vigilância da Saúde.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência constitui-se em um problema de saúde coletiva de grande magnitude e transcendência, provocando um forte impacto na morbimortalidade da população. Representa a terceira causa de morte em crianças menores de um ano; a primeira em crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade e a terceira causa de óbito da população em geral (SIM/POA, 2006). Além disso, é causa de inúmeras internações e atendimentos especializados, exigindo a formulação de políticas específicas para sua prevenção e tratamento.

**Objetivos:** Sistematizar as informações, visando subsidiar o planejamento de programas e políticas para o enfrentamento da violência na cidade de Porto Alegre.

**Atividades:** A vigilância da violência em Porto Alegre iniciou-se em 2005 a partir da implantação do Sistema de Informação de Violência, que tem como documento-



fonte a ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência, construída com a participação de representantes de hospitais da cidade. Essa ficha foi sendo progressivamente implantada e avaliada com os serviços e refere-se ao componente contínuo da vigilância de violências. O sistema obedece ao mesmo padrão dos demais sistemas de informação no que se refere a modelo, fluxo de distribuição, preenchimento e processamento dos dados. Para a digitação dos dados, foi construído um sistema próprio em *access*. Em relação às notificações de moradores de outros municípios, as fichas são selecionadas e encaminhadas semanalmente ao Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, que repassa as informações ao município de origem.

Para os casos notificados, é localizado o serviço básico de referência, a partir da consulta do endereço que consta na notificação junto à base territorial de endereços do município. Isso tem possibilitado uma etapa importante do processo de vigilância da violência, uma vez que os casos de violência contra crianças, adolescentes e idosos têm sido informados aos serviços básicos responsáveis por essa população. Assim, as equipes podem acolher as famílias, acompanhá-las e/ou monitorar o atendimento por serviço especializado, quando for o caso. Além disso, todos os casos têm sido informados ao Centro de Referência às Vítimas de Violência (CRVV) da Secretaria de Direitos Humanos, para que sejam encaminhados e monitorados.

**Resultados:** 23 serviços notificadores que são acompanhados a partir de reuniões sistemáticas para discussão do trabalho, qualificação das equipes de saúde em relação ao Sistema de Vigilância de Violência e identificação da rede de proteção contra a violência já existente na cidade. Em 2006 foram notificados 1.859 casos, sendo 60,1% de Porto Alegre e 39,9% de outros municípios.

# PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo



## ▪ Informações gerais

**Responsável:** Secretaria Municipal de Saúde/Vigilância em Saúde

Mara Dill Migott

epidemiolo@pmpf.rs.gov.br | (54) 3316-1025/1045

**Parcerias:** Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de Passo Fundo; Universidade de Passo Fundo (UPF).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: recursos humanos e infra-estrutura; recurso federal: Edital n. 1/SVS, de 14 de setembro de 2007; recursos humanos da Universidade de Passo Fundo. Valor total anual: R\$ 110.000,00 (cento e dez mil reais).

## ▪ Resumo

**Justificativa:** A morbimortalidade por violência no mundo contemporâneo constitui um grave problema de saúde pública, especialmente na população jovem, caracterizando-se como um evento de grande magnitude e transcendência. No entanto, poucos estudos foram realizados a respeito da violência na realidade local, o que torna difícil visualizar o problema, especialmente no que se refere à morbidade. As iniciativas de trabalho no setor público e na universidade local ainda são incipientes e isoladas, necessitando de compreensão mais ampla dessa problemática. Essa situação motivou profissionais pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, a 6ª CRS e a UPF a unirem esforços e desencadarem um grupo de trabalho para estudos e intervenções sobre a situação da violência. Esse grupo foi responsável pela construção do projeto que concorreu no processo seletivo de acordo com o Edital n. 1 de 14/09/2007, cujo resultado foi a sua aprovação.

**Objetivo:** Contribuir para a redução dos índices de violência, buscando aprofundar e dar visibilidade à situação de violência local, desencadeando ações conjuntas e articuladas, tanto no ensino quanto no serviço, que envolvam a Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, por meio da estruturação do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência.

**Atividades:** A sensibilização e a capacitação dos profissionais da rede e da universidade; o desenvolvimento de estudos e pesquisas nesta temática, mapeamento da violência nas regiões sanitárias do município e a articulação e potencialização da rede de promoção e prevenção da violência.

**Resultados iniciais:** Com a Secretaria Municipal da Saúde: sensibilização das coordenações gestoras para o desenvolvimento do projeto; identificação de pessoas (profissionais) sensíveis para a constituição do Núcleo; articulação com instituições governamentais e não-governamentais para a potencialização do trabalho e maior visibilidade da violência (também) como problema de saúde pública. Junto à universidade: articulação entre grupos de pesquisa, extensão e cursos de graduação sobre violência, aumentando o caráter interdisciplinar e interinstitucional; sensibilização de professores e alunos a respeito da violência como problema de saúde pública; aproximação entre ensino-serviço e desencadeamento de projetos de pesquisa sobre violência na fase de coleta de dados.

**Resultados esperados:** Dispor de uma análise mais qualificada do diagnóstico situacional da violência no município; a ampliação do olhar dos trabalhadores, docentes e acadêmicos de saúde sobre a violência, de modo a incorporar, nas suas práticas, ações integrais continuadas e integradas ao conjunto das redes de saúde e social e consolidação de uma rede intersetorial e interinstitucional de prevenção à violência.

## SEMANA DA FAMÍLIA PELOTENSE

### Prefeitura Municipal de Pelotas



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Programa de Prevenção da Violência de Pelotas

Julia Maria de Azevedo Frio

julia-frio@ibest.com.br | (53) 3222-5494/3284-7748

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Saúde – 5ª CRE e 3ª CRS; Associação Amar Criança e Família; Grupo Amor Exigente; Associação Moradores Cohab Duque; Associação Comunitária Sul-Brasil; AAF – Fragata; Associação Mães Cristãs; Associação Amigos do Bairro Simões Lopes; Associação de Aposentados da Universidade Federal de Pelotas; Associação de Cabos e Soldados PMs; Associação Brasileira das Mulheres de Carreira Jurídica; Banco de Alimentos Madre Tereza de Calcutá; Casa Brasil; Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas (AUSSMPEL); Cerenep; Comitê de Desenvolvimento do Loteamento Dunas; Espan; Instituto de Menores; Instituto Espírita Lar de Jesus; Instituto São Benedito; Instituto Universidade da Periferia; Lar da Criança São Luís Gonzaga; Lions Clube de Pelotas Laranjal; ONG-Gesto; hospitais; empresas; escolas municipais, estaduais, particulares e especiais; universidades; Cefet; Poder público e Judiciário; Conselho Tutelar; Exército; Brigada Militar; Sest/Senat; Sesc; Sesi; Senac; CTGs; Conselhos Municipais.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: o valor anual tem variado de acordo com as ações anuais e de apoio dos patrocinadores.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Atualmente é consenso que o grupo familiar exerce uma profunda e decisiva importância na estruturação do indivíduo. As experiências vivenciadas com o grupo familiar é que vão determinar como o indivíduo irá interagir e formar as suas relações grupais, sociais e com os inúmeros grupos com os quais conviverá ao longo da vida. Em 2005 a Prefeitura Municipal de Pelotas instituiu a segunda semana de agosto como “Semana da Família Pelotense” (decreto n. 4743, de 13 de maio de 2005).

**Objetivos:** a) Incentivar e articular ações entre as instituições parceiras que valorizem, ressaltem e estimulem o papel do grupo familiar com foco na prevenção da

violência doméstica; b) incentivar e articular ações entre as instituições parceiras para que valorizem, ressaltem e estimulem o papel do grupo familiar com foco na prevenção da violência doméstica; c) ressaltar a importância da família como a célula da nossa sociedade; d) levar a discussão a todos os tipos de entidades e organizações que trabalham com crianças, adolescentes, idosos etc; e) estimular a troca de experiências e de vivências entre instituições; f) identificar as entidades que dedicam as suas atividades à temática da Família e prevenção da violência.

**Atividades:** Ações de cultura e arte, desportivas, saúde nos bairros relativos ao tema; Fórum Permanente sobre álcool e outras drogas (Fôlder 'Procure'); Encontro Municipal da Redução da Mortalidade Infantil; palestras, reuniões, mesas-redondas sobre os vários aspectos da família e violência doméstica.

**Resultados:** A Semana da Família Pelotense envolveu toda a comunidade, e o trabalho não se restringiu a apenas uma semana, mantendo-se várias ações durante todo o ano, fato consolidado em suas três edições, com a adesão e participação da comunidade e mais de 100 instituições parceiras, tendo sido incluído no Plano Nacional de Prevenção da Violência.

Essa iniciativa foi reconhecida pela Organização Mundial da Família em 2005, e a prefeitura foi convidada a apresentá-la no Brasil e, em 2006, na Jordânia, durante a Cúpula Mundial da Família.

## 5. SANTA CATARINA

### ESTRUTURAÇÃO DE REDES DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA

#### Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

##### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Área Técnica de Saúde da Mulher

Maria Arlene Pagani

arlenepagani@saúde.sc.gov.br | (48) 3212-1693

**Parcerias:** Gerências Regionais de Saúde; Gerência de Atenção Básica; Área Técnica Saúde da Mulher; hospitais e/ou maternidades da SES ou conveniadas com o SUS; Diretoria de Vigilância Epidemiológica; Secretarias de Estado de Segurança Pública, Desenvolvimento Social, Justiça e Cidadania; municípios: Florianópolis, Itajaí, Joinville, Blumenau, Canoinhas, São Miguel do Oeste, Chapecó, Joaçaba, Lages, Criciúma, Tubarão e São José; movimentos de mulheres (Conselhos), Fórum de Violência, Centro de Apoio à Vítima de Crimes (Cevic), Sentinela.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios. Valor total anual: R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). Observação: desde o ano de 2004 as ações estão sendo desenvolvidas somente com recursos da SES/SC.

##### ▪ Resumo

**Justificativa:** Em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública (OMS, 2002) e em Santa Catarina é considerada um problema de saúde pública não só pela magnitude das estatísticas, mas pelos agravos dela decorrentes: estupro – 104; estupro de crianças e adolescentes – 194; tentativas de estupro – 126; atentado violento ao pudor – 223; homicídios – 53; tentativas de homicídio – 74; assédio sexual – 157; cárcere privado – 57 (Fonte: Secretaria de Segurança Pública/Polícia Civil – 1º semestre 2006 – Coordenadoria da Mulher/SC).

**Objetivos:** a) Estruturar em municípios-sede de Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina uma Rede de Atendimento a Mulheres, Adolescentes e Crianças Vítimas de Violência Doméstica e Sexual, sensibilizando gestores e técnicos das áreas da saúde, segurança pública, educação, desenvolvimento social, justiça, para o atendimento às vítimas, no reconhecimento das violências, no preenchimento das notificações, nos encaminhamentos e em atenção à política de prevenção da violência doméstica e sexual; b) implementar as 11 Redes de Violência Sexual existentes (São José, Itajaí, Blumenau, Joinville, Canoinhas, São Miguel do Oeste, Chapecó, Joaçaba,

Lages, Tubarão, Criciúma), ampliando-as e capacitando-as para o atendimento à violência doméstica; c) proporcionar às vítimas de violência doméstica e sexual atendimento psicossocial e jurídico.

**Atividades:** Adesão do município, levantamento de serviços que prestam atendimento e/ou assistência às vítimas de violência no município; adesão dos serviços de saúde, segurança, apoio psicossocial e jurídico, com pessoal treinado e capacitado para atendimento em rede; elaboração de protocolo, fluxograma e banco de dados e definição da coordenação da rede. A vítima de violência poderá ser atendida em qualquer instituição pública ou privada das áreas de saúde, segurança, órgãos de proteção à infância ou de cunho social, porém algumas instituições serão unidades de referência.

**Detalhamento do atendimento em rede:** Saúde: as unidades de referência são responsáveis pelo atendimento de saúde e orientação para prevenção das DST/HIV, Hepatite B e C, contracepção de emergência e aborto previsto em Lei, notificação dos casos de violência (Unidade Básica de Saúde, Ambulatório de DST/HIV/Aids e emergência ou pronto-socorro de hospital e/ou maternidade do SUS). Segurança Pública: encaminhamentos legais (registro da ocorrência, exame pelo médico legista, inquérito policial). Delegacia da Mulher (Criança e Adolescente), Instituto Médico Legal (IML), Instituto de Análise Laboratorial (IAL), Polícias Civil e Militar. Apoio Psicossocial: responsável pelo atendimento psicológico social e jurídico às vítimas, tais como o Centro de Atendimento às Vítimas de Crime (Cevic), *Projeto Sentinela*, SOS Criança, Conselho Tutelar e ONGs. Informação – banco de dados: responsável pelo armazenamento e controle estatístico dos dados referentes aos atendimentos prestados na rede.

**Resultados:** De 2002 a 2007: três Casas-abrigo; um Serviço de aborto previsto em Lei; 1.050 técnicos sensibilizados e capacitados no atendimento a vítimas de violência sexual, sendo 70% – Setor Saúde (UBS, serviços de referência, unidades para seguimento do atendimento) e 40% – Parceiros da rede - Segurança Pública, Polícias Civil e Militar, apoio psicossocial, jurídico, conselhos tutelares, escolas.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

## IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DE SANTA CATARINA

### Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente

Halei Cruz

saudedacrianca@saude.sc.gov.br | (48) 3212-1633

**Parcerias:** Secretarias de Desenvolvimento Regional (Gerências de Saúde); Secretarias Municipais de Saúde; hospitais; organizações não-governamentais, Ministério Público de Santa Catarina, conselhos tutelares.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios. Valor total anual: R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência contra crianças e adolescentes como agravo pouco descrito nos serviços de atenção à saúde, mas muito frequente nas estatísticas dos conselhos tutelares.

**Objetivo:** Implementar a notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes como estratégia de promoção de ações para a prevenção desse agravo.

**Atividades:** Capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área de atenção à saúde da criança e do adolescente para o reconhecimento, atenção adequada e medidas de prevenção dos casos de maus-tratos. As capacitações iniciaram-se no ano de 2005 com a implantação do programa Aviso por Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes (Apomt), de iniciativa do Ministério Público de Santa Catarina e em articulação com setores que atuam no atendimento à população descrita. A Secretaria de Estado da Saúde capacitou em torno de 1.200 profissionais de saúde das diversas regiões do estado, tendo recebido até o presente ano cerca de 200 notificações que estão sendo sistematizadas e analisadas. A área técnica de saúde da criança e do adolescente considera a necessidade da continuidade das capacitações, visto que as notificações se concentram em poucas regiões do estado.

**Atribuições do setor saúde:** Confeccionar as fichas de notificação, capacitar profissionais e efetuar o atendimento e o encaminhamento de maneira adequada.

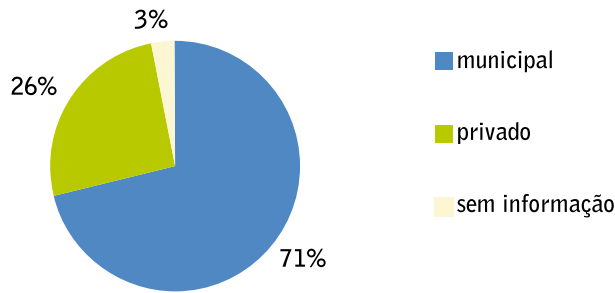
#### **Resultados:**

184 notificações de 2005 a 2007

929 profissionais capacitados: 11 Lançamentos Apomt (255 profissionais) e 14 capacitações (674 profissionais)

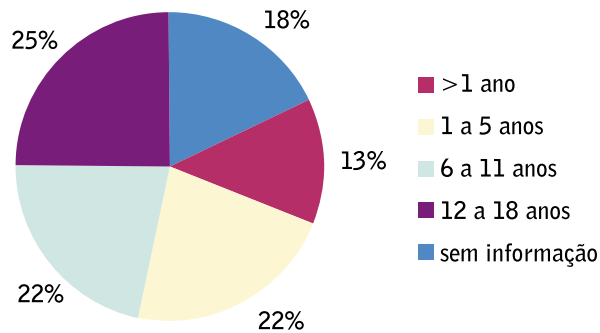


**Percentual de Casos Notificados de Maus Tratos, em Santa Catarina, Segundo a Rede de Atendimento, de 2005 a 2007**



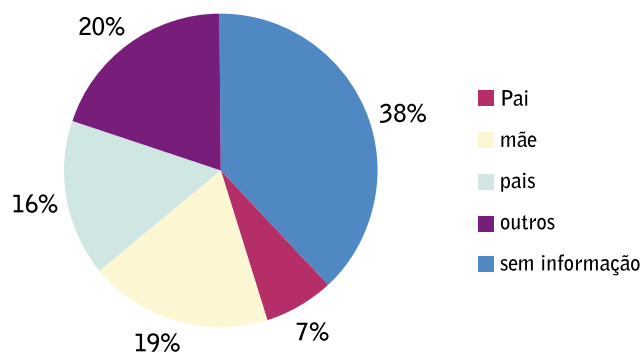
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Diretoria de Planejamento, Avaliação e Controle

**Percentual de Casos Notificados de Maus Tratos, em Santa Catarina, por Idade de Vítima, de 2005 a 2007**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Diretoria de Planejamento, Avaliação e Controle

**Percentual de Casos de Maus Tratos Notificados, em Santa Catarina, Segundo o “Provável Agressor”, de 2005 a 2007**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Diretoria de Planejamento, Avaliação e Controle



1. Apresentação
2. Introdução
3. Distrito Federal
4. Goiás
5. Mato Grosso
6. Mato Grosso do Sul

**EXPERIÊNCIAS DA REGIÃO  
CENTRO-OESTE**

**CAMPO GRANDE  
MATO GROSSO DO SUL  
24 E 25 DE JANEIRO DE 2008**

## I. APRESENTAÇÃO



Da esquerda para a direita: Giovanni Quaglia, representante regional do Escritório contra Drogas e Crime da Organização das Nações Unidas; Otaliba Libânio, Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), do Ministério da Saúde; Augustinho Moro, Secretário de Saúde de Mato Grosso; Beatriz Dobashi; Secretária de Saúde de Mato Grosso do Sul e vice-presidente do CONASS na região Centro-Oeste; André Puccineli, governador do estado de Mato Grosso do Sul; Luiz Henrique Mandetta, secretário de saúde de Campo Grande; Helvécio Magalhães Júnior, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Jurandi Frutuoso, Secretário Executivo do CONASS e Fábio Trad, presidente da OAB de Mato Grosso do Sul

A troca de experiências, embora seja uma expressão usada muito rotineiramente, é de extrema importância. Por menor que seja o público, quando alguém mostra o que fez, realiza vários movimentos positivos. Está se auto-avaliando e, por isso, pode detectar falhas e melhorar sua ação, e pode ainda servir como exemplo para os demais, trazendo idéias inovadoras e criativas. Essa troca de experiência foi extremamente produtiva no seminário Violência: uma epidemia silenciosa, da Região Centro-Oeste. Os participantes dificilmente teriam outra oportunidade de conhecer os trabalhos de prevenção e enfrentamento da violência que estão sendo realizados em diversos lugares da nossa região.

O tema violência instiga não só as discussões dentro das instituições e seus grupos técnicos, mas também na comunidade. Por isso mesmo, é preciso incitar a cultura da paz e a prática da pactuação no lugar da violência. Essa é uma atuação importante. Trabalhar questões relativas à promoção da saúde e à qualidade de vida, assim como ao desenvolvimento sustentável, à preservação do meio ambiente, à valorização da família, à inclusão social e ao acesso aos serviços públicos – à escola, à habitação, à segurança – porque é na exclusão que se encontra a raiz da violência. Trabalhando estas questões, teremos cidadãos mais comprometidos, mais felizes e mais preocupados com o que tem real valor. Então, a violência é diminuída em função da mudança de postura das pessoas.

A realização destes seminários vem ao encontro da necessidade de intersectorializar, de sentar na mesma mesa e de falar de violência com a saúde, com a educação, com o trabalho, com a promoção social, com a segurança e com o trânsito. Vimos, então, que é perfeitamente possível, no âmbito do SUS, iniciar a articulação com outros setores e buscar parcerias. Aliás, este é o espírito do Pacto pela Saúde, que resgatou o processo de planejamento, de olhar para o seu território e enxergar quais são as determinantes sociais ali presentes e quais as formas de intervenção possíveis. É preciso trabalhar em conjunto

e ter uma articulação de agenda pública. Isso é uma ação de governo. É possível avançar nessa caminhada sim, mas, para tanto, a intersetorialidade é imprescindível.

Beatriz Dobashi

Vice-presidente do CONASS na Região Centro-Oeste

Secretária de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul

“Só com a articulação intersetorial será possível alcançar resultados práticos na diminuição dos altos índices de violência. A partir das experiências bem-sucedidas apresentadas neste seminário, certamente surgirão boas idéias para a elaboração de ações concretas para o enfrentamento do problema”.

André Puccineli

Governador de Mato Grosso do Sul

## 2. INTRODUÇÃO

O Seminário Violência: uma epidemia silenciosa na Região Centro-Oeste ocorreu na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, nos dias 24 e 25 de janeiro de 2008. Com 250 participantes dos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. O seminário foi aberto pelo governador do estado André Puccinelli e pela Secretária de Estado da Saúde e vice-presidente do CONASS, Região Centro-Oeste, Beatriz Figueiredo Dobashi, e contou também com a presença do Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso, Augustinho Moro, do presidente do Conasems, Helvécio Magalhães Júnior, do secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso Silva, do presidente da OAB, Fábio Trad, do Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, Otaliba Libânio de Moraes Neto, do representante do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (Unodc), Giovanni Quaglia, representando todos os organismos internacionais parceiros, e do secretário municipal de Saúde de Campo Grande, Luiz Henrique Mandetta.

Foram apresentadas 21 experiências, sendo três do Distrito Federal, duas de Goiás, nove de Mato Grosso e sete de Mato Grosso do Sul. As experiências abordaram, de maneira geral, os eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência interpessoal (agressões/homicídios); violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

Além de serem utilizados para o esclarecimento de dúvidas relativas às experiências apresentadas, os debates propiciaram a identificação dos fatores que favoreceram o desenvolvimento das ações pelas equipes envolvidas e aqueles que o dificultaram. Foram facilitadores a disposição dos profissionais em trabalhar e executar os projetos; a participação dos profissionais de diversas áreas e a visibilidade que se deu aos serviços disponíveis para o enfrentamento à violência e a implantação da Lei Maria da Penha. Como principais dificuldades foram apontadas ausência de informação e a dificuldade de manutenção dos sistemas de informação e processamento, análise e interpretação de dados; a fragmentação do trabalho e a falta de experiência das equipes; a falta de articulação das diversas ações desenvolvidas pelas diferentes instituições; a não-identificação da violência enquanto prioridade da gestão e a dificuldade de tornar concreta a prática da ação intersetorial.

### 3. DISTRITO FEDERAL

#### EMPODERAMENTO E SAÚDE

##### Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

- **Informações gerais**

**Responsáveis:** Gerência de Doenças e agravos não transmissíveis/Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas

Patrícia Beatriz Beutel Semenzato

gdant.df@gmail.com | (61) 3323-3056

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Educação.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: Estruturação da Equipe Técnica e espaço físico; Recurso do Ministério da Saúde.

- **Resumo**

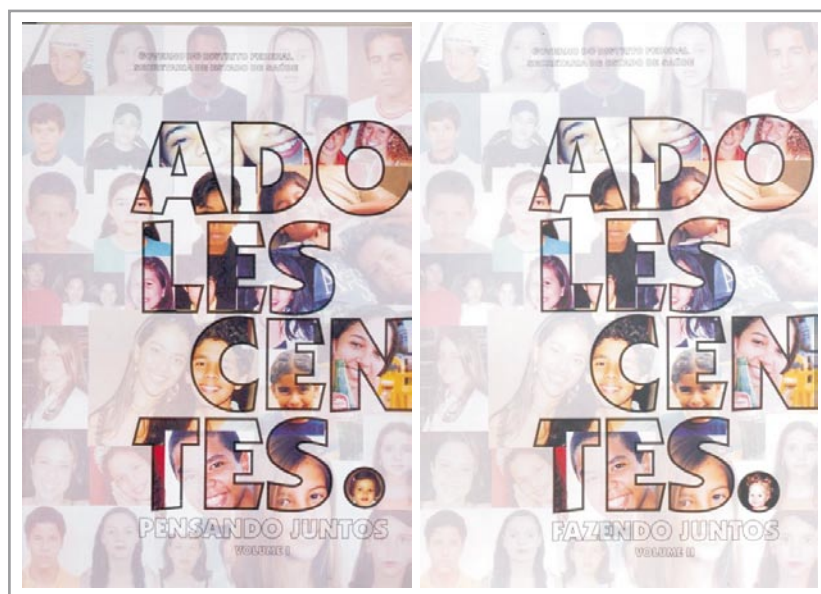
**Justificativa:** O projeto condensa de forma sistemática e gradual uma proposta metodológica de promoção da cultura de paz, focalizando sua intervenção no empoderamento da saúde. Está em conformidade com o objetivo IX do Plano Nacional de Promoção da Saúde que visa a “estimular a adoção de modos de viver não violentos e desenvolvimento de uma cultura de paz” e o Plano de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes do Distrito Federal, no eixo da prevenção com objetivos de “educar crianças e adolescentes sobre seus direitos, visando ao fortalecimento de sua auto-estima e defesa contra a violência sexual” e “informar, orientar e capacitar os diferentes atores envolvidos a respeito da prevenção à violência sexual”.

**Objetivo:** Desenvolver uma proposta de combate à violência por meio da promoção da cultura da paz e da saúde com o foco na intervenção em três níveis: individual, relacional e comunitária.

**Atividades:** O trabalho foi desenvolvido em atividades grupais e comunitárias de formação de agentes sociais em três segmentos, a saber: professores, adolescentes de 5ª a 8ª série e pais. No intuito de promover o empoderamento, optamos pela estratégia de mobilização da rede de proteção através do resgate da competência da escola e da família. Tendo em vista que uma das características da adolescência é a busca constante dos seus pares, priorizamos também a rede de amigos, por constituir um grupo de maior importância e referência no processo educativo e de sociabilização dos jovens. Este projeto é um piloto e foi escolhida a Regional de São Sebastião com a proposta de capacitar, acompanhar e avaliar projetos desenvolvidos pelos multiplicadores durante um ano com pais, professores e adolescentes.

**Envolvimento Intersectorial:** Gerência de Apoio Psicopedagógico da Secretaria de Educação (GAP), que coordena o *Projeto Saúde e Prevenção* e o *Projeto de Erradicação do Trabalho Infantil*, e neste projeto vai coordenar, acompanhar e avaliar as ações referentes ao módulo de prevenção de drogas e toda a interface com a Diretoria Regional de Ensino e as escolas, e o Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) que desenvolve ações de empoderamento e construção de cidadania dos "sujeitos" em comunidade. No projeto, vai organizar e coordenar os "grupos focais" - que serão realizados para auxiliar a compreensão do fenômeno da violência e a busca por fatores protetores que resultem na promoção da cultura da paz, e coordenar, acompanhar e avaliar as ações referentes ao módulo de "empoderamento". Os sujeitos dos grupos focais serão adolescentes e jovens, mulheres e idosos que devido às suas vulnerabilidades específicas podem em muito contribuir com suas "falas e saberes".

**Resultados:** Foram capacitados 34 profissionais: 27 da Diretoria Regional de Ensino; 4 da Diretoria Regional de Saúde; 2 da Secretaria de Ação Social e 1 do Conselho Tutelar.



Projetos Elaborados para implantação e acompanhamento em 2008: Amamentação na Adolescência / Saúde; Reciclar para viver melhor / Educação; Cultura da Paz no contexto escolar / Desenvolvendo relações intrapessoais e interpessoais saudáveis / Educação; Encontros criativos de adolescentes e jovens / Educação; Empoderamento para trabalho para albergados / Ação Social e Auto-estima no ambiente escolar / Educação.



# NÚCLEO DE ESTUDOS E PROGRAMAS PARA OS ACIDENTES E VIOLÊNCIA (NEPAV)

## Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (Nepav)

Laurez Ferreira Vilela

nepaves@gmail.com | (61) 3905-4635

**Parcerias:** Núcleo da Mulher (Naism); Núcleo da Criança (Naisc); Núcleo do Adolescente (Nasad) e Núcleo do Idoso (Naisi); Secretarias de Estado da Educação e da Segurança Pública.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso do Ministério da Saúde. Valor Anual: R\$ 159.000,00 (cento e cinquenta e nove mil reais).

### ▪ Resumo:

**Justificativa:** Devido ao grande número de acidentes e violências no Distrito Federal (DF), a Secretaria de Estado de Saúde/SAS/SES/DF criou o Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (Nepav), em 03 de junho de 2003, para sistematizar as ações de prevenção e atendimento às vítimas de violência física, sexual, psicológica e a negligência contra criança, adolescente, mulher, idoso, além de acidentes em geral.

**Objetivos:** a) Reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no DF; definir políticas de prevenção e atendimento a população de risco; b) implantar um sistema de informação para os acidentes e violências; c) capacitar os profissionais de saúde visando sistematizar o conhecimento e as ações sobre os diferentes tipos de violência; d) prevenir os acidentes e violências contra criança, adolescente, mulher e idoso; e) promover campanhas educativas; f) atuar em rede; g) implantar Programas de Prevenção aos Acidentes e Violências (PAV) em todas as regionais/cidades do Distrito Federal.

**Atividades:** Capacitação para profissionais de saúde para prevenção, identificação, notificação, encaminhamento e acompanhamento das vítimas de violência; elaboração da Ficha Única de Notificação Compulsória de acidentes e violência; implantação do kit de profilaxia da violência sexual em todas as emergências da rede pública de saúde, contendo medicação para DST/HIV, hepatite B e gravidez; elaboração e implantação do receituário de profilaxia da violência sexual para mulher e criança; sistematização do serviço de aborto previsto em lei para as vítimas de violência sexual; organização e coordenação da Rede Intersetorial de Atenção à População em Situação de Risco no DF, objetivando a articulação das ações e a busca de alternativas conjuntas de prevenção e

atendimento; elaboração do material e realização de campanhas educativas, tais como: revista em quadrinhos e VT (filme) sobre prevenção aos acidentes na infância, Manual de Orientação para Profissionais de Saúde, coletânea de Artigos – Enfrentando a Violência na Rede de Saúde do DF, cartilha sobre prevenção do abuso sexual nas diferentes faixas etárias e cartilha sobre violência sexual direcionada aos educadores realizada em parceria com a Universidade de Brasília (UNB).

**Resultados:** Descentralização dos atendimentos; implantação de 16 Programas de Prevenção aos Acidentes e Violência (PAV) nas Regionais de Saúde; aumento de notificações dos casos de violência; sistematização da profilaxia resultante da violência sexual nas emergências da Rede de Saúde do DF; acompanhamento psicossocial para as vítimas; organização e coordenação da Rede Intersetorial de Atenção à População de Risco do DF; discussão da violência em audiências públicas; aprovação do Plano Distrital de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e capacitação para profissionais da Rede Intersetorial: Conselho Tutelar, Polícia Civil e Secretaria de Educação.

# VIGILÂNCIA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE BASE

Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal



## ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis/Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas

Patrícia Beatriz Beutel Semezato

gdant.df@gmail.com | (61) 3323-3056

**Parcerias:** Direção do Hospital de Base do DF.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: estruturação da equipe técnica e espaço físico; recurso do Ministério da Saúde.

## ▪ Resumo:

**Justificativa:** Pesquisa realizada desde 2006 no Distrito Federal, caracterizada como vigilância pontual do projeto Vigilância de Violências e Acidentes – Viva em Serviços Sentinela de Urgências e Emergências e de Referência em Violências e Acidentes/CGDANT/DASIS/SVS, Ministério da Saúde.

O Hospital de Base de Brasília, referência como hospital terciário do Distrito Federal, foi eleito como Unidade Sentinela para a realização da pesquisa em 2006 e 2007 em função da característica de seu Serviço de Emergência. As pesquisas realizadas em 2006 e 2007 utilizaram a metodologia de entrevistas com questionários, padronizados pelo Ministério da Saúde, com aproximadamente 100% das vítimas de acidentes e violências que deram entrada no Pronto-Socorro do Hospital de Base nos meses de setembro/2006 e outubro/2007. As entrevistas foram realizadas por profissionais de saúde do Hospital de Base de Brasília, após treinamento realizado pela Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Gdant) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

**Objetivo:** As pesquisas, em consonância com os objetivos do Ministério da Saúde, têm como objetivo conhecer a magnitude e caracterizar as violências e acidentes no Distrito Federal, para subsidiar o planejamento e execução de ações de intervenção futuras

que sejam efetivas na redução da morbimortalidade por causas externas.

**Atividades:** Seleção do Distrito Federal pela Portaria n. 1.384 de 12 de junho de 2007 e repasse financeiro previsto pelo MS; participação de duas técnicas da Gedant no Curso de Capacitação para Multiplicadores – Vigilância de Violências e Acidentes/Inquérito 2007 (Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes); sensibilização dos Gestores da Secretaria de Estado de Saúde do DF e do Hospital de Base do Distrito Federal; pactuação com setores técnico-administrativos do HBDF para: repasse financeiro; seleção de servidores para participação como coletadores de dados na pesquisa; pagamento de horas extras para os coletadores; fornecimento de refeições para coordenação e coletadores; organização administrativa da pesquisa (direção do HBDF; equipe do Pronto-Socorro do HBDF; núcleo de educação permanente em saúde, gerência de pessoal; núcleo de nutrição do HBDF); realização de curso teórico-prático para servidores do HBDF. A etapa de coleta de dados foi realizada em sistema de plantões intercalados em períodos de 12 horas, alternando-se os dias e noites. O instrumento de coleta de dados foi a Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (MS/2007). Diariamente foi preenchido um “Diário de Campo”, pela coordenação: data da coleta; hora de início e término; total de atendimentos; total de fichas coletadas; total de recusas. A sistematização dos dados utilizou o Programa Epi-info versão 3.4.1 Windows/MS, e a análise dos dados foi realizada pela Gdant e MS.

**Resultados:** O Pronto-Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal registrou, no decorrer do Sentinela 2007, 1.506 atendimentos de eventos relacionados a violência ou acidentes.

#### **Distribuição dos Registros pelos Tipos de Ocorrências no Distrito Federal em 2007.**

<b>TIPOS DE ATENDIMENTO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Quedas	483	32,1
Outros acidentes	480	31,9
Acidentes de transportes	404	26,8
Agressões/Maus tratos	102	6,8
Queimaduras	19	1,3
Ignorados	8	0,5
Suicídios/Tentativas	7	0,5
Intervenções legais	3	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1506</b>	<b>100</b>

Fonte: SIS/VE-DANT/SES/DF

**Metas para 2008:** Implementar o Projeto de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito; implantar na Secretaria de Saúde do DF os Comitês Regionais de Promoção da Saúde; sistematizar, analisar e divulgar dados epidemiológicos de causas externas e implementar projetos de promoção da cultura da paz e prevenção de agravos por causas externas.

## 4. GOIÁS

### PERFIL SOCIOSSANITÁRIO DA MULHER EM GOIÁS – UM RETRATO DA VIOLÊNCIA

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Superintendência de Planejamento

Silvana Cruz Fuini

silvanafuini@terra.com.br | (62) 3201-3826

**Parcerias:** Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; Secretaria Municipal de Saúde de Goiás; Agência de Saúde e de Serviços Sociais do Outaouais/Québec/Canadá e Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional.

**Recursos Financeiros:** Recursos da Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional para custear despesas do convênio de cooperação técnica firmado entre a SES/GO e o Governo do Québec/Canadá. Valor total anual: aproximadamente US\$ 10.000,00 (dez mil dólares canadenses).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Para reduzir as iniquidades contra as mulheres é necessário conhecer melhor suas condições de vida. Além do conhecimento dos determinantes sociais e de trabalho é preciso definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendem

interferir nessas determinações. A sociedade deve se conscientizar do grave problema que as iniquidades representam para as mulheres mais desfavorecidas, especialmente em relação à situação das violências, buscando o apoio político necessário à implementação de intervenções. Para que isto ocorra, devemos investir em informação, enquanto recurso estratégico de poder em todas as áreas.

**Objetivo:** a) Sensibilizar os (as) gestores (as) e os (as) agentes públicos de saúde, no sentido de contribuir para a incorporação da perspectiva de gênero, nas políticas públicas de saúde, considerando sua necessidade e relevância; b) definir e apoiar estratégias para a efetivação da perspectiva de gênero, assim como de raça/etnia, nas práticas de saúde.

**Atividades:** A vertente eqüidade de gênero foi implantada nas quatro regiões piloto e no nível central da SES/GO, centralizada em cinco dimensões: sensibilização dos atores e agentes do sistema de saúde para a questão das desigualdades, com ênfase nas iniquidades de gênero; formação para a incorporação da ferramenta de gestão – Análise Diferenciada por Gênero (ADG); elaboração e publicação do Perfil Sociossanitário da Mulher em Goiás; produção e divulgação de textos para aumentar o conhecimento sobre a distinção entre sexo e gênero e todas as implicações que representam a incorporação da disciplina “gênero e relações sociais” na Escola de Saúde Pública da SES/GO.

A partir do modelo utilizado pelo governo quebequense/Canadá, foi definido o conteúdo do Perfil Sociossanitário da Mulher em Goiás, após a escolha das variáveis factíveis, considerando a incipiente quantidade de dados desagregados por sexo existentes em Goiás. Em seguida, desencadeou-se o processo de pesquisa nas fontes secundárias disponíveis em relação aos indicadores e abordagens escolhidas, abordando principalmente a análise situacional, em parceria com o *Projeto Retrato da Saúde*, a mulher e saúde no âmbito do SUS, os direitos da mulher. Destaque: mortalidade materna, aborto, violência e mulheres, movimentos sociais e política.

**Envolvimento intersetorial:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Regionais de Saúde de Goiás, governo do Québec/Canadá e Universidade de Brasília (UNB).

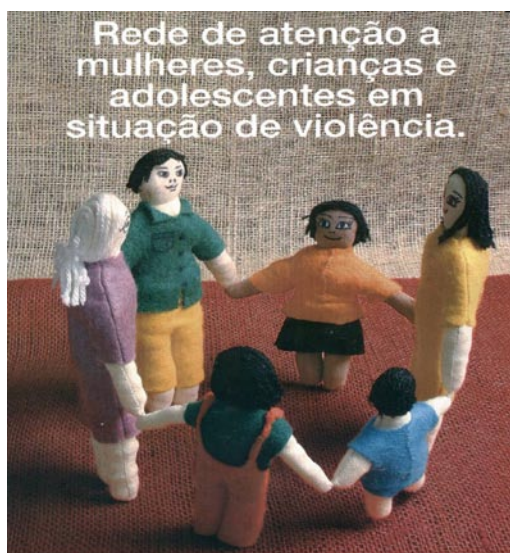
**Resultados:** Elaboração e distribuição do documento Perfil Sociossanitário da Mulher em Goiás a todas as secretarias municipais de saúde do estado, técnicos da Secretaria de Estado e instituições que desenvolvem atividades ligadas a esta vertente; realização de eventos de sensibilização, demonstrando que, de acordo com o referido documento, as mulheres constituem o grupo mais vulnerável de vir a sofrer as conseqüências das desigualdades sociais e econômicas, ocasionando maior vulnerabilidade a todos os tipos de violência; os conceitos de gênero e suas implicações tornaram-se mais conhecidos e discutidos.

Alguns dados do perfil: as mortes maternas em Goiás têm diminuído, contudo ainda se encontram em um patamar alto e, em quatro microrregiões de saúde, é 2,2 vezes superiores à média global do estado (2003). O aborto é a 5ª causa de internação do SUS,

em Goiás, segundo o Comitê de Mortalidade Materna (2004), representa a 3ª causa de morte entre as mulheres. As regiões Norte e Centro-Oeste do país se caracterizam com maior índice de violência contra a mulher. Em Goiânia, em 2004, foram registrados quase 5.000 casos de agressão. As regiões de Goiás localizadas no Entorno do Distrito Federal concentram o maior número de agressões registradas; a maioria das vítimas tem entre 18 e 24 anos, pouco grau de instrução e não são casadas oficialmente. A maioria das ocorrências é de ameaça.

## REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DA VIOLÊNCIA E DAS CAUSAS EXTERNAS, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

Secretaria de Saúde do Município de Goiânia



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Rede Básica/Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza

mariaclaudiahonorato@yahoo.com.br | (62) 3524-1530/31

**Parcerias:** Todas as Divisões, Distritos Sanitários, Unidades de Saúde e Equipe de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde; Secretarias Municipais de Assistência Social e Superintendência Municipal de Trânsito; municípios de Goiânia e região metropolitana; Rede de Atenção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência – composta por 36 entidades governamentais e não-governamentais; instituições formadoras (Universidades Católica e Federal de Goiás); Ministério Público Estadual; delegacias.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: estruturação da equipe técnica e espaço físico – 10% de contrapartida – R\$ 12.000,00 (doze mil reais); recurso federal: R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Goiânia, uma cidade com 74 anos e 1.093.007 habitantes, situa-se em 22º lugar no *ranking* nacional de mortalidade por causas externas e violência. De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde, as mortes violentas foram responsáveis por 852 óbitos no ano de 2003 em Goiânia - distribuídos em 36,0% homicídios, 39,6% acidentes de trânsito e 6,8% suicídios. O enfrentamento da violência exige



a efetiva integração de diferentes políticas sociais, tais como saúde, educação, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada.

**Objetivo:** a) Reduzir a morbimortalidade por violência e causas externas através da prevenção e promoção da saúde, por meio do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS), que desenvolve ações e estratégias para o atendimento à violência e causas externas, enfocando a violência intrafamiliar e sexual, homicídio, suicídio, acidente de trânsito, de forma articulada, a partir dos seguintes eixos: Gestão e Articulação; b) desenvolvimento de estudos e pesquisas e gestão de pessoas.

**Atividades:** Com a perspectiva de implementação desta proposta, o NPVPS, além de articular os projetos já existentes na SMS, participa efetivamente da Rede de Atenção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência. O NPVPS foi criado em dezembro de 2004, com estrutura de funcionamento permanente, pela SMS, em parceria com o Ministério da Saúde. Desde então vem desenvolvendo diversos projetos, que têm possibilitado a consolidação de ações de enfrentamento da violência no município de Goiânia: *Campanha Rompa o Silêncio, Notifique a Violência; Campanha Responsabilidade No Trânsito Faz Bem à Saúde; realização de oficinas de formação continuada; garantia de equipamentos necessários para assegurar a qualidade dos serviços prestados, entre outros.*

**Resultados:** De 2000 a 2007, formação de mais de 1.050 profissionais das diversas áreas; criação, produção de cartilhas, *fôlderes*, adesivos, cartazes; sensibilização, capacitação, troca de experiência, elaboração do fluxo de encaminhamento e apoio aos profissionais; realização de pesquisas, estudos e atendimento psicossocial para as pessoas em situação de violência física, psicológica e tentativas de suicídio; realização do Colóquio Nacional sobre Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência. "Carta de Goiânia"; realização de Oficinas Temáticas Laborativas Regionais: conhecendo e intervindo em mobilização das redes regionais; criação de uma sala de inquirição em 2006; aprovação de projetos intersetoriais; articulação entre os diversos setores públicos e organismos privados, para implementação de políticas intersetoriais, através da promoção da saúde, visando a reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito em Goiânia; lançamento da campanha envolvendo motociclistas com o mote – Você não precisa voar para pilotar sua moto; realização de diversas ações na Semana Nacional do Trânsito; lançamento da campanha de notificação, em 25 de agosto/2005; realização de cursos para agentes comunitários de saúde, nove turmas contando com 50 participantes (450 ACS); realização do Seminário: Aspectos éticos e legais do atendimento a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência; realização da campanha de enfrentamento da exploração sexual Infanto-juvenil em Goiânia; formação continuada: *Procedimentos e fluxos – Os dilemas enfrentados no processo de intervenção*; formação de conselheiros tutelares da cidade de Goiânia, para atuarem em enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em rede.

## 5. MATO GROSSO

### ANÁLISE DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

#### Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá

##### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Assessoria de Planejamento e Gestão e Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

Ligia Regina de Oliveira, Elizabeth Pereira Beltramello e Luciana do Bom Despacho Paiva

Irdoliveira@gmail.com; Irdolivera@terra.com.br | (65) 3262-6233

**Parcerias:** Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; Assessoria de Planejamento e Gestão e Gerência de Informação em Saúde; Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e Universidade Federal de Mato Grosso.

**Recursos financeiros:** Não informado.

##### ▪ Resumo

**Justificativa:** Os acidentes e violências constituem-se em um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, estando, em geral, entre as cinco primeiras causas de morte. No Brasil, apresenta uma tendência crescente, representando a 3ª causa, com cerca de 128.000 mortes (2004), e em Cuiabá se configuram como a 2ª causa de morte. Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) essas causas são denominadas de causas externas (CE). As informações sobre as causas que levam à morte constituem-se em elementos importantes para o monitoramento de sua tendência e, conseqüentemente, do impacto de intervenções e políticas públicas voltadas para a sua redução. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) tem se constituído, na área de saúde, como a fonte principal das estatísticas de mortalidade no Brasil. No entanto, a qualidade dos dados ainda não é adequada. A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS/Cuiabá) vem buscado a melhoria da qualidade da informação sobre mortalidade, por meio da investigação em hospitais, domicílios e, no que se refere às mortes por CE, no Instituto Médico Legal (IML). Essa ação é realizada pela Gerência de Informação em Saúde.

**Objetivo:** O estudo objetivou analisar os possíveis ganhos na qualidade da informação sobre mortalidade por causas externas e a conseqüente modificação do quadro epidemiológico gerado a partir da investigação desses óbitos.

**Atividades:** Foram analisadas 322 DOs de CE de mortes ocorridas em Cuiabá/MT, no ano de 2005. Após a seleção das Declarações de Óbitos (DOs) investigadas (187), essas foram classificadas em: 1) Causas externas mal definidas (CEMD): - Y10 a Y34;

2) Causas externas com diagnóstico incompleto (CEDI): acidentes de transporte (V87 a V99); demais acidentes (W19, W49, W64, W74, W84, W99, X09, X19, X29, X39, X49, X59); suicídios (X84) e homicídios (Y09). Após a classificação foram analisados os resultados em relação à melhora na qualidade da informação e da mudança no perfil epidemiológico pós-investigação.

**Resultados:** Cerca de 91% das DOs investigadas foram classificadas antes da investigação como Causas Externas Mal Definidas (Cemd) e 7,6% como Causas Externas com Diagnóstico Incompleto (Cedi). Para a maioria das 170 DOs por Cemd, as causas concentravam-se nas categorias: Y29 - contato com objeto contundente, intenção indeterminada (37,6%), Y24 - disparo de arma de fogo e de outra arma de fogo de maior calibre, intenção não determinada (30,0%) e Y34 - fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada (20,0%). Após a investigação, 91,5% foi classificada como Causas externas bem definidas (CEBD), 4,8% como Cedi e 3,7% permaneceram como Cemd. Esse fato revelou que houve redução importante das causas externas do tipo indefinido, mostrando que é possível a melhoria da informação após a investigação. Chama atenção ainda que a investigação possibilitasse a descoberta de causas externas que foram registradas, originalmente, como causas naturais. É significativa a mudança observada no quadro epidemiológico pós-investigação quando se compara com o quadro pré-investigação, evidenciando a importância que a investigação propiciou à identificação do tipo de causa externa, principalmente para homicídios, cuja relação entre o número de óbitos pós-investigação foi de 19,4 para cada óbito registrado, originalmente, por essa causa e suicídios. Nesses casos, a melhora na qualidade da informação é indefinida, haja vista que essa causa não foi identificada nas DOs originais. No quadro pós-investigação foram descobertos sete casos (vide tabela a seguir). As mortes por Cemd reduziram-se a sete do total original de 170 (vide figura a seguir). Os resultados desse trabalho mostram que é possível obter melhora apreciável na qualidade da informação sobre mortalidade por causas externas através da investigação da causa básica de óbito no IML. Foi evidenciado que proceder à investigação dos casos em que, pela DO, não foi possível saber se se tratava de morte acidental ou intencional, permitiu o estabelecimento do real panorama epidemiológico. A adoção, portanto, dessa metodologia, pela SMS/Cuiabá, possibilitou o aprimoramento das estatísticas de mortalidade por causas externas no município.

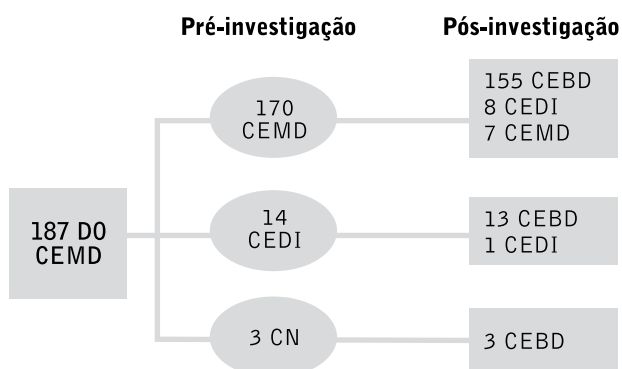
### Número de óbitos segundo causa básica pré e pós-investigação e a relação entre elas.

**Cuiabá, 2005.**

Causa básica	Pré-investigação	Pós-investigação	Relação
Acidente de transporte	5	46	9,20
Demais Acidentes	4	27	6,75
Suicídio	-	7	indefinido
Homicídio	5	97	19,40
CEMD	170	7	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>184</b>	<b>1,0</b>

### Classificação das Declarações de Óbitos por Causas Externas pré e pós investigação.

**Cuiabá, 2005.**



# CIDADANIA URGENTE: EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

## Universidade Federal de Mato Grosso

- Informações gerais

**Responsável:** Núcleo Interinstitucional de Estudos da Violência e Cidadania/NIEVCI

Naldson Ramos da Costa

naldsonramos@yahoo.com.br | (65) 3615 8033

**Recursos Financeiros:** Recurso do Ministério da Educação e Desporto/MEC e Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República/SEDH.

- Resumo

**Justificativa:** Os movimentos sociais e populares que irromperam na cena pública brasileira nos anos 70 e 80 foram atores importantes para a formação da cidadania e a conquista de novos direitos na Constituição de 1988. No entanto, após um período de vitalidade, esses movimentos passaram por um processo de desmobilização. Em Mato Grosso, as associações civis também enfrentam um processo semelhante. Algumas das mais importantes entidades de direitos humanos encontram-se desarticuladas.

Nesse contexto, o projeto *Cidadania Urgente: Educação em Direitos Humanos* foi financiado pelo MEC, em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), e planejado e executado pela equipe do Núcleo Interinstitucional de Estudos da Violência e Cidadania/NIEVCI.

**Objetivos:** a) Discutir a importância da “Educação em Direitos Humanos” para a formação de cidadãos críticos e politicamente engajados na construção de uma sociedade justa e democrática; b) debater com crianças e adolescentes os seus direitos; c) avaliar com os movimentos sociais, educadores e profissionais de segurança pública a importância da educação em direitos humanos como forma de fortalecer a educação e a cidadania; e) divulgar o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos e implantar o Comitê Estadual de Educação em Direitos Humanos em Mato Grosso.

**Atividades:** Realizado no período de junho de 2006 a julho de 2007, desenvolveu oficinas com estudantes em quatro escolas públicas; cursos de capacitação em direitos humanos com turmas formadas por profissionais da educação, segurança pública e militantes em direitos humanos; realização de audiências públicas sobre direitos humanos; realização do I Fórum Estadual de Direitos Humanos e implantação do Comitê Estadual Educação de Direitos Humanos em Mato Grosso.

## CREDIBILIDADE E VISIBILIDADE NO COMBATE À VIOLÊNCIA

### Secretaria de Promoção e Assistência Social

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas)

Eliacir Pedrosa da Silva

eliacirpedrosa@yahoo.com.br | (65) 3688-3084/3688-3078

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria Municipal de Assistência Social.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso do Ministério de Desenvolvimento Social e do Ministério da Saúde.

#### ▪ Resumo

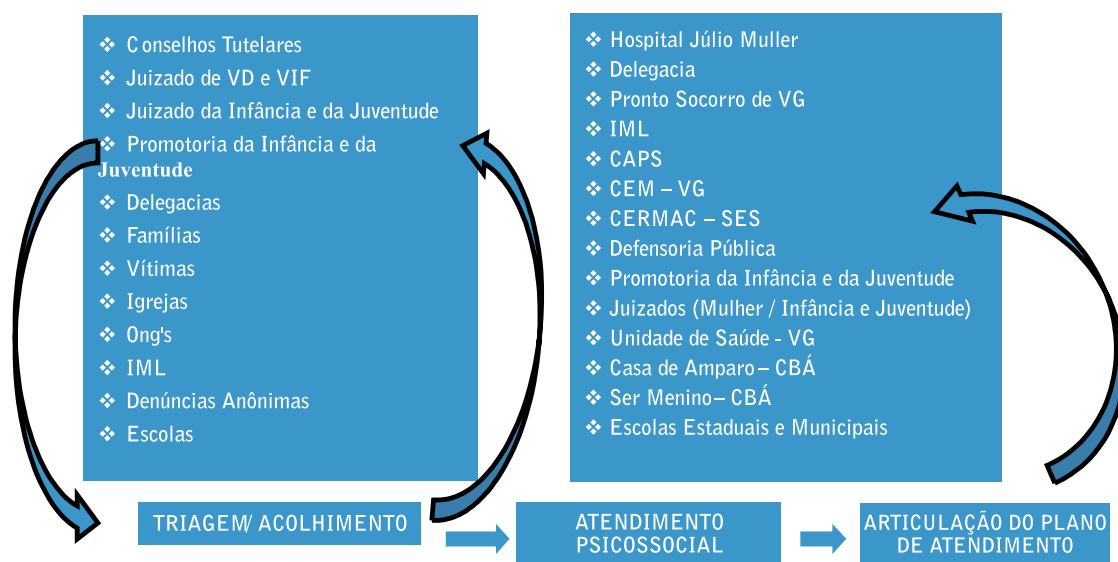
**Justificativa:** O resultado do mapeamento do alto índice de exploração sexual de crianças e adolescentes demonstrado pela pesquisa elaborada pela Secretaria de Direitos Humanos, em Brasília, levou a Prefeitura Municipal de Várzea Grande, através da Secretaria de Promoção e Assistência Social, a implantar o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) que resultou na parceria com a Secretaria de Estado de Saúde – projeto Rompendo Contra o Ciclo da Violência, com o objetivo de ofertar orientação e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados, mas sem rompimento de vínculos, inaugurado em novembro de 2005.

**Objetivos:** a) Oferecer orientações e apoio especializados e continuados de assistência social às mulheres, crianças e adolescentes e suas famílias; b) promover a inclusão social dos jovens que cumprem medida socioeducativa (egressos ou não do sistema de privação de liberdade).

**Atividades:** Atendimento psicossocial às vítimas de violência doméstica, de exploração sexual, de abuso sexual e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e prestação de serviço à comunidade, terapia de grupo, atendimento odontológico, oficinas arte-terapêuticas, cursos com pedraria, danças, aula de reforço escolar, acompanhamentos e encaminhamentos para diferentes articulações intersetoriais. Devido à quantidade de ações realizadas pela instituição, o Creas incentivou a articulação e o fortalecimento da rede de enfrentamento da violência, com a implantação do Espaço Mulher, do Espaço Rotativo e da Vara Especializada de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, sendo que a maioria das audiências é realizada somente após a juíza tomar ciência dos acompanhamentos e relatórios psicossociais elaborados pela equipe técnica do Creas, haja vista a riqueza de informações que contemplam o histórico da situação dos usuários envolvidos.

**Envolvimento Intersectorial:** Corregedoria-Geral da Justiça, Tribunal de Justiça

de Mato Grosso, Universidade e Polícia Militar de Várzea Grande; Secretarias de Estado de Educação e de Justiça e Centro de Educação Profissional em Artes e Ofícios (Abrassa). Além disso, o Creas articula os serviços de média complexidade e opera a referência e a contra-referência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas e demais instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos, no intuito de estruturar uma rede efetiva de proteção social.



**Resultados:** O Creas realizou de novembro de 2005 a novembro de 2007 um total de 6.935 atendimentos.

## EXPERIÊNCIA NO ENFRENTAMENTO DAS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM APIACÁS

Secretaria Municipal de Saúde de Apiaçás



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Atenção Básica – Saúde da Criança e do Adolescente

Priscilla de Lima Pinheiro

saudeapiacas@bol.com.br | (66) 3593-1105/3593-1610

**Parcerias:** Equipes de Saúde da Família e Rede Hospitalar; Secretarias Municipais de Assistência Social e Educação; municípios de Nova Monte Verde, Paranaíta, Nova Bandeirantes, Alta Floresta e Carlinda; Ministério Público.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 256.000,00 (duzentos e cinquenta e seis mil reais); recurso do projeto Petrobras Vivendo com Arte: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Considerado resquício de garimpo, o município de Apiaçás está localizado a 1.000 km de Cuiabá. Desenvolve desde 2001, o Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente, através do Programa Sentinela.

**Objetivo:** Aumentar os registros de denúncias de violência contra crianças e adolescente e ampliar o cuidado às crianças e adolescentes vitimizadas e em situação de vulnerabilidade pessoal e social em Apiaçás.

**Atividades:** Desenvolve desde 2001 o Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente, através do Programa Sentinela. Em 2004, o Programa passou a ser Centro de Referência: os dados de notificações processados desde 2001 serviram de base para o planejamento das ações de intensificação da busca ativa, mapeamento de pontos de prostituição, visitas domiciliares, oficinas temáticas, atendimentos psicológico e socioeducativo, além de campanhas de sensibilização. Em junho/2004

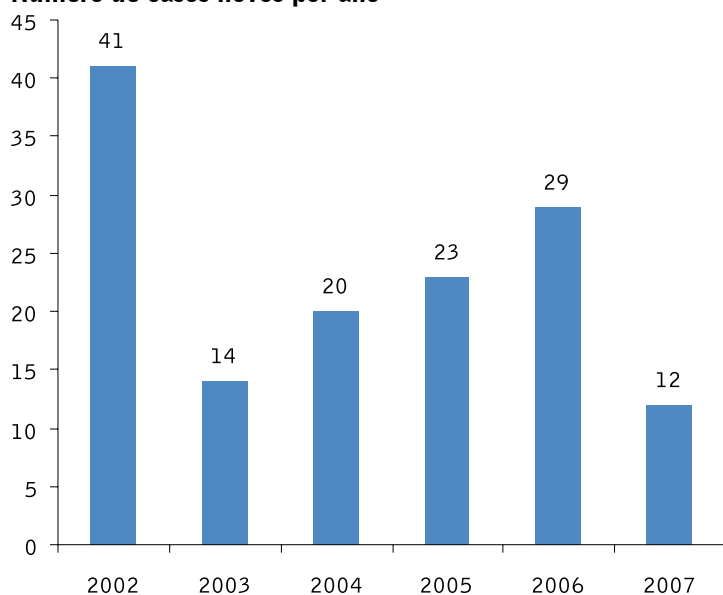


foi instituída a Comissão Regional de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e adolescentes do Nortão (Creaecan), composta por seis municípios limítrofes de Apicás, tendo como finalidade articular e fortalecer as ações no enfrentamento às violências na região.

**Envolvimento Intersetorial:** Conselho Tutelar, Conselhos Municipais, Ministério Público e/ou Juizado da Infância e Adolescência.

**Resultados:** Atualmente, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) atende 60 crianças e/ou adolescentes vítimas de violências: sexual, psicológica, física e negligência. Dessa forma, a organização do serviço e a intensificação das atividades de sensibilização à população sobre a temática favoreceram o aumento nos registros de denúncias. Amplia-se, assim, o cuidado às crianças e adolescentes vitimizadas e em situação de vulnerabilidade pessoal e social em Apicás, bem como o acolhimento de suas famílias que, por meio de acompanhamento psicológico, social e educativo alcançam resultados significativos na minimização do sofrimento emocional causado aos envolvidos.

**Numero de casos novos por ano**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Apicás/MT

## EXPERIÊNCIAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO FRENTE AO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA

### Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso

#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

gtdants@ses.mt.gov.br | (65) 3613-5380

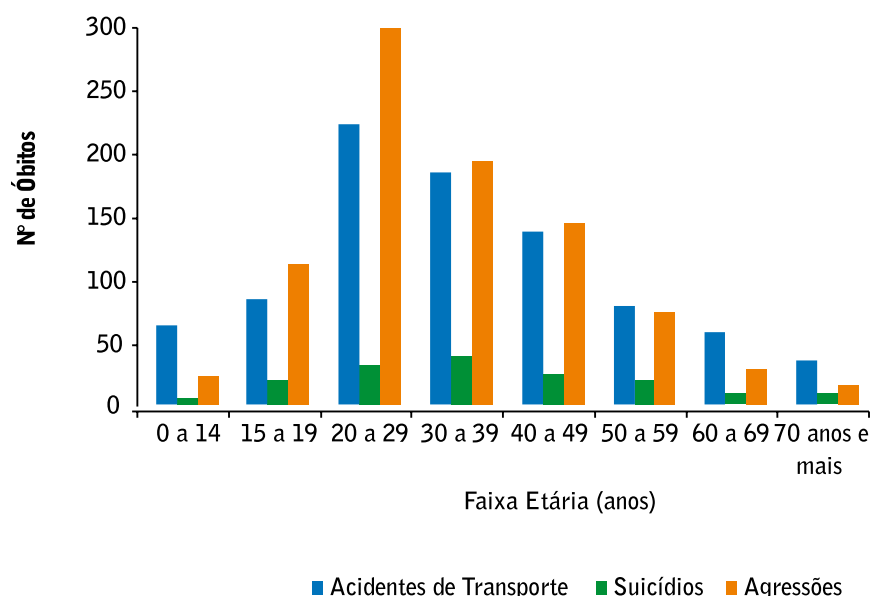
**Parceria:** Não informado.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais); recurso federal: R\$ 100.000,00 (cem mil reais) do Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde e R\$100.000,00 (cem mil reais) da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** O estado de Mato Grosso, com uma população estimada em 2.854.642 habitantes em 2007 (IBGE), tem os fatores externos como segunda causa de óbito. Em 2005, foram 12.911 óbitos por esta causa no estado, ficando atrás apenas dos óbitos por doenças do aparelho circulatório. As agressões prevaleceram nos índices de mortalidade, especialmente no segmento da população jovem. Somente em 2005, as causas externas foram responsáveis por mais de 70% dos óbitos da juventude, sendo as agressões responsáveis por 40% delas. Considerando a afirmação do Ministério da Saúde de que, para cada morte por causa externa, 6,2 vítimas são internadas no SUS, as cifras ganham repercussões significativas. Conforme a figura a seguir, as três primeiras causas de mortes, por fatores externos, em Mato Grosso, em 2005, foram decorrentes da violência interpessoal, da praticada no trânsito e da auto-infligida.

**Número de Óbitos pelas três primeiras Causas Externas: Agressões, Acidentes de Transportes e Suicídios, segundo faixa etária, MT, 2005.**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Em Mato Grosso, os números registrados nas delegacias sobre violência contra o sexo feminino em 2006, chegaram a 13.637, com 66 homicídios distribuídos segundo coeficiente por 100.000 habitantes, nas regionais de saúde do estado.

Esses números representam apenas a face visível da violência. O impacto maior está nos índices invisíveis desse fenômeno. São imensuráveis os custos com a reabilitação, as internações, as doenças psicossomáticas decorrentes de traumas advindos das violências física, psicológica, sexual e ainda da negligência e abandono.

**Objetivo:** Implementar as ações de prevenção, assistência e vigilância às situações de violência, visando à qualificação das ações, a redução da morbimortalidade por causas externas e a promoção da cultura de paz.

**Atividades:** Considerando a urgente necessidade de respostas efetivas do setor saúde, frente às questões complexas desse fenômeno, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso vem realizando ações estratégicas desde 2003, por meio de um convênio com o Ministério da Saúde, que possibilitou a contribuição com dois municípios para a implantação de serviços de referência no atendimento às pessoas vitimizadas por violência. Foram realizadas capacitações específicas para o atendimento, e seminários envolvendo diferentes setores. A partir de 2004, iniciou-se a articulação com as diversas instituições, para a organização da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Doméstica, hoje com o Protocolo de Intenções assinado pelos gestores estaduais e municipais, incluindo Cuiabá e Várzea Grande, e com o Termo de Cooperação Técnica entre as instituições, em processo de finalização. A partir de 2006, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) aderiu ao processo de implantação do sistema de informação

sobre violências e acidentes, proposto pelo Ministério da Saúde.

Buscando fortalecer as ações, em 2007 a SES criou, Portaria n. 122, a "Comissão Estadual para a Organização da Rede SUS de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual e Doméstica", envolvendo diversos setores. E também implantou o "Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção à Saúde". Com estas iniciativas, foi possível identificar 11 municípios com potencial para instituir as Referências de Atendimento, o que já se encontra em processo de efetivação, e deverá ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2008.

No Plano de Trabalho Anual (PTA) de 2008 está programada a continuidade dos trabalhos junto aos 11 municípios priorizados na organização das "redes intersetoriais", na capacitação para a prevenção e assistência, e a expansão da implantação da Ficha de Notificação nos municípios do estado.

Desta forma, a SES/MT firma seu compromisso rumo à consolidação de uma Política de Saúde no estado, que dê respostas efetivas frente ao complexo fenômeno da violência e de suas devastadoras conseqüências, minimizando seu impacto e proporcionando maior qualidade de vida às pessoas.

Referências: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/2007; Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/2005; Secretaria de Justiça e Segurança Pública (Sejusp)/2006 e Relatório sobre Saúde e Violência, da Organização Mundial da Saúde/2002.

# GRUPOS COM HOMENS: UMA POSSIBILIDADE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Universidade Federal de Mato Grosso e Tribunal de Justiça de Mato Grosso

- **Informações gerais**

**Responsáveis:** Juizado Especial Criminal Unificado de Cuiabá/Núcleo Psicossocial Forense

Vera Lúcia Bertoline

verabert@terra.com.br | (65) 3627-6588

**Parcerias:** Tribunal de Justiça; Juizado Especial Criminal.

**Recursos Financeiros:** Recursos do Tribunal de Justiça.

- **Resumo**

**Justificativa:** A violência de gênero é um fenômeno histórico e manifesta-se na maior parte das vezes no espaço doméstico. Até setembro de 2006, período anterior à Lei 11.340/06, a maior parte das situações envolvendo violência doméstica era regida pela Lei 9.099/95 que criou os Juizados Especiais Criminais e legisla sobre os chamados “crimes de menor potencial ofensivo”, nos quais se inseriam a ameaça, a lesão corporal leve e os de vias de fato. Em Cuiabá, a equipe de estágio de estudantes de Serviço Social da Universidade Federal de Mato Grosso, orientada pela prof<sup>a</sup>. Vera L. Bertoline, inserida no Núcleo Psicossocial Forense do Juizado Especial Criminal de Cuiabá, implementou o Projeto de Grupos com Homens envolvidos em Violência Doméstica.

**Objetivo:** a) Proporcionar um espaço democrático de fala aos homens; b) gerar reflexões sobre a construção social da violência e, principalmente, a violência de gênero; c) pensar sobre a prática da violência, as diferenças entre os gêneros e o modelo de sociedade no qual estamos inseridos e informar sobre os mecanismos legais que envolvem a questão da violência, bem como sobre as leis pelas quais aqueles homens estavam sendo punidos.

**Atividades:** Grupos com no máximo 20 homens que se reuniam uma vez por mês durante seis meses e com a obrigatoriedade de participação em, no mínimo, 4 reuniões.

**Resultados:** Foram realizados oito grupos atendendo 140 homens. Não existem pesquisas sobre os resultados efetivos das reuniões com os grupos. No entanto, a maior parte daqueles homens que participaram mostrou-se interessada nessa dinâmica que garantiu a oportunidade de fala sobre dúvidas, anseios e, principalmente, a indignação com todo o sofrimento vivenciado, além de repensar as práticas de violência doméstica e de gênero.

**Conclusão:** Não é possível desenvolver qualquer ação para modificar a complexa relação entre os gêneros estudando e/ou intervindo apenas junto às mulheres. Isso implica equívoco, por se desconsiderar a dialética presente nas desigualdades de gênero. Há necessidade de se ter envolvidos homens e mulheres nessa discussão.

## NÚCLEO DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CANARANA

### Secretaria Municipal de Saúde de Canarana

#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Coordenação de Vigilância em Saúde

Susana Sandim Borges, Josiane Oliveira Machado Pörsch e Diogo do Araguaia Vasconcelos.

sandimborges@ibest.com.br | (66) 3478-1666

**Parcerias:** Secretarias Municipais de Educação, Promoção Social e Segurança Pública.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais); recurso federal: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** No contexto de municípios brasileiros violentos, Canarana apresenta-se com índices alarmantes. Desde 2004, a variável "causas externas" tem a maior incidência de óbitos municipais. Essa situação produz impacto contínuo e contundente nas áreas da justiça, economia, segurança pública e saúde.

**Objetivo:** a) Estruturação e implantação do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde; b) redução de violências relacionadas às agressões, homicídios e acidentes de trânsito e divulgação; c) sensibilização da comunidade para habituar-se a uma cultura de paz, valorizando hábitos regionais e espaços públicos saudáveis.

**Atividades:** O Núcleo busca estabelecer sistemas de informações e análises da morbimortalidade por acidentes e violências, além de organizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de violência sexual e acidentes de trabalho. Pretende realizar oficinas nos bairros para um diagnóstico bem definido sobre o papel do cidadão contra a violência.

**Envolvimento Intersectorial:** O Núcleo vem trabalhando por meio de um grupo multiprofissional e integrado com prefeitura, sociedade civil, promoção social, educadores, segurança pública e profissionais da saúde.

**Resultados Esperados:** Implantação do Protocolo de Atendimento às pessoas vítimas de violência sexual; definição da Rede de atendimento às pessoas vítimas de violência sexual dentro do Serviço Municipal de Saúde.

**Metas para 2008:** Promover capacitação de técnica; adesão de Canarana ao Projeto de Vigilância dos Agravos e Violências (Viva); implantar educação permanente no trânsito; envolver a Estratégia de Saúde da Família na prevenção contra a violência e promoção da saúde; implantar a ficha de investigação sobre acidentes e violências em Canarana e realizar um Fórum Regional sobre as Dants.

### Número e percentual de óbitos registrados em Canarana, 2007

<b>Causas</b>	<b>Números de Óbitos</b>	<b>Número Relativo %</b>
Causas externas acidentais ou violentas	20	30
Doenças relacionadas ao aparelho circulatório	15	23
Doenças relacionadas ao aparelho respiratório	05	8
Neoplasias	03	4,5
Causas indeterminadas	03	4,5
Outras Causas definidas	18	27
Causas Ignoradas	02	3
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Fonte: SIM - Secretaria Municipal de Saúde de Canarana

### Registro das Principais Ocorrências Criminalidade em Canarana, 2007

<b>Crimes</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>Número Relativo %</b>
Homicídios	5	2
Lesão Corporal	21	7
Estupro	2	0,7
Roubos	6	2
Furtos	213	72
Atos infracionais contra a criança e o adolescente	1	0,3
Crimes contra o meio ambiente	36	12
Outros Crimes	12	4
<b>Total</b>	<b>296</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatórios SJM/2007

## PROJETO REDE CIDADÃ – INTEGRAÇÃO, INCLUSÃO E CIDADANIA

Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública



### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Gabinete do Secretário de Justiça e Segurança Pública/Polícia Militar  
Júlio Martins de Carvalho

julio-carvalho@seguranca.mt.gov.br; martinscmtpm@yahoo.com.br | (65) 3653-8476

**Parcerias:** Secretarias de Estado de Educação, Saúde, Trabalho Emprego e Cidadania, Esporte e Lazer e Cultura; municípios de Cuiabá e Várzea Grande; Tribunal de Justiça/Ministério Público e Defensoria Pública.

**Recursos Financeiros:** Recursos da Secretaria de Justiça e Segurança Pública: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) para aquisição de materiais de consumo e permanente; recursos da Secretaria de Educação: R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) para contratação de recursos humanos.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O *Projeto Rede Cidadã* é um projeto social que visa a reduzir a violência e a criminalidade pela prevenção; é destinado a crianças, adolescentes, jovens e famílias em situação de risco infracional e vulnerabilidade social que, por meio das atividades e ações desenvolvidas, podem receber oportunidades e condições de fazer novas escolhas na forma de conduzir a sua vida.

**Objetivo:** a) Alcançar a redução significativa no índice da criminalidade e no envolvimento de menores com tráfico/uso de drogas; b) chamar a atenção e conscientizar pais, comunidade e sociedade civil organizada quanto às suas responsabilidades na pro-



moção da segurança pública; c) resgatar a conduta cidadã; d) proporcionar uma atmosfera de prevenção criminal e resgatar, por meio de ações integradas e pró-ativas, crianças e adolescentes vulneráveis aos riscos infracionais.

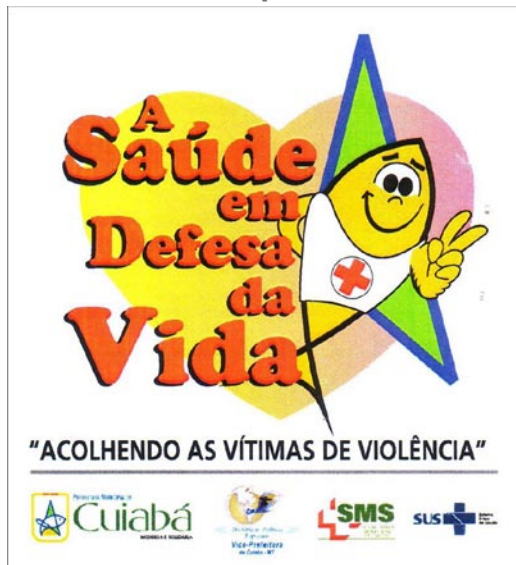
**Atividades:** As atividades estão centradas em reuniões com a comunidade, rodas de conversa com os menores, visitas domiciliares pela equipe psicossocial do Projeto, inserção de atividades esportivas na comunidade em diversas modalidades (basquete, handebol, vôlei, futsal, futebol de campo, capoeira, etc.) instruídas por profissionais formados na área; atividades culturais (aulas de dança e música) e capacitação profissional (informática, cursos de serigrafia, pintura em tela, corte e penteado, artesanato, e outros).

**Envolvimento Intersetorial:** Para a efetiva execução do que se propõe o projeto estão envolvidos: governador do estado de MT, procurador-geral de Justiça, presidente do TJ, defensor público-geral do estado, secretário de Justiça e Segurança Pública, Secretarias de Educação, de Cultura, de Trabalho – Emprego – Cidadania e Assistência Social, de Saúde, de Esporte e Lazer, Polícia Militar e Polícia Judiciária Civil.

**Resultados:** O *Rede Cidadã* iniciou suas ações em 20 de janeiro de 2005 com tempo indeterminado para execução. Já realizou 723 atividades técnicas e atingiu 8.802 (oito mil oitocentas e duas) pessoas entre crianças, jovens, adolescentes e adultos que participaram efetivamente das ações executadas através do Projeto.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ROMPENDO O CICLO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Diretoria de Atenção Básica/Coordenadoria de Ações Básicas

Alda Elizabeth B. Iglesias Azevedo

asplansms@yahoo.com.br | (65) 3051-9527/3051-9536

**Parcerias:** Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde; Assessoria de Planejamento e Gestão; Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Coordenadoria de Atenção Básica; Coordenadoria de Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde.

**Recursos Financeiros:** Não Informado.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Cresce o número de crianças, adolescentes, mulheres e idosos que chegam à rede pública de saúde e às clínicas particulares como vítimas de maus-tratos, de abusos físicos, sexuais e psicológicos ou de abandono e negligência. Como medidas iniciais para o atendimento de proteção às vítimas de violência e de apoio à suas famílias, a SMS elaborou o manual de normas e rotinas e propôs qualificação para os profissionais das Equipes de Saúde da Família visando a apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos.

**Objetivos:** a) Buscar o rompimento do ciclo de violência contra crianças, adolescentes e mulheres no município de Cuiabá, de forma humanizada, com acolhimento e atendimento por profissionais capacitados dentro dos princípios éticos e previstos em leis; b) reduzir os agravos ao desenvolvimento físico, mental da criança e adolescente em

situação de violência, prevenindo a revitimização e fortalecendo as equipes de saúde da família através da instrumentalização dos profissionais para a busca ativa de situações que violem a integridade humana; c) mapear locais e serviços que possibilitem equacionar as demandas identificadas, estabelecendo articulações.

**Atividades:** A primeira etapa realizada no período de junho a outubro/2007 foi a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e conselheiros tutelares; a avaliação do curso revelou, além da relevância do conhecimento aprofundado do tema para o trabalho cotidiano, as possibilidades de interação com outros atores e instituições. Foi possível também mapear as áreas onde os ACS atuam identificando parceiros. O projeto segue com a qualificação de outros profissionais que atuam direta ou indiretamente com essa população.

**Envolvimento Intersetorial:** Conselhos Tutelares; Hospital Universitário Júlio Müller; Conselhos de Direitos da Mulher; Conselhos de Direitos do Idoso; Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e Comissão de Direitos Humanos da OAB.

**Resultados:** Guia prático para o diagnóstico, conduta e prevenção da violência domiciliar contra crianças, adolescentes e mulheres para os profissionais de saúde do município de Cuiabá e 350 ACS capacitados.

**Resultados Esperados:** Construção da Rede de Proteção e Atendimento às Vítimas de Violência, estabelecidos como fundamentais os procedimentos de identificação e controle de situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação com outros serviços/organizações.

## 5. MATO GROSSO DO SUL

### CONFERÊNCIA ESTADUAL: SUPERAÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul



#### ▪ Informações Gerais

**Responsável:** Vigilância de Acidentes e Violências

Susana Martins

dantsms@yahoo.com.br | (67) 3318-1751

**Parcerias:** Ordem dos Advogados do Brasil; Secretaria de Segurança do estado; Universidade Federal de Mato Grosso; Assembléia Legislativa; Câmara Municipal; Secretaria de Governo.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recursos da OAB; doações.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), seccional Mato Grosso do Sul, iniciou um movimento denominado MS contra a violência, um projeto que tem por objetivo mobilizar a sociedade sul-mato-grossense para combater a banalização da violência e da impunidade e, principalmente, em favor da paz, fomentando uma cultura de harmonia e convivência respeitosa entre os cidadãos, apesar da diversidade étnica e cultural.

A Secretaria de Estado de Saúde se uniu ao movimento junto com outras instituições governamentais para a elaboração de uma Conferência Estadual sobre: "Superação da Violência e Promoção da Cultura da Paz".

**Objetivos:** a) Produzir diretrizes norteadoras das políticas públicas visando ao combate da violência no território sul-mato-grossense; b) construir uma agenda comum entre governo e sociedade visando à execução de ações práticas de curto e médio prazo para o enfrentamento da violência; c) subsidiar as autoridades competentes no desenvolvimento de ações de caráter preventivo, controle e responsabilização, bem como instituição de uma Comissão, de composição plural e paritária, responsável pela articulação, mobilização e monitoramento.

**Atividades:** A Conferência contou, em sua programação, com painéis abordando os temas de Panorama Legal, Políticas e Ações de Segurança – Políticas Sociais, Controle Social. Ainda: grupos temáticos e uma plenária com apresentação do Plano MS contra a Violência, e entrega de documento às autoridades visando à assinatura de um Protocolo Coletivo de Cooperação – Executivo, Legislativo, Judiciário, Iniciativa Privada, Conselhos e ONGs. A metodologia utilizada possibilitou a reflexão sobre a violência enquanto fenômeno social, complexo e de difícil enfrentamento, inserido num contexto histórico-social de violência endêmica com profundas raízes culturais.

**Envolvimento Intersetorial:** A Conferência foi dirigida para a participação de representantes de todos os segmentos de todo o estado, incluindo-se entidades civis, órgãos governamentais e representantes de base. Na Conferência foram constituídos os seguintes grupos de trabalho: 1) Diagnóstico: Pesquisadores, profissionais que atuam em instâncias de controle, redes de informação e banco de dados; 2) Justiça e Segurança: Magistrados, promotores, defensores, policiais, legisladores; 3) prevenção/atendimento: Médicos, educadores, psicólogos, assistentes sociais, agentes sociais; 4) mobilização e articulação: Conselheiros de políticas públicas, militantes de fóruns, comitês, movimentos, associações, profissionais jornalistas e comunicólogos; 5) protagonismo: Organizações não-governamentais, grêmios, conselhos de segurança comunitária, associações de moradores.

**Resultados:** A Conferência culminou com a apresentação do Plano MS contra a Violência e entrega do documento pelo presidente da OAB, dr. Fábio Trad, às autoridades com a assinatura de um Protocolo Coletivo de Cooperação – Executivo, Legislativo, Judiciário; a elaboração da **matriz de acompanhamento do plano operativo**. Nos grupos temáticos, foram tirados até oito problemas por eixo e duas atividades de intervenção por problema; a eleição da comissão de acompanhamento do plano (20 membros); a definição de reuniões ordinárias para discussão e acompanhamento do plano com prazo de execução de um ano.

## IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS EM UNIDADES SENTINELAS

### Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande

#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde/Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

Sueli Mendes Nogueira

npv.sesau@pmcg.ms.gov.br; sueli\_mendesnogueira@hotmail.com

(67) 3314-3057/3314-3060

**Parcerias:** Ministério da Saúde.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso do Ministério da Saúde. Valor total anual: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) – de 2005 a 2007.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Campo Grande/MS, cuja população é de 780.593 habitantes, tem como uma das principais causas de óbitos aquelas decorrentes das causas externas. Os acidentes e as violências representam, nesse município, um grave problema de saúde pública, respondendo pela 3<sup>a</sup> (terceira) causa de óbito, acompanhando a tendência dos grandes centros urbanos nacionais. Em 2007, as faixas etárias de maior risco de morte foram > de 10 a 49 anos para ambos os sexos, e > de 15 a 39 anos para o sexo masculino. Nessas faixas etárias as causas externas respondem, nesse município, pela 1<sup>a</sup> causa de óbito.

A mortalidade proporcional por causas externas representou 13,15% do total de óbitos ocorridos em 2006. Desse total, as agressões responderam por 34,72% e as lesões autoprovocadas/suicídio responderam por 7,94%. A violência doméstica e sexual, embora ainda subnotificada, tem demonstrado significativo impacto no processo de adoecimento e perda de qualidade de vida da população, apresentando tendência e maior risco para grupos de crianças e adolescentes, mulheres e idosos.

**Objetivos:** a) Implantar a Vigilância das Violências na Rede Municipal de Saúde Pública de Campo Grande/MS; b) conhecer o perfil epidemiológico local; c) capacitar os profissionais para notificação das violências; c) propor formas de intervenção visando à prevenção e/ou redução das violências, a partir da análise dos dados.

**Atividades:** A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, frente à análise desse perfil epidemiológico, implantou diversas ações com o objetivo de conhecer melhor a magnitude das violências, melhorar os atendimentos e buscar estratégias para prevenir esses agravos. Em novembro de 2004 implantou a vigilância das violências com a criação do Núcleo de Prevenção das Violências e Acidentes e da Rede de Atenção Integral à Saú-

de das Mulheres, Adolescentes e Crianças em situação ou risco de Violência Doméstica e Sexual. Para a implantação da ficha de notificação das violências teve início uma programação de capacitação permanente para os profissionais de saúde para a identificação dos sinais e sintomas das violências doméstica e sexual, reflexão sobre o perfil epidemiológico, importância do acolhimento e orientações aos usuários, aspectos legais, portarias, protocolos, fluxos e treinamento para o preenchimento da ficha de notificação.

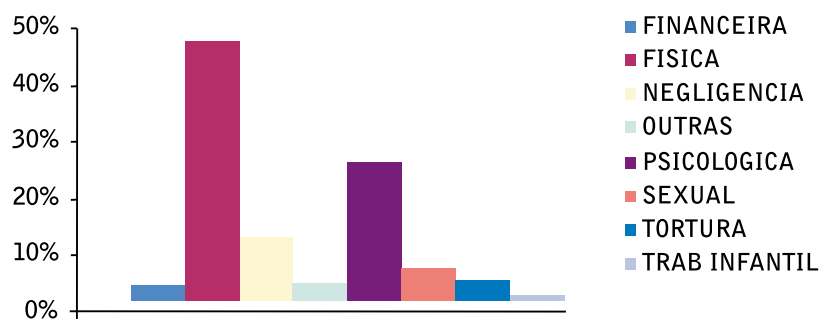
Foram realizados fórum, seminários e oficinas com a participação de profissionais da Secretaria de Educação, Assistência Social, Conselhos Tutelares, Delegacias Especializadas, Coordenadoria da Mulher, entre outros, visando à articulação e ao fortalecimento das ações intersetoriais.

Em setembro de 2006 foram implantadas a vigilância contínua das violências em nove Centros Regionais de Saúde (24h) e a vigilância dos acidentes e violências (inquérito anual) em uma unidade hospitalar (Santa Casa). Em março de 2007 houve expansão da vigilância para os centros de saúde de referência: rede de Caps, Hospital da Mulher, Centro de Atendimento à Mulher, Centro de atendimento ao Escolar e Centro Especializado em Doenças Infecto – Parasitárias, e em julho a notificação foi implantada em todas as unidades básicas de saúde, UBS, e unidades básicas de saúde da família, UBSF, e em duas policlínicas odontológicas, totalizando 72 unidades notificadoras. A digitação das fichas no aplicativo *Viva* ocorre de forma descentralizada, por meio dos distritos sanitários de saúde, com apoio técnico e acompanhamento da Gerência Técnica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dants) e do Núcleo de Prevenção das Violências.

**Envolvimento Intersectorial:** os setores envolvidos na implantação foram a Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde, por meio da área técnica das Dants e do Núcleo de Prevenção das Violências, com a colaboração da Coordenadoria-Geral de Assistência à Saúde, por intermédio da área técnica dos programas de saúde.

**Resultados:** Melhora na qualidade da informação. De setembro/2006 a setembro de 2007 foram realizadas 2.073 notificações de casos de violência atendidos, sendo 517 do sexo masculino, 639 do sexo feminino e 3 ignorados; melhoria nos serviços de atenção com o aumento de profissionais e a criação do serviço especializado no atendimento do *stress* pós-traumático decorrente das violências – **Caps Pós-Trauma** – e fortalecimento das ações intersetoriais por meio da construção de um Plano Municipal de Prevenção dos Acidentes e das Violências cujos objetivos são: melhorar os atendimentos da rede, desenvolver o potencial preventivo, de promoção da saúde e da cultura de paz inerente às diversas instituições, comunidade, na família e no próprio indivíduo.

**Notificação de Casos de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências,  
Segundo Tipo de Violência, no Período de setembro de 2006 a dezembro de 2007,  
Campo Grande – MS.**



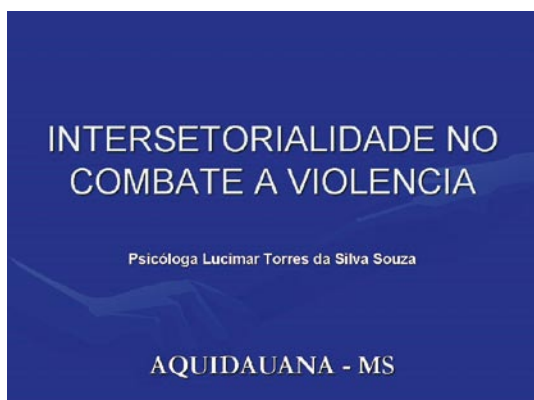
Fonte: DANT''s/NPV/CGVS/Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS

\* Incluindo ( 3,40 %) de casos que não se aplicam



# INTERSETORIALIDADE NO COMBATE À VIOLÊNCIA

Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Aquidauana



## ▪ Informações gerais

**Responsável:** Lucimar Torres da Silva Souza

luci-mar-torres@hotmail | (67) 3241-5202

**Parcerias:** Secretaria Municipal de Assistência Social e de Saúde e Saneamento; Secretaria de Saúde e de Saneamento; Ministério Público; Delegacia da Mulher; Polícias Civil e Militar; Conselho Tutelar e Secretaria de Promoção Social.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal do Creas – Sentinela.

## ▪ Resumo

**Justificativa:** a violência contra crianças e adolescentes tem sido combatida através de serviços de prevenção, informações, busca ativa e apoio especializado e continuado. Ações intersetoriais no município vêm sendo realizadas através das Secretarias de Ação Social, Saúde e Saneamento.

**Objetivo:** preservar os direitos das crianças e dos adolescentes e o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio das ações de orientações, proteção e acompanhamento individual e em grupo, às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de risco ou violação de direitos.

**Atividades:** o Creas – Sentinela, vinculado à Secretaria de Ação Social teve início no ano de 2006, como um centro de referência especializada de assistência social, constituindo-se em uma unidade estatal, que oferta orientações e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados. Realiza triagem social, mapeamento das regiões para identificação de casos de violência, estudos de casos, visitas domiciliares e fornecimento de laudos e pareceres. A intersectoriedade com a saúde na busca da assistência integral a crianças e adolescentes vitimados por violência acontece quando são encaminhados ao Centro Regional de Assistência Especializada (Craes) em DST/HIV/Aids, para avaliação e cuidados médicos, bem como dispensação de medicamentos.

Também é realizado um conjunto de ações preventivas, com a distribuição de panfletos, cartazes e faixas educativas.

**Envolvimento intersetorial:** Secretaria Municipal de Assistência Social e de Saúde e Saneamento, Ministério Público, Delegacia da Mulher, Polícias Civil e Militar, Conselho Tutelar e Secretaria de Promoção Social.

**Resultados:** Atendimento em média a 50 crianças de 0 a 12 anos e adolescentes de 12 a 18 anos, vitimados pelo abuso e exploração sexual, bem como todos os tipos de violência física, psicológica, abandono, negligência e maus-tratos.

## REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

**Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher**  
**Governo de Mato Grosso do Sul**



- **Informações gerais**

**Responsável:** Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher

Carla Charbel Stephanini Rocha

ceppm@net.ms.gov.br | (67) 3318-1081

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande; Hospital Regional; Polícia Civil; Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher; Coordenadoria-Geral de Perícias; Polícia Militar; Bombeiro Militar; Defensoria Pública-Geral/Defensoria Pública da Mulher; Centro de Atendimento à Mulher/SOS Mulher; Casa Abrigo para Mulheres em Risco de Vida; Vara Especializada em Violência Doméstica e Familiar; 47ª Promotoria de Justiça; e 48ª Promotoria de Justiça.

**Recursos Financeiros:** Não informado.

- **Resumo**

**Justificativa:** A Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi criada em março de 2003 e reestruturada em 2007, para adequar-se à nova legislação (Lei Maria da Penha) e ampliar sua abrangência (estadual).

**Objetivos:** Normatizar, padronizar e orientar para o atendimento imediato e prioritário às mulheres vítimas de violência, bem como exigir das autoridades e serviços envolvidos no atendimento imediato aos crimes de violência sexual, doméstica e familiar, cuidados especiais e atendimento prioritário às vítimas, cumprindo procedimentos legais estabelecidos.

Os órgãos de execução direta da Rede são: Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Hospital Regional, Polícia Civil, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, Coordenadoria-Geral de Perícias, Polícia Militar, Bombeiro Militar, Defensoria Pública-Geral/Defensoria Pública da Mulher, Centro de Atendimento à Mulher/SOS Mulher, Casa Abrigo para Mulheres em Risco de Vida, Vara Especializada em Violência Doméstica e Familiar, 47ª Promotoria de Justiça e 48ª Promotoria de Justiça. A coordenação da Rede é feita pela Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher/MS e a fiscalização, pelo Conselho Estadual dos Direitos da Mulher.

**Princípios da Rede:** Reconhecimento de que o outro existe e é importante; colaboração, associação, cooperação, autonomia e compartilhamento (de valores, objetivo e poderes); vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização formados por laços institucionais ou também por relações interpessoais.

**Atividades:** As atividades estão descritas de acordo com o órgão executor: Polícia Militar, Polícia Civil e Delegacia de Atendimento à Mulher (Deam): fazer policiamento ostensivo, preservação do local de crime, tomar as providências adequadas, atendimento imediato à vítima e seu encaminhamento ao IML. Corpo de Bombeiros Militar: apoiar o deslocamento da vítima e acionar as Polícias Militar e Civil. Coordenadoria de Perícias: realizar perícia no local e lavratura do exame de corpo de delito. Instituto Médico Odontológico Legal (IML): fazer exame de corpo de delito, priorizar o atendimento à mulher em situação de violência e orientá-la sobre os procedimentos posteriores. Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde: manter no Hospital Regional e nos Centros Regionais de Saúde (24h) os medicamentos de anticoncepção de emergência e de prevenção às DST/Aids, capacitação dos funcionários quanto aos procedimentos da Rede. Centro de atendimento à mulher em situação de violência "Cuña Mbaretê": orientação sobre serviços, acompanhamento psicológico e social e encaminhamento à Defensoria Pública da Mulher em situação de violência. Defensoria Pública da Mulher: assistência judicial e extrajudicial. São trimestrais as reuniões da Rede, nas quais é possível discutir questões relativas ao funcionamento dos serviços, trocar experiências e propor novos procedimentos necessários para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres vítimas de violência.

## SAÚDE E CIDADANIA

### Secretaria Municipal de Saúde de Sonora

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Gerência Municipal de Saúde

Fabiana Cândida Moraes

pmssaude@yahoo.com.br

**Telefones:** (67) 3254-2027/2850

**Parcerias:** Secretaria Municipal da Assistência Social.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 3.000,00 (três mil reais); recurso federal: material educativo; doações diversas. Valor total anual: R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** *Saúde e Cidadania* é uma iniciativa da psicóloga responsável pelo trabalho, que procura contribuir na melhoria da qualidade de vida das mulheres detentas no município, oriundas de lugares diversificados, apresentando características pessoais diferentes, com auto-estima fragilizada, *stress*, em função dos limites do cárcere, provocando, assim, conflitos considerados graves entre elas e, na abstinência de drogas, até a possibilidade de suicídio.

**Objetivos:** a) Promover a autovalorização, como desenvolvimento pessoal e social, para a expressão de questões pessoais na condução da autonomia, quebrando e impedindo que os rótulos se tornem permanentes; b) resgatar a valorização da mulher e sua auto-estima, procurando romper o ciclo da violência, buscando novas saídas para as dificuldades inerentes à situação em que vivem acreditando no desenvolvimento da saúde e da cidadania.

**Atividades:** Encontros realizados uma vez por semana, dentro da Delegacia Municipal, nos quais são abordados identidade, integração, comunicação, convivência em grupo, sexualidade, cidadania, projeto de vida. Dinâmicas realizadas: Leituras (revistas, jornais, livros didáticos, romances); informação sobre os direitos (desenvolvimento da cidadania); elaboração de carta ao defensor público; contato com familiares; campanhas DST/Aids; campanhas antidrogas; campanha de vacinação; atendimento médico; acompanhamento às audiências; artesanato com barbantes e linhas (tapetes, bonés bordados, chapéus de linha e bijuterias, sem o uso de tesouras).

**Envolvimento Intersetorial:** O envolvimento da Gerência de Ação social se dá por meio da entrega de material específico do artesanato em barbante realizado pelas detentas, posteriormente exposto na recepção da Prefeitura Municipal, do Posto de Saúde Central e, futuramente, do Banco do Brasil. Já a Gerência de Saúde fica com a responsabilidade de disponibilizar profissionais, tais como: médicos, psicóloga, enfermeira,

vigilância epidemiológica, entre outros.

**Resultados:** Melhoria no relacionamento entre as mulheres; maior motivação em aguardar a sentença, busca de remissão de pena, albergue; melhoria no relacionamento com os homens presos; diminuição das queixas em relação ao relacionamento hostil vindo de alguns membros da equipe da Unidade Mista de Segurança e adesão de uma presa ao grupo/trabalho que durante nove encontros apresentou resistência na aproximação.

# SUICÍDIO EM MATO GROSSO DO SUL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ANOS 1984, 1994 e 2004

Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul

## ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Superintendência de Atenção à Saúde

Adriana Tobal e Dilma Castro Costa

sdmental@saude.ms.gov.br | (67) 3318-1738

**Parceiros:** Gerencia Estadual de Saúde Mental; Maria Aparecida da Silva/Consultora da OMS.

**Recursos Financeiros:** Não informado.

## ▪ Resumo

**Justificativa:** o suicídio vem assumindo no Brasil um papel relevante e despertando o interesse de várias áreas do conhecimento.

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo descrever o comportamento epidemiológico do suicídio em Mato Grosso do Sul, visando contribuir para uma melhor organização dos serviços básicos de saúde.

**Metodologia:** Utilizaram-se dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/Datasus) para os anos 1984, 1994 e 2004, tendo por base a CID-9 e a CID-10. Para o cálculo das taxas de mortalidade foram utilizados dados populacionais estimados pelo IBGE.

Observa-se que, entre 1984 e 2004, os coeficientes de mortalidade geral no Brasil e em Mato Grosso do Sul apresentaram comportamentos distintos: enquanto o país registrou um decréscimo de 8,9%, para o estado observou-se um aumento de 10,2%. Com relação à taxa de mortalidade por suicídio, Mato Grosso do Sul mostrou um crescimento maior (+113,45%) que aquele identificado no país como um todo (+30,23%). Chama a atenção que, em 2004, os menores municípios do estado (< 20.000 habitantes) apresentaram uma taxa média de suicídio (16,21 por 100.000) duas vezes superior àquela observada nos municípios com mais de 40.000 habitantes (7,52 por 100.000). Observou-se ainda que, tanto para o Brasil como para Mato Grosso do Sul, o suicídio é mais freqüente em homens que em mulheres, e o método preferencial utilizado para suicidar-se foi o enforcamento/estrangulamento.

**Discussão:** Declínio no percentual de causas mal definidas (Brasil e Mato Grosso do Sul); redução nos coeficientes das mortes por causas externas; coeficientes de mortalidade por suicídio considerado médio (4,09/100.000 em 1984, 6,32/100.000 em 1994 e 8,73/100.000 em 2004); método preferencial utilizado para se matar: enforcamento/estrangulamento; recolhimento de armas e regulamentação do porte de arma e restrições

para aquisição de medicamentos e produtos agrícolas; mediana dos coeficientes de mortalidade por suicídio elevado nos municípios com população inferior a 20.000 habitantes; importância de priorizar estratégias para a prevenção do suicídio – promover treinamento para reconhecimento de comportamento de alto risco, apoiar estudos e pesquisas, incentivo à criação de serviços não-governamentais.

Resultados:

Enquanto no Brasil, em 20 anos, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 30,23%, em Mato Grosso do Sul o crescimento foi de 113,45%.

**Coefficiente de Mortalidade por suicídio, segundo a população dos Municípios de Mato Grosso do Sul, no período de 1984, 1994 e 2004.**

**Coefficiente de Mortalidade por suicídio  
Mediana (mínimo - máximo)**

Tamanho do Município

	<b>1984</b>	<b>1994</b>	<b>2004</b>	<b>VPR</b>
<b>&lt; 20.000 habitantes</b>	15,34 (6,68-63,98)	12,78 (5,30-62,33)	16,21 (5,52-161,88)	+5,7% +53,0%
<b>20.000 a 40.000 habitantes</b>	6,44 (3,37-19,16)	5,85 (3,13-10,26)	9,85 (2,56-35,58)	+254,7%
<b>&gt; 40.000 habitantes</b>	2,12 (0,88-9,02)	4,95 (3,67-9,88)	7,52 (1,01-16,93)	

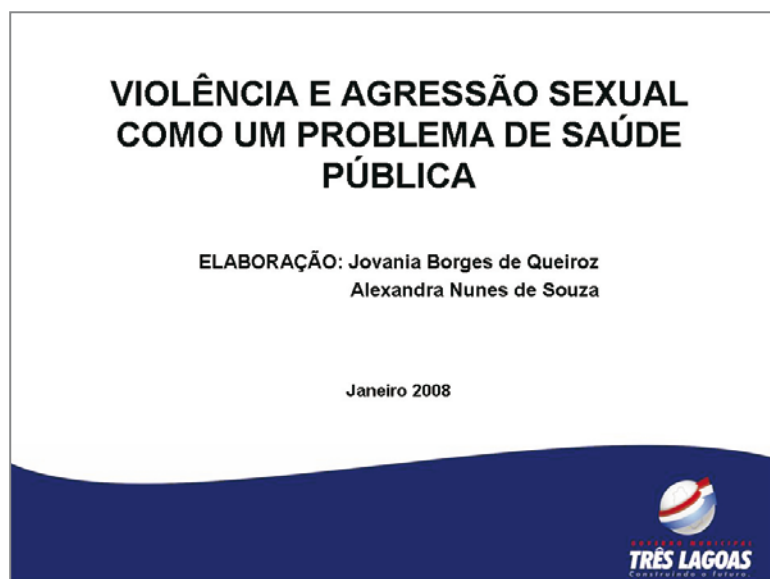
Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Em 2004, a taxa média de suicídio foi duas vezes maior nos municípios com menos de 20.000 habitantes (16,21 por 100.000) que aquela observada nos municípios com mais de 40.000 habitantes (7,52 por 100.000).



# **VIOLÊNCIA E AGRESSÃO SEXUAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas



## ▪ **Informações gerais**

**Responsáveis:** Vigilância e atendimento voltado à recuperação e reabilitação das vítimas de violência e agressão sexual

Jovania Borges de Queiroz e Alexandra Nunes de Souza  
jovaniaqueiroz@gmail.com.br; alexnsouza@ibest.com.br  
(67) 3929-9951/3929-9893

**Parcerias:** Da própria SMS: Departamento de Saúde Coletiva; Programa de DST/Aids; Secretaria Municipal de Promoção e Assistência Social via Programa Sentinela.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

## ▪ **Resumo**

**Justificativa:** A violência sexual vem ganhando destaque entre as autoridades de saúde, especialmente na população jovem (crianças e adolescentes). Ocorre em sua grande maioria no espaço doméstico, aumentando a gravidade pelo alto grau de comprometimento de quem leva o fato ao conhecimento das autoridades responsáveis pelos casos.

Em Três Lagoas/MS, a experiência relatada partiu da necessidade da reorganização dos serviços de saúde, referentes ao atendimento imediato às vítimas de abuso e violência sexual o mais precoce possível, através da profilaxia às DST/Aids e gravidez indesejada. Essa necessidade foi sentida principalmente pelos técnicos do *Projeto Sentinela* da Secretaria de Promoção e Assistência Social, pois encontravam grandes dificuldades ao levar a clientela por ela assistida (crianças e adolescentes) aos serviços de saúde imediatamente ao acontecimento dos fatos, normalmente finais de semana, feriados e à noite,

não encontrando o atendimento adequado e em tempo hábil.

**Objetivo:** Identificar, atender e encaminhar adequadamente as crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual aos serviços de saúde para receber atendimento adequado e imediato, resultando na melhoria da qualidade da assistência prestada à população que sofre esse tipo de violência.

**Atividades:** Juntas, a Secretaria Municipal de Assistência Social, por meio do *Projeto Sentinela*, e a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Programa DST/Aids, traçaram algumas ações e estratégias, a começar por uma oficina de capacitação para sensibilização dos profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) da Rede Municipal de Saúde, realizada em 9 e 10 de novembro de 2006. Concomitantemente, foi montado e organizado pelo *Programa Municipal de DST/Aids, o Kit Violência*, contendo os medicamentos necessários para a profilaxia das DST/Aids e gravidez. Determinou-se também uma referência para o atendimento dos casos (Pronto Atendimento 24 horas) para profilaxia imediata conforme fluxogramas e protocolos previamente definidos (Ministério da Saúde – 2001).

No decorrer do ano de 2007, as ações continuaram sendo executadas, com acompanhamento e avaliação dos resultados, bem como recuperação dos pontos de estrangulamento que foram sendo detectados.

**Resultados:** O desenvolvimento das ações proporcionou o “saber” dos profissionais de saúde capacitados, despertando o compromisso da informação dos casos que ocorrem em sua rotina de trabalho às autoridades competentes, além tornar o sistema de informação atualizado e confiável, através do registro das ocorrências, o qual era inexistente. Outro resultado positivo alcançado foi a maior agilidade no atendimento e a acessibilidade da população vitimizada às medidas de profilaxia às DST/Aids e prevenção a gravidez indesejada nos Serviços de Saúde.

As parcerias estabelecidas entre órgãos distintos mostraram que a interseccionalidade é de fundamental importância para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população de forma integrada e efetiva.

O sucesso e efetividade das ações realizadas ao atendimento das crianças e adolescentes que sofreram qualquer tipo de violência sexual levaram a equipe a planejar, para o ano de 2008, a ampliação dos pontos de referência 24 horas para o atendimento das vítimas de violência sexual, com disponibilização do “Kit Violência” para a profilaxia das DST/Aids e gravidez indesejada, bem como a implementação das ações de sensibilização aos demais profissionais de saúde, inclusive os profissionais da área médica.

1. Apresentação
2. Introdução
3. Acre
4. Amapá
5. Amazonas
6. Rondônia

## **EXPERIÊNCIAS DA REGIÃO NORTE**

**MANAUS – AMAZONAS  
14 E 15 DE JANEIRO DE 2008**

## I. APRESENTAÇÃO



Da esquerda para a direita: Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, Otaliba Libânio; presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Amazonas, Nelson Azedo; Secretário de Estado da Saúde do Amazonas e vice-presidente do CONASS na Região Norte, Wilson Alecrim; vice-governador do Amazonas, Omar Aziz; presidente do CONASS, Osmar Terra; vice-presidente do Cosems do Amazonas, Maria Adriana Moreira; e consultor da Opas na área de Políticas Públicas, César Vieira

Toda vez que a saúde se movimenta num determinado sentido, aponta para mudanças significativas. E, embora o que aconteça na área da saúde não seja de exclusiva competência dos seus gestores, uma vez que não temos a capacidade de resolver problemas como habitação, saneamento e fome, é a partir da nossa inquietação – com uma forma diferenciada de olhar e de desenhar o cenário de fatores determinantes para a qualidade de vida da população – que a saúde aponta caminhos para a solução de muitos desses problemas, que fatalmente recaem sobre o setor.

Com a violência não é diferente. Esse movimento desencadeado no país inteiro já tem o compromisso público do Ministro da Saúde e deverá fazer parte da agenda daqueles que têm responsabilidade nas políticas públicas no Brasil. Isso é de extrema importância, uma vez que as ações não ficam paradas no nível técnico das instituições e de outros segmentos. Além disso, é fazendo parte da agenda que elas podem pousar no Palácio do Planalto, que onde se tomam as decisões desse país.

Os temas discutidos nos seminários são de grande importância para nós, gestores, e mesmo quando tivermos a oportunidade de nos prepararmos com base no que está posto, ainda assim teremos o desafio de desenhar novas políticas públicas. Porém, certamente vamos acertar mais e errar menos. Com a realização do seminário da Região Norte, cumprimos os objetivos traçados pelo CONASS de iniciarmos a discussão sobre a violência no âmbito das Secretarias de Estado da Saúde para, posteriormente, levá-la aos mais variados segmentos organizados da sociedade como a segurança, a educação e o Ministério Público, a fim de subsidiar a elaboração das políticas públicas que devem abordar a questão.

Este trabalho deverá resultar em um produto que aponte para a profilaxia, para a prevenção das causas de violência cujas raízes podem perpassar ou não pela área da

saúde. Mesmo que não estejam ligadas diretamente ao setor, ainda assim temos o dever e a obrigação de buscar soluções junto às outras áreas. Com isso, o CONASS cumpre seu papel de incentivador da discussão deste tema que, mesmo escancarado, estava adormecido nas discussões para sua solução. Agora, ele foi despertado para todos que trabalham pela melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Agora está claro a todos nós que grande parte da política pública relacionada à violência é cabível dentro da política do SUS e, com certeza, isso deverá apontar para a elaboração de um planejamento que vai gerar ações que devem modificar o alarmante quadro atual.

Wilson Duarte Alecrim

Vice-presidente do CONASS na Região Norte

Secretário de Estado da Saúde do Amazonas

“Os estudos e o bom senso nos permitem constatar que a segurança pública deve contar com o apoio dos profissionais da saúde. Por isso mesmo, é necessário adotar a mentalidade de que as delegacias precisam de profissionais como assistentes sociais e psicólogos em sua atuação”.

Omar Aziz

vice-governador do Amazonas

## 2. INTRODUÇÃO

O Seminário Violência: uma epidemia silenciosa na Região Norte ocorreu na cidade de Manaus, Amazonas, nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2008. Com 350 participantes dos estados de Acre, Amapá, Amazonas e Rondônia, foi aberto pelo vice-governador do estado Omar Aziz e pelo Secretário de Estado da Saúde e vice-presidente do CONASS, Região Norte, Wilson Alecrim. Contou também com a presença do presidente do CONASS, Osmar Terra, do presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Amazonas, Nelson Azedo, da vice-presidente do Cosems do Amazonas, Maria Adriana Moreira, do diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, Otaliba Libânio de Moraes Neto, do consultor da Opas na área de Políticas Públicas, César Vieira, representando todos os organismos internacionais parceiros.

Foram apresentadas 16 experiências estaduais, municipais e de universidades, sendo 1 do Acre, 1 do Amapá, 13 do Amazonas e 1 de Rondônia, que abordaram, de maneira geral, os diversos eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência inter-pessoal (agressões/homicídios); violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

Os debates enfocaram a capacitação dos agentes comunitários de saúde para a notificação a ações contra exploração do trabalho infantil, a importância da parceria entre os governos estaduais e municipais e a necessidades de incluir na discussão a violência praticada contra profissionais da saúde. Em relação à cooperação internacional no desenvolvimento dos projetos, a Universidade Federal do Amazonas referiu a participação da Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica), que financia alguns projetos, e Rondônia, com vários projetos financiados por ONGs internacionais e nacionais. Foram identificadas como facilidades para o desenvolvimento dos projetos a participação e o envolvimento das entidades envolvidas e da sociedade civil, e a sensibilidade dos gestores, tanto estaduais quanto municipais ao problema. Como principais dificuldades foram citadas a burocracia, a escassez de recursos humanos e financeiros – que impedem a implantação e a ampliação dos projetos – e a lentidão da resposta das ações que estão sendo implantadas.

### 3. ACRE

#### PROJETO: SOU DA PAZ – PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CONVIVÊNCIA PACÍFICA

##### Secretaria de Estado da Saúde do Acre

- Informações gerais

**Responsável:** Área Técnica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant)

Carla Diana de Mello Mendes

cdianamendes@yahoo.com.br | (68) 3223-2320/8007

**Parcerias:** Área Técnica da Mulher, Criança e Adolescente da própria SES; Secretaria de Segurança e Secretaria de Educação; municípios de Rio Branco; empresas privadas.

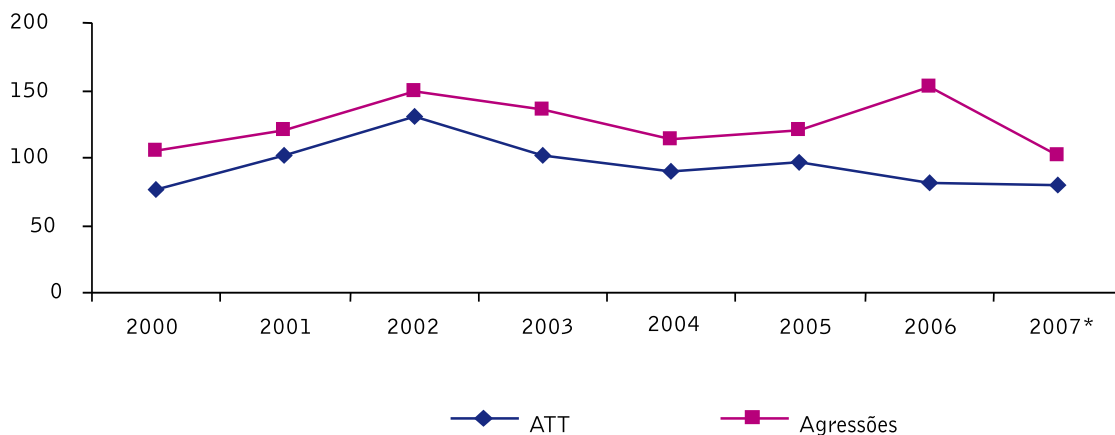
**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: recursos humanos e espaços públicos; recurso federal: R\$ 100.000,00 (cem mil reais) – Edital 06/2007.

- Resumo

**Justificativa:** Os órgãos de segurança pública e saúde têm buscado reduzir os números da violência no Acre por meio de programas e projetos de caráter preventivo, adotando por princípio fundamental a valorização das qualidades humanas e a interação respeitosa e participativa da população na prevenção e combate à criminalidade. O potencial do setor saúde para atuar em prevenção à violência é muito grande, tendo dedicado especial atenção às violências interpessoais, especialmente na esfera familiar e da comunidade. Em relação à polícia, destaca-se a prevenção situacional, direcionada para tipos específicos de infrações e para reduzir a possibilidade de uma pessoa infringir as leis. O policiamento comunitário e o policiamento orientado para a resolução de problemas têm outra perspectiva de ação de prevenção: são direcionados para a redução dos fatores de risco que contribuem para aumentar a incidência de crimes e violência na sociedade. As secretarias estadual e municipal de saúde, em conjunto com a Segurança Pública vêm articulando ações de prevenção primária, secundária e terciária. De acordo com a o Centro Integrado de Informações de Segurança (Ciosp) no período de 22.09 a 22.11.05 foram efetuados 1.372 registros de Boletins de Ocorrência na Delegacia da Mulher/Rio Branco. Foram 540 casos de lesão corporal contra a mulher, incluindo crianças e adolescentes. Em 2006, no período de 22.09 a 22.11, foram 1.278 registros de Boletins de Ocorrência, constando 380 casos de lesões corporais. Comparando os dois anos, nos períodos citados, observa-se que em 2006 houve, apenas, 50 casos a menos do que em 2005. No primeiro semestre de 2006, de acordo com os dados do SIM/Acre, houve 100 óbitos por agressões, e no mesmo período de 2007, foram registrados 100 óbitos. As faixas etárias mais acometidas por esse tipo de causa foram de 15 a 24 e de 25 a 34 anos, atingindo principal-

mente o sexo masculino. De acordo com o Instituto Médico Legal, no período de janeiro de 2005 a abril de 2007, foram registrados 560 homicídios (armas de fogo, arma branca, espancamento e outros), sendo que deste total de 57 homicídios as vítimas eram do sexo feminino. Considerando o número total de mortalidade por causas externas observadas no ano de 2005 no Datasus, 36,5% corresponderam à mortalidade por agressões.

### Distribuição do número de óbitos por acidentes de transportes e agressões no período de 2000 a 2007 no estado do Acre

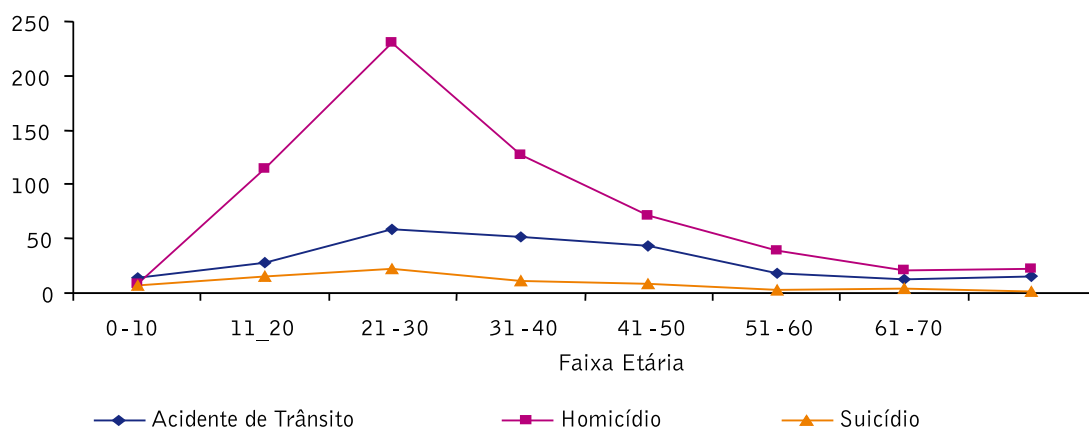


Fonte: SIM - Secretaria de Estado da Saúde do Acre

De acordo com dados do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM/AC), o gráfico acima apresenta a distribuição do número de óbitos por acidentes de transportes e agressões no período de 2000 a 2007. A linha da mortalidade por agressão encontra-se maior do que por acidente de transporte, ou seja, a mortalidade por agressão é superior em relação aos acidentes de transporte.

### Número de Óbitos por Causas Externas Específicas, segundo faixa etária notificados no IML/DPT/SJSP do estado do Acre. Jan/2005 a dez/2007

Números



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Acre



Esse gráfico apresenta uma grande predominância de homicídios em relação aos suicídios e aos óbitos por acidentes de transporte, atingindo principalmente a faixa etária de 21 a 30 anos. Assim, diante dos dados estatísticos podemos inferir que o estado do Acre possui um problema de Saúde Pública relacionado ao evento violento e que a prevenção se faz bastante necessária. A parceria entre segurança pública e setor saúde é um marco inicial para a otimização dos programas de intervenção da violência no estado que têm vitimado jovens, mulheres, crianças e idosos.

**Objetivos:** a) Reduzir a Violência pela Promoção da convivência pacífica no meio familiar e social; b) promover a adoção de comportamentos saudáveis e seguros; c) identificar possíveis vítimas da violência no ambiente familiar; d) reduzir a morbimortalidade por agressões; e) incentivar a cultura da paz na população de Rio Branco e promover a parceria entre associações de bairro, prefeitura, empresas privadas, segurança pública, educação, para a prevenção da violência.

**Atividades:** o projeto em implantação prevê a realização de palestras educativas sobre violência familiar, abuso e exploração sexual nas escolas dos bairros prioritários; realizar atividades recreativas nos bairros (escolas e espaços públicos); a capacitação de 140 agentes comunitários das Unidades de Saúde, pertencentes às áreas mais violentas, em prevenção da violência e habilidades cognitivas, que estarão aptos a identificar possíveis violências no ambiente familiar e encaminhá-las à Rede de Atenção às Vítimas de Violência.

**Envolvimento Setorial:** Segurança Pública – Deam; Ministério Público Estadual; Conselho Tutelar; Secretaria de Educação, entre outras.

**Resultados Esperados:** redução das taxas de agressões na comunidade; agentes comunitários de Saúde capacitados em prevenção da violência; comunidade mais integrada no meio familiar e social, com resolução pacífica dos conflitos; órgãos e setores articulados para a prevenção da violência e envolvimento da sociedade civil organizada nas ações de prevenção de violência.

## 4. AMAPÁ AMAPAZ

### Secretaria de Estado da Saúde do Amapá



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Grupo de Atividade e Monitoramento de Agravos por Fatores Externos

Silvia Cláudia Cunha Maués

silvia.maués@bno.com.br | (96) 3212-6149

**Parcerias:** Coordenadoria de Vigilância e Saúde (Vedant, Educação e Saúde); Grupo de Monitoramento Materno Infantil e Adolescente, da própria Secretaria; Empresa Municipal de Transporte, Departamento de Trânsito, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Fundação da Criança e do Adolescente, Delegacia de Mulheres, Secretaria de Educação e Desporto do estado, Polícia Rodoviária, Centro de Atendimento à Mulher e à Família, Conselho Estadual de Saúde; Secretaria de Saúde dos municípios de Macapá e Santana; ONG Voluntariados da Amazônia.

**Recursos Financeiros:** Recurso próprio; recursos federais do teto do Vigisus. Valor total anual: R\$ 69.000.00 (sessenta e nove mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Os acidentes e as violências representam uma “epidemia social” emergente em nosso país, devendo ser tratados pela saúde como problema de Saúde Pública, pois tem provocado forte impacto na morbimortalidade da população brasileira. No estado do Amapá, as “causas externas” continuam sendo a primeira grande causa de morte. Em 2006 os acidentes e violências apresentaram um coeficiente de mortalidade 71,4/100.000hab (Fontes: Gamafe/Sesa/Politec) acometendo principalmente pessoas do sexo masculino na faixa etária de 15 a 39 anos. A Secretaria de Estado da Saúde do

Macapá vem trabalhando com dados estatísticos de acidentes e violências e também com realizações de várias ações educativas e preventivas em parceria com a sociedade e demais órgãos, no sentido de conseguir reduzir a morbimortalidade por esses agravos.

**Objetivos:** a) Sensibilizar e conscientizar os gestores de diversos setores sobre a problemática da violência, para atuação conjunta, visando à redução da morbimortalidade por acidentes e violências; b) reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências e promover a formulação e implementação de políticas de saúde na perspectiva de elevar a qualidade de vida da população; c) promover articulações multidisciplinares, intra e intersetorial; d) implementar o serviço Sentinela para acidentes e violência nos hospitais de referência nos municípios de Macapá e Santana e incentivar a realização de pesquisas sobre o tema violência, para aquisição de uma visão mais global do problema no estado.

**Atividades:** Realização de busca ativa de dados de morbimortalidade nos municípios do estado; reprodução de material educativo, cartazes, cartilha, adesivos para os carros; articulações com demais órgãos do governo como Detran, Empresa Municipal de Transporte Urbano (EMTU), Polícia Militar e Civil, Corpo de Bombeiros, Secretarias de Estado de Educação e Desporto, Delegacia de Mulheres, Defesa Civil, Voluntariados da Amazônia, Sociedade Civil Organizada e outros; parceria com a imprensa televisada local, no sentido de levar informações de segurança e cultura da paz, uma vez por semana; articulação com empresas privadas (empresas de telefonia, agências bancárias, cartões de crédito) e públicas (Caesa, CEA) para adesão ao projeto, divulgando em seus boletos de cobranças e informativos, mensagens de paz e segurança pública; participação em eventos e em datas pontuais como: Semana Santa, Exporfeira, carnaval, Dia do Motorista, etc; utilização de grupo teatral para trabalhar com temas relacionados à agressão contra a mulher, a criança, o idoso, discriminação racial, nas escolas e em eventos sociais.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias Municipais de Saúde de Macapá e Santana; Empresa Municipal de Transporte Urbano; Departamento de trânsito do estado; Secretaria de Inclusão e Mobilização Social; Samu; Creap; Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Defesa Civil; Fundação da Criança e do Adolescente; Delegacia de Mulheres; Secretaria de Educação e Desporto do estado; Polícia Rodoviária; Centro de Atendimento à Mulher e à Família; Conselho Estadual de Saúde; Secretaria de Estado da Educação e ONG Voluntariados da Amazônia.

**Resultados:** O projeto que teve início em junho de 2007 já realizou o primeiro encontro do Projeto Sentinela; a campanha de alerta e prevenção dos acidentes e violências e o II Seminário Estadual sobre acidentes e violências.

## 5. AMAZONAS

### CULTURA DA VIOLÊNCIA E A VIOLÊNCIA DA CULTURA: PODEMOS COMBATER A VIOLÊNCIA ATRAVÉS DE PRÁTICAS CULTURAIS ALTERNATIVAS?

Secretaria de Estado de Cultura do Amazonas



#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Robério dos Santos Pereira Braga – Secretário de Cultura, e Cristian Pio Ávila – antropólogo, assessor de Patrimônio Cultural Imaterial

rspbraga@culturamazonas.am.gov.br; Imaterial2@culturamazonas.am.gov.br

(92) 3633-2850/3232-5858

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Cultura: Setor de Difusão Cultural, Gerência de Eventos, Gerência de Patrimônio Cultural Imaterial, Liceu de Artes e Ofícios Cláudio Santoro e Centro Cultural dos Povos da Amazônia.

**Recursos financeiros:** Recursos do governo do estado e apoios privados.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Talvez a maior dificuldade do combate às violências no mundo contemporâneo sejam justamente as sutilezas e os mais diversos contornos que essas tomam. Nenhum ato de violência é isolado, sem antecedentes. Partem assim de um ciclo vicioso, que se perpetua através das diferentes formas de opressão, discriminação, estigmatização e negação de grupos materialmente menos favorecidos ou de minorias. cremos nos tornar indivíduos completos a partir de nossa capacidade de comunicação, de expressão. De um comunicar que se pretende ouvido. Entretanto, seja pela brutal desigualdade social perpetrada neste país, seja por outras formas de estigmatização, negamos a uma grande parcela de nossa população, principalmente entre os jovens, a possibilidade de se expressarem, de expandirem os limites de suas possibilidades culturais, e mais do que isso: de terem o direito básico de serem reconhecidos e ouvidos como "gente". O acesso aos bens culturais amplia as possibilidades de desenvolvimento de novas visões de mundo, possibi-

litando também a capacidade crítica do indivíduo em relação aos papéis que desempenha no mundo social e que o torna protagonista da promoção de sua cidadania.

O governo do estado do Amazonas, através da Secretaria de Estado de Cultura, desde a sua criação em 2003, tem se empenhado em oportunizar ao jovem amazonense oportunidades de desenvolvimento de suas capacidades intelectuais e artísticas, bem como também tem trabalhado na promoção cultural dos diversos grupos sociais no Amazonas.

**Objetivos:** a) Estimular o estudo nas mais diversas manifestações artísticas, oferecendo à população amazonense sua integração à cultura local; b) desenvolver, aperfeiçoar e explorar o talento de crianças, jovens e adultos, estimulando-os no que se refere à atividade artística.

**Atividades:** O Liceu de Artes e Ofícios Cláudio Santoro oferece gratuitamente cursos livres e de formação artística nas áreas de dança, artes cênicas, música popular e erudita, artes plásticas e visuais com a finalidade de adquirir mão-de-obra especializada, modificando o perfil dos profissionais em face da nova ordem de trabalho exigido pelo mercado. Realiza também grandes festivais no estado (Festival Internacional de Cinema, Festival de Ópera, Festival de Teatro, Festival de Jazz), gratuitos e com sessões especiais na periferia da capital e nos interiores, visando à formação de platéias.

O projeto itinerante *A Cultura Tá na Rua* leva duas carretas de bibliotecas, shows musicais, brincadeiras e teatros para os fins de semana nas periferias. Dessa forma, os jovens encontram opções de lazer e cultura, o que contribui enormemente para a diminuição dos índices de violência, ao ocupá-los por meio da arte, do entretenimento e de formas alternativas de expressão cultural.

Além disso, a Secretaria de Cultura promove e apóia diversos festivais folclóricos em todo o estado. Esses festivais, em função de seu expressivo número de grupos folclóricos participantes, além de reproduzirem as tradições culturais e valorizarem as identidades locais, levam arte e alternativas de lazer a mais de 50 mil jovens em todo o estado.

Outros programas somam-se a esses, como os projetos de salvaguarda e valorização de expressões culturais de grupos étnicos no Amazonas. O incentivo às apresentações, gravação de Cds e DVDs, de registro das memórias orais, a produção de oficinas de técnicas tradicionais a partir dos próprios detentores dos conhecimentos tradicionais, são estratégias não só de valorização desses grupos, como também de combate ao desenfreio do êxodo urbano, à negação das identidades e, assim, da violência.

## EDUCAR PARA TRANSITAR

### Instituto Municipal de Trânsito de Manaus



#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Gerência de Educação/Instituto Municipal de Trânsito (Imtrans)

Solange Brandão

solange.brandao@pmm.am.gov.br | (92) 2129-3831

**Parcerias:** Secretaria Municipal de Defesa Civil (Semdec).

**Recursos Financeiros:** Não informado.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A Prefeitura de Manaus, através da Gerência de Educação do Instituto Municipal de Trânsito (Imtrans) desenvolve no âmbito municipal o *Projeto Educar para Transitar*.

**Objetivo:** Formação de cidadãos atuantes, conscientes de seu papel na sociedade e responsáveis pelas mudanças que possibilitem a melhoria da qualidade de vida no meio em que atuam.

**Atividades:** A proposta da prefeitura é desenvolver ações inovadoras na área, procurando não utilizar métodos ultrapassados, como imagens de cenas violentas, índices estatísticos de mortes ou feridos, etc. A ideia é despertar na comunidade hábitos e atitudes que favoreçam a convivência e aceitação das normas sociais, desenvolvendo um

trabalho a partir de uma concepção de trânsito enquanto relação social.

Sendo assim, o trânsito é discutido nas comunidades, exercitando as ações de cidadania na construção de um trânsito mais humano.

Dentro dessa concepção o Imtrans participa, com outras secretarias municipais, da Ação de Cidadania nos Bairros, evento que é coordenado pela Secretaria Municipal de Defesa Civil (Semdec). Essa atividade propicia às comunidades de Manaus uma série de prestações de serviços e informações básicas sobre temas de interesse coletivo.

Durante as ações, o Imtrans procura desenvolver seu novo método, levando às comunidades oficinas pedagógicas, noções de cidadania no trânsito, palestras para condutores e pedestres, entre outras dinâmicas interativas.

**Resultados:** em 2007 as ações realizadas atingiram 10.731 alunos (2.208 alunos na educação infantil e 8.523 alunos do Ensino Fundamental) 13 empresas, 1600 pessoas e 6.914 pessoas nas ações comunitárias.

## ESTUDO DO ESTATUTO DO IDOSO: CONHECER PARA GARANTIR DIREITOS

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas



### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (Caimi) D. Ada Rodrigues Viana

Rosana Queiroz Leitão

rosanaleitao@bol.com.br | (92) 3238-5284

**Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde (Semsu); Secretaria Municipal de Educação (Semed); Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (Semesp); Instituto Municipal de Transportes Urbanos (IMTU); Casa do Idoso São Vicente de Paulo; Fundação Dr. Thomas; Ministério Público do Amazonas; Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Este projeto se justifica pela necessidade de divulgação do Estatuto do Idoso, no sentido de sensibilizar a população idosa sobre os direitos que lhes são assegurados através da Lei n. 10.741, de 1º/10/2003. A apresentação e discussão do Estatuto do Idoso permitem que este seja conhecido de maneira mais efetiva, favorecendo a aplicação das leis. Em uma pesquisa de opinião pública realizada em 2006 pelo Senado Federal, de abrangência restrita ao Distrito Federal, constatou-se que apenas uma pequena parte da população pesquisada (4%) admitiu conhecer bem o Estatuto, apontando para a necessidade de uma divulgação mais intensa da norma na sociedade. Daí a relevância desse estudo e o desafio colocado a toda a sociedade, pois somente conhecendo de fato o Estatuto, o idoso passará a desempenhar um maior protagonismo na história.



**Objetivos:** a) Criar espaços coletivos que contribuam para uma prática reflexiva sobre o Estatuto do Idoso, de forma a assegurar a universalização e a ampliação dos direitos sociais; b) contribuir para a democratização das informações necessárias para a defesa dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana; c) criar mecanismos que facilitem o acesso aos direitos e aos recursos disponíveis na comunidade; d) contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso; e) viabilizar a socialização, a participação e o convívio do idoso com as demais gerações.

**Abrangência:** Idosos inscritos e/ou cadastrados no Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (Caimi), familiares e a comunidade em geral.

**Atividades:** A efetivação do estudo do Estatuto do Idoso se dá em forma de encontros semanais, pela manhã, no Salão de Eventos do Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (Caimi) D. Ada Rodrigues Viana. A cada encontro é realizada a leitura sistemática do Estatuto do Idoso e uma reflexão sobre a realidade vivenciada pelos idosos, oportunizando o debate e a discussão em torno das dificuldades encontradas para garantir o acesso aos direitos. Também faz parte do estudo o desenvolvimento de trabalhos e dinâmicas de grupo. Num segundo momento, é proferida uma palestra de determinada área (por exemplo, saúde) para explicar sobre o respectivo direito do idoso (na prática).

**Envolvimento Intersetorial:** Secretaria Municipal de Saúde (Semsu); Secretaria Municipal de Educação (Semed); Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (Semesp); Instituto Municipal de Transportes Urbanos (IMTU); Casa do Idoso São Vicente de Paulo; Fundação Dr. Thomas; Ministério Público do Amazonas e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), além de profissionais que desenvolvem atividades com a terceira idade para aprofundar os temas trabalhados e conhecer a realidade vivenciada pelos idosos.

**Resultados:** O estudo do Estatuto do Idoso tem refletido o seu resultado no relato cotidiano dos idosos, diante do flagrante da negação dos direitos, do desconhecimento e da falta de informação da própria sociedade; da denúncia frente aos atos de violência e maus-tratos à pessoa idosa; da modificação de posturas dos familiares (filhos, netos), que passaram a ser colaboradores e incentivadores da causa.

## GRUPO EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RECONSTRUÇÃO DA CIDADANIA NÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

### Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Centro de Atenção à Melhor Idade (Caimi) Dr. Paulo Lima

Mary Jane Cardoso de Queiroz

eloisaayres@hotmail.com | (92) 3624-8182

**Parcerias:** Coordenação de Saúde do Idoso – Dabe, da própria SES/AM; Ministério Público Estadual; Delegacia do Idoso; Conselhos Estadual e Municipal do Idoso; Centro Integrado de Proteção e Defesa à Pessoa Idosa (Rede de Proteção Social).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Visando a combater a questão da violência contra a pessoa idosa, o Caimi Dr. Paulo Lima passou a desenvolver, através do grupo de educação em saúde, ações que buscam informar e esclarecer os idosos, familiares, servidores e comunidade em geral sobre as formas de violência contra esse grupo populacional. Assim, busca nos órgãos e instituições que integram a rede de proteção social ao idoso a socialização de informações referentes às ações desenvolvidas no combate à violência, colaborando para a formação de multiplicadores e disseminadores sobre o tema.

**Objetivo:** Informar, esclarecer e orientar a pessoa idosa, familiares, servidores e comunidade em geral acerca do combate à violência e as ações desenvolvidas pela rede de proteção social ao idoso.

**Atividades:** Apresentações de vídeos com o tema violência contra a pessoa idosa; palestras socioeducativas realizadas pelo serviço social do Caimi Dr. Paulo Lima; palestras proferidas pela promotora do Ministério Público Estadual; distribuição de material educativo e informativo; fixação de faixas com mensagens com o tema nas dependências da unidade de saúde; relatos de experiências; formação de um grupo de representação teatral com os idosos; elaboração de painéis sobre o tema (grupo); incentivo à participação

nas palestras realizadas com a presença de familiares; presença da delegada titular da Delegacia Especializada do Idoso (divulgação das ações); divulgação da rede de proteção social ao idoso (Promotoria Especializada na Proteção e Defesa dos Direitos Constitucionais do Cidadão – MPE), Conselho Estadual e Municipal do Idoso, Defensoria Pública, Delegacia Especializada, Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, além do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (Padi) 1401.

**Envolvimento intersetorial:** Órgãos da rede de proteção social e comunidade.

**Resultados:** Os idosos passaram a ter mais compreensão sobre seus direitos, recusando a “naturalização” da violência; a participação dos idosos e familiares como multiplicadores e disseminadores no combate à violência; casos notificados e repassados ao Núcleo de Doenças e Agravos – Secretaria Municipal de Saúde (no momento 13 notificações, com 20 tipos de abusos, entre violência física, psicológica, financeira e negligência); idosos mais informados e mudança de comportamento, principalmente de familiares.

## IMPLANTAÇÃO DA DELEGACIA ESPECIALIZADA EM PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE – DEPCA

### Secretaria de Segurança Pública

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Linda Glaucia de Moraes

delmenorvitima@policiacivil.am.gov.br | (92) 3656-7445

**Parcerias:** Delegacia-Geral de Polícia; Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania (Seas); município de Manaus.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 489.000,00 (quatrocentos e oitenta e nove mil reais), ao ano, pagamento de pessoal e material; recurso federal: projeto aprovado para a implantação da rede SAP: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), parcela única; parceria com a Seas: pagamento dos técnicos e estagiários: R\$ 69.600,00 (sessenta e nove mil e seiscentos reais) por ano.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Decorridos 17 anos da Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, apesar de todos os esforços envidados, as ocorrências que envolvem crianças e adolescentes como vítimas demonstram que ainda há muito a fazer. Do total de ocorrências registradas em Manaus, tendo como vítimas crianças e adolescentes, 40,25% estavam relacionadas ao crime de exploração do trabalho infantil; 39,94% à negligência familiar; 14,56% a maus-tratos físicos; 3,81% a abandono familiar; 1,19% à exploração sexual comercial e 0,25% a abuso sexual (total de 1.257 crianças e adolescentes - dados consolidados pela ONG Estação Direito).

**Objetivo:** Ampliar a Rede de Serviços na área da infância e adolescência por meio da criação da Delegacia Especializada em Proteção à Criança e ao Adolescente (Depca), através da Secretaria de Segurança Pública, salvaguardando, garantindo e cumprindo o que diz o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em parceria com a Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania (Seas) e com os demais órgãos do estado.

**Atividades:** A Delegacia Especializada em Proteção à Criança e ao Adolescente (Depca) foi criada e instalada pela Lei Delegada n. 60 de 29 de setembro de 2005, Capítulo XIV, c. Trabalha em regime de plantão de 24 horas e conta com uma equipe de 1 delegada titular, 2 escrivães, 18 investigadores, 1 motorista, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 agentes sociais (operadores do sistema Infopol), 1 agente administrativo, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 estagiária de serviço social, 2 estagiários de direito, cedidos pela Seas, além de 1 estagiária curricular de serviço social, cedida pela Faculdade Dom Bosco. A Depca atende crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, vítimas de crimes e contravenções penais praticados por agressores maiores de idade, como também apu-

ra denúncias oriundas do Disque 100, Conselhos Tutelares, escolas, hospitais, denúncias anônimas, demanda espontânea, entre outras.

Na Delegacia Especializada em Proteção à Criança e ao Adolescente (Depca) é feito o registro da ocorrência, são expedidas as requisições de exames periciais e, conforme o caso, é feito o procedimento policial: Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO) ou o Inquérito Policial (IP).

O atendimento psicossocial, implantado desde a instalação da Delegacia, trabalha de forma articulada com organizações governamentais e não-governamentais no que tange aos atendimentos das vítimas na Rede de Serviços existentes na cidade, nas áreas de Saúde, Educação, Justiça e Assistência Social.

**Resultados:** A Delegacia Especializada em Proteção à Criança e ao Adolescente (Depca) atendeu no ano de 2007, 2.347 crianças e adolescentes vítimas de violência física e/ou psicológica (875); violência sexual (494); exploração do trabalho (06); outras formas de violência (972) e efetuou 1369 encaminhamentos à Rede de Serviços da cidade de Manaus.

No que diz respeito às ocorrências de desaparecimento de crianças e adolescentes, desde a sua instalação, apenas três casos não foram solucionados.

As áreas mais vulneráveis foram: zona leste (526); zona norte (513); centro-oeste (385); zona oeste (376); zona sul (313); centro sul (179), zona rural (42); outros municípios (11); não informada (4); outros países (01).

### **Estatísticas de ocorrências / atendimento**

**Período: 2005 à 2007**

<b>OCORRÊNCIAS</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Violência física e psicológica	334	825	875
Violência sexual	246	466	494
Exploração do trabalho	4	3	6
Outras formas de violência	351	1001	972
<b>TOTAL</b>	<b>935</b>	<b>2295</b>	<b>2347</b>

Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Amazonas

## MEU LUGAR NO MUNDO: DIREITO DE SER CRIANÇA

Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania (Seas)



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Maria Leuma Cassiano de Oliveira  
marialeuma@hotmail.com | (92) 3236-9321

**Parcerias:** Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania (Seas); Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (SDS); Secretarias Municipais de Ação Social; municípios de Iranduba, Manacapuru, Caapiranga, Anamã, Anori, Codajás e Coari.

**Recursos Financeiros:** Parceira com a Seas.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A passagem e/ou a permanência de trabalhadores contratados para a construção do Gasoduto Coari/Manaus e advindos de outras localidades – nas sedes municipais e comunidades rurais dos municípios situados ao longo desse percurso, certamente impõe a ocorrência de impactos sociais bastante significativos, como violências sexuais praticadas contra crianças e adolescentes.

Visando a combater tais impactos, a Seas vem, através do projeto Meu Lugar no Mundo: Direito de Ser Criança, prestar apoio técnico na execução de planos operativos locais de enfrentamento ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes – Plano Operativo Local (POL).

**Objetivo:** viabilizar nas sedes dos municípios do estado do Amazonas situadas nas áreas de influência do Gasoduto Coari/Manaus todo o processo de apoio técnico e institucional voltado para a elaboração de planos operativos locais de prevenção e enfrentamento da violência sexual praticadas contra crianças e adolescentes.

**Atividades:** O projeto teve início em 30 de agosto de 2007 com vigência até 30

de maio de 2008 e está dividido em três fases distintas e interligadas:

1ª Fase: Visita técnica aos municípios para apresentar o projeto e mobilizar todas as instituições locais.

2ª Fase: Aplicação do diagnóstico rápido e participativo com os operadores da Rede de Proteção à Criança e Adolescente, realização de oficinas técnicas de enfrentamento da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, com análise da realidade de cada município, tendo por base o DRP para a construção dos Planos Operativos Locais.

3ª Fase: Realização de seminários e elaboração do Plano Operativo Local (POL) de cada município. Seminário temático sobre os diversos tipos de violências sexuais praticadas contra crianças; constituição da Comissão Municipal de Apoio e Supervisão do POL e assinatura do pacto de Adesão ao Plano Municipal de enfrentamento ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes – em fase de operacionalização.

**Resultados:** Conclusão da 1ª e 2ª fases do projeto; grande aceitação e maior visibilidade do projeto nos municípios; fortalecimento da Rede de Atendimento a crianças e Adolescentes e realização de pactos e compromissos dos governos municipais com demais organizações envolvidas.

**Resultados Esperados:** Estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes de enfrentamento e prevenção às violências sexuais praticadas contra crianças e adolescentes; notificação às autoridades competentes e ao Conselho Tutelar de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos por organismo governamentais e não-governamentais e implantação de serviço de retaguarda (Sentinela) nos municípios de Iranduba, Caapiranga, Anamã, Anori, e Codajás.

## MISSÃO UBARÉ

Universidade Federal do Amazonas



### Informações gerais

**Responsável:** Faculdade de Educação Física (FEF)

Thomaz Décio Abdalla Siqueira

thomazabdalla@ufam.edu.br | (92) 3647-4089

**Parcerias:** UFAM; Ministério Público do Trabalho - Superintendência da Zona Franca de Manaus (Suframa); Secretaria de Estado da Educação; Casa Mamãe Margarida e Conselhos Tutelares de Manaus; municípios de Manaus e Itacoatiara; Sesc, Senai e Senac/AM.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal da Suframa – Bolsa para as crianças e adolescentes vitimizados sexualmente e comercialmente (30 bolsas).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O projeto nasceu de uma profunda necessidade de intervenção ante crianças e adolescentes oriundas das ruas de diversos bairros da cidade de Manaus e de Itacoatiara que estavam sendo exploradas sexual e comercialmente. Entre 2004 e 2005, os pesquisadores da equipe de pesquisa gênero, trabalho, educação, do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Relação de Gênero do Amazonas (Neiregam), em convênio estabelecido entre a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) conseguiram mapear e cadastrar 50 crianças e adolescentes prostituídas em diversos pontos na cidade de Manaus e Itacoatiara. Para oferecer novas alternativas de vida, só nos resta continuar a luta pela inserção dessas crianças na escola, no trabalho e na vida social. Surgiu então o Projeto Missão Ubaré com a preocupação e compromisso do Ministério Público do Trabalho, que estabeleceu convênio com diversas instituições, entre elas a Ufam, que acompanha, monitora e articula ações através de atividades que possam proporcionar a esse grupo de crianças e adolescentes



prostituídas de rua, novas alternativas, por meio de uma série de atividades socioeducativas, além de atendimento médico e psicológico. Para fortalecer o projeto, foi assinado um convênio com a Ufam e as instituições citadas, com parcerias de diversas unidades acadêmicas e Pró-Reitorias da Universidade, entre elas a de Extensão (embora o projeto só virá a ser registrado nesse momento com ação vinculada à Pró-Reitoria de Extensão e Interiorização da Ufam).

**Objetivo:** Resgatar a dignidade das crianças e adolescentes vitimizados sexualmente e comercialmente através de ações de inclusão social.

**Atividades:** Oficinas educativas interativas às famílias e às crianças e adolescentes ajudando-as a rever ou a reconstruir suas representações masculinas e femininas, suas representações sobre a sexualidade, rever seus valores, hábitos e atitudes e de seus familiares, através de atividades recreativas, culturais, físicas, pedagógicas como alternativas de reeducação; acompanhamento, monitoramento e avaliação do processo de sensibilização e reeducação das crianças e suas famílias de origem para, com base nos indicadores de sucesso, facilitar a comunicação e intercâmbio com os profissionais e gestores de políticas públicas de prevenção e assistência às crianças e adolescentes vítimas da exploração sexual comercial (para isso é necessário estruturar e intercambiar, institucionalmente via extensão, a equipe interdisciplinar do Neiregam/FEF/Faced). O referido projeto teve seu início em outubro/2005 com 33 adolescentes, sendo 11 adolescentes usuários de drogas. Dos familiares, 6 membros eram usuários e todos foram trabalhados pela equipe do *Projeto Missão Ubaré*. A média de idade é de 14 anos, sendo 22 meninas e 8 meninos. Atualmente o *Projeto Missão Ubaré* faz parte das ações do *Diretório de Grupo de Pesquisa Psicologia Cognitiva: Criatividade e Corporeidade do CNPq* [grifo dos autores], por conseguinte, tenta impedir juntamente com os Conselhos Tutelares do Amazonas a exploração sexual, comercial e tráfico de crianças e adolescentes vitimizados (abuso sexual no próprio núcleo familiar). A amostra foi dimensionada na faixa etária de 17 anos e 11 meses. Completando 18 anos são excluídas e uma nova vaga é aberta. O grupo deve estar estudando, freqüentando com assiduidade a escola, sem reprovação. Em caso de não-cumprimento dos requisitos básicos da Missão Ubaré, os participantes são convidados a sair do projeto. Entretanto, têm acompanhamento psicológico através do Centro de Atendimento Integral de Saúde (Cais) da Ufam e também acompanhamento pedagógico na escola. Em todo momento os representantes legais acompanham as atividades de oficinas de hidroginástica, natação, dança, tênis de mesa, palestras sobre temas diversos (de acordo com a solicitação das crianças e adolescentes). São realizadas visitas às residências dos adolescentes para realizar o acompanhamento in loco (ambiente familiar).

O projeto é realizado de forma articulada em conteúdos, ações e atividades ancoradas em uma matriz pedagógica e alimentado no Laboratório de Acompanhamento e Assessoria às crianças e adolescentes, vítimas de exploração sexual, instalado na Faculdade de Educação Física (FEF) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam).

## **PROGRAMA DE ATENDIMENTO INICIAL AO ADOLESCENTE INFRATOR**

### **Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania do Amazonas**

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Proteção Social e Especial (DPCE), por meio da Gerência de Atendimento Socioeducativo (Gease)

Maria Rosalina Moraes Maués

**Parcerias:** Governo do Estado do Amazonas; Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania (Seas); Departamento de Proteção Social Especial; Gerência de Atendimento Socioeducativo (Gease).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Centro Integrado de Atendimento Inicial ao Adolescente ao Infrator foi entregue à população amazonense no dia 25/10/2007. Possibilita a operacionalização do atendimento inicial ao adolescente infrator em uma mesma área, agregando o Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Segurança Pública e Assistência Social em conformidade com o Art. 88, V do ECA. Destaque é dado ao imediatismo do atendimento, favorecido por tal conjunto, pela consciente e prevalente doutrina da atenção especial e da garantia de direitos, que permite a redução máxima do tempo de permanência do adolescente no Ciaí, evitando a massificação desnecessária na Delegacia Especializada em Apuração de Ato Infracional (Deaai).

**Objetivo:** agilização e a celeridade do atendimento inicial ao adolescente, a quem se atribui a autoria do ato infracional.

**Atividades:** A Secretaria de Segurança Pública: a Deaai, conta com equipe técnica composta de dois assistentes sociais e dois psicólogos, que prestam o atendimento inicial ao adolescente contido para averiguação, sobre denúncia da prática de ato infracional. O Ministério Público, em conformidade ao Art. 201, I, II, VII, VIII, IX e X – ECA, exerce suas atribuições em prol da proteção dos direitos do adolescente a quem se atribua autoria do ato infracional. O Juizado da Infância e da Juventude promove atendimento inicial ao adolescente a quem seja atribuída autoria do ato infracional e, se necessário, encaminha à Defensoria Pública. A Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania do Amazonas é responsável pela execução das medidas socioeducativas no estado do Amazonas. Delega atribuição à Gerência de Atendimento Socioeducativo – Gease, que inicia a ação socioeducativa com a internação provisória do adolescente de natureza cautelar depois de comprovada autoria e materialidade do ato infracional, com prazo máximo e improrrogável para a conclusão do procedimento de 45 dias. Está loca-

lizada no Ciai e segue os princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição do adolescente de pessoa em desenvolvimento.

**Resultados:** Agilização e celeridade do atendimento inicial do adolescente infrator. A conclusão do Programa Operacional do Ciai reforça não somente a importância de editar um procedimento, mas a certeza da operacionalização de um trabalho articulado entre os órgãos que o compõem, de modo a qualificar e otimizar o atendimento em sua totalidade, evitando a fragmentação do processo que envolve o adolescente em conflito com a lei. Assim, revela-se o compromisso do estado em garantir o cumprimento de direitos previstos em lei, assegurando humanização, cidadania e dignidade ao segmento juvenil, envolvido com ato infracional.

## PROJETO AME A VIDA

Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania do Amazonas



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Proteção Social Básica

Marcília Teixeira da Costa

projetoamevida@hotmail.com | (92) 246-0655 ramal: 248

**Parcerias:** Da própria SES/SMS: Secretaria de Estado de Segurança Pública e Polícia Civil do Amazonas; município de Manaus; Conselho Tutelar, Serviço de Atendimento e Proteção Especial à Mulher (Sapem).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 5.212.684,42 (cinco milhões, duzentos e doze mil, seiscentos e oitenta e quatro reais e quarenta e dois centavos) por ano.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Diante da escalada da violência no país e em virtude das reivindicações da sociedade civil, o governo do estado do Amazonas, através da Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania (Seas), Secretaria de Estado de Segurança Pública e Polícia Civil do Amazonas, buscou somar esforços para a construção e implementação de um projeto de alcance social, que complemente a reestruturação operacional das polícias, de modo que os serviços de segurança prestados à sociedade estejam de acordo com a nova concepção de enfrentamento da violência e da criminalidade.

**Objetivo:** a) Atuar nas unidades policiais, com espaços para atuação de assistentes sociais e psicólogos, com vistas a contribuir para a redução dos registros de ocorrência de áreas de abrangência; b) organizar recursos físicos, humanos e financeiros para criação de espaço de atuação do serviço social e psicologia, no âmbito das unidades policiais; c) contribuir para a eficácia e eficiência da função policial por meio de reforço de fatores como dignidade e respeito ao cidadão; d) promover informação para a população para a

garantia de seus direitos individuais e coletivos; verificar os resultados das ações desenvolvidas com a população.

**Atividades:** Atendimentos psicossociais, orientações familiares, orientações individuais, sobre os mais diferentes assuntos, como: drogadição, exploração sexual, agressão física, conflito conjugal, conflito familiar.

Visando à consolidação do trabalho dentro das comunidades no entorno das circunscrições de segurança atendidas, são realizadas diversas ações pelas equipes. Entre elas podemos destacar: visitas domiciliares, visitas às comunidades, encontros com líderes comunitários, reuniões com diretores ou pedagogos das escolas, visitas institucionais.

**Resultados:** Como resultado desses meses de atuação (projeto iniciado em outubro de 2007) verificou-se uma diminuição dos Termos Circunstanciados de Ocorrência (TCOs), aumento no número de internação para dependentes químicos, fortalecimento nos laços comunitários; enfim, busca-se a humanização do serviço de segurança para, concomitantemente, reduzir o índice de criminalidade.

## REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À MULHER

### Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania do Amazonas

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Proteção Social Especial

Ana Cristina Amorim de Azevedo

acristinaazevedo@bol.com.br | (92) 3236-9321

**Parcerias:** Secretarias de Estado de Segurança Pública, Saúde e Educação e Delegacia Especializada de Crimes Contra a Mulher (DECCM).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 2.683.555,97 (dois milhões, seiscentos e oitenta e três mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais e noventa e sete centavos); recurso federal: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência, além de atingir mulheres de todas as classes sociais, idade, raças, etnias e orientação sexual, e qualquer que seja a forma – física, sexual, psicológica, matrimonial – está vinculada ao poder e à desigualdade das relações de gênero, em que impera o domínio dos homens e está ligada também à ideologia prevalecente que lhe dá sustentação. No Amazonas, porquanto não temos, ainda, uma rede de serviços que dê conta da magnitude do problema, informações resultantes do atendimento da Delegacia Especializada de Crimes Contra a Mulher (DECCM) demonstram que somente em Manaus, no ano de 2006, foram registradas 10.873 notificações. Nesse contexto, envolvidos os Poderes Legislativo e Judiciário, os movimentos sociais e a comunidade, cabe ao estado adotar ações sistemáticas e continuadas em diferentes áreas, intervindo na promoção e implementação de políticas públicas, constituindo uma rede de serviços à mulher vítima de violência, com articulação de ações para prevenir, punir e erradicar a violência de gênero, referenciada no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e Lei n. 11.340/2006 – Maria da Penha.

**Objetivos:** a) Implantar e estruturar uma Rede de Serviços de Atenção à Mulher em situação de violência, com articulação de serviços e ações para prevenir, punir e erradicar a violência de gênero, referenciada no PNPM e Lei Maria da Penha; b) garantir atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência; c) promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual; d) produzir e sistematizar dados e informações sobre violência doméstica contra a mulher; e) capacitar os profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação e assistência psicossocial na temática de violência e gênero e ampliar o acesso à assistência jurídica gratuita.

**Atividades:** A Secretaria de Assistência Social e Cidadania (Seas) implantou no dia 24 de setembro de 2007 o Serviço de Apoio Emergencial à Mulher (Sapem), destina-

do a acolher mulheres e seus filhos em situação de violência doméstica e familiar que não corram risco iminente de morte por um período de até 10 dias, e no dia 19 de novembro implantou também a Casa abrigo Antonia Nascimento Priante, acolhendo por ordem judicial mulheres que correm risco de morte por um período de até 90 dias. O Centro de Referência e Apoio à Mulher (Cream) está em fase de implantação, devendo ser inaugurado no final de fevereiro de 2009. Todos os serviços dispõem de equipe técnica multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogas, pedagogas e advogadas, registrando atendimento, nesse período, de 266 mulheres, crianças e adolescentes.

Além dos serviços citados, a Seas, em parceria e articulação com ONGs e outros setores governamentais, vem desenvolvendo na periferia da cidade, conforme registro das Delegacias de Polícia, oficinas populares sobre a temática da violência contra a mulher, registrando 187 pessoas, entre homens e mulheres, em três oficinas.

#### **Atendimentos realizados pelos Serviços de Atenção à Mulher**

<b>ATENDIMENTO</b>	<b>SAPEM</b>	<b>CASA ABRIGO</b>
USUÁRIAS ATENDIDAS	415	-
MULHERES ABRIGADAS	38	5
CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ABRIGADOS	42	12
ENTREGA DE NOTIFICAÇÕES	498*	-
TRANSPORTE AO IML	25*	-

Fonte: Secretaria de Estado de Assistência Social e Cidadania do Amazonas

Período: Setembro/2007 a Janeiro/2008

\*Novembro/2007

## SERVIÇO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL (SAVVIS)

### Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Maternidade Dr. Moura Tapajós

Zélia Maria Campos

zeliacampos@yahoo.com

**Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: recursos humanos; recurso federal: medicamentos e recursos do Proesf.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência sexual é considerada um problema de saúde pública por suas inúmeras conseqüências. O atendimento das vítimas em serviço de saúde qualificado diminui o risco de gravidez indesejada, contaminação pelo HIV e outras DSTs, além de psicopatologias decorrentes do abuso, suicídio, entre outros. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem por objetivo específico ações de ampliação e acessibilidade das vítimas nos serviços de saúde.

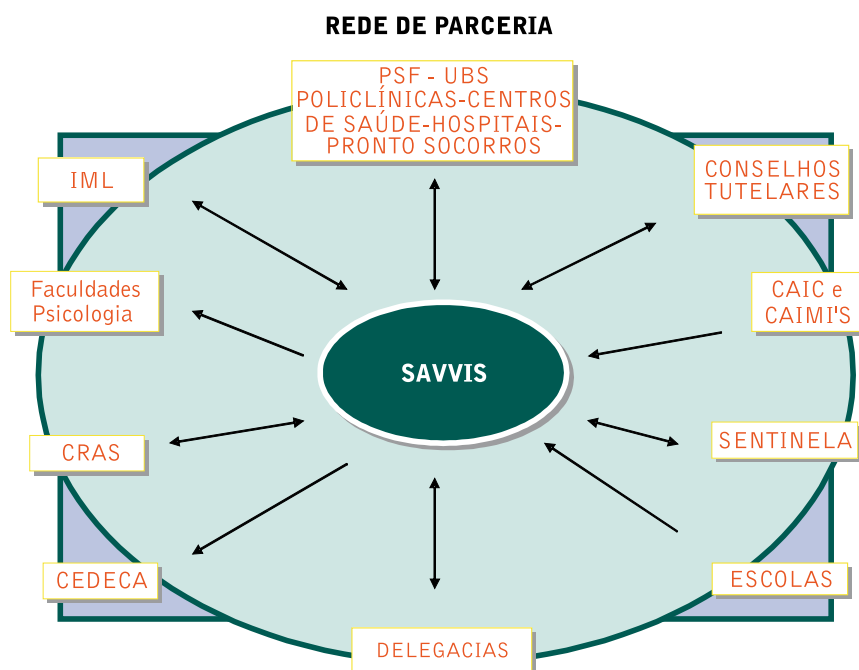
**Objetivo:** Prestar atendimento humanizado e integral às vítimas de violência sexual.

**Atividades:** O SAVVIS iniciou suas atividades em janeiro de 2006 com uma equipe composta por gineco-obstetra, pediatra, legista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos e assistentes administrativos. O acolhimento da vítima e familiares é realizado por equipe transdisciplinar e as rotinas estão estabelecidas de acordo com o tempo da violência sexual. Os casos de estupro ou de atentado violento ao pudor com atendimento médico precoce, até 72 horas, recebem a profilaxia do HIV e de outras DSTs. A contracepção de emergência está indicada até cinco dias da ocorrência, nos casos em que a vítima não está em uso de nenhum método de anticoncepção ou que o agressor não tenha feito uso do preservativo. É rotina a coleta de sangue para exames como teste rápido para HIV, hemograma, transaminases, e Beta HCG e coleta de esperma e secreções da vagina, ânus e/ou cavidade oral para futuro exame de DNA. O exame médico pericial pode ser feito na própria unidade. A vítima recebe um cartão de acompanhamento ambulatorial com data de retorno e informações sobre exames coletados. O acompanhamento médico e psicológico ambulatorial previsto é por seis meses. A vítima recebe orientações da equipe quanto aos direitos que possui em caso de gravidez, que vão desde o aborto previsto por lei até o pré-natal. Se a vítima não comparecer às consultas, é feita a busca ativa em sua residência pela assistente social. Há acompanhamento psicossocial domiciliar, inclusive por ocasião do pré-parto, pós-parto



ou pós-abortamento. De acordo com a particularidade de cada caso, são feitas as devidas notificações (Conselho Tutelar/Vara da Infância; Vigilância Epidemiológica; outros) e as instituições que fazem parte da Rede de Atendimento à Vítima de Violência Sexual são acionadas, como, por exemplo, o programa Sentinela, Cedeca, Delegacias etc. Além disso, são realizados treinamento e ações educativas voltadas para funcionários da própria instituição (diretores, recepcionistas, equipe de saúde, limpeza, segurança, administrativos, etc), com o objetivo de capacitá-los tecnicamente e sensibilizá-los para o projeto; reunião semanal com representantes de outras instituições para integrar/ampliar a rede e divulgar o serviço; participação em reuniões, cursos, fóruns e outros eventos para discussão da temática e promoção de cursos de multiplicador para a implantação do serviço em outras unidades de saúde.

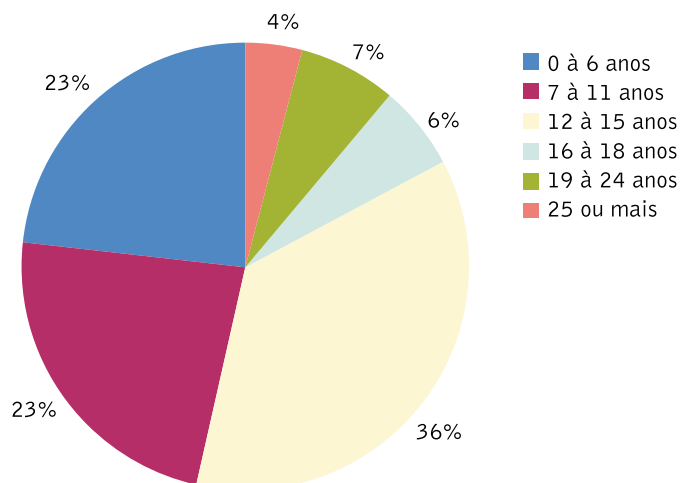
### Envolvimento Intersetorial:



**Resultados:** Em dois anos, 363 pessoas foram atendidas e acompanhadas pelo SAVVIS, sendo 94% do sexo feminino e 6% do sexo masculino. A maioria das vítimas foram crianças e adolescentes (82%). Em 25% dos casos não houve confirmação da violência sexual. Entre os dezesseis casos de gravidez por estupro, oito resultaram em abortamentos previstos por lei e oito, devido à procura tardia pelo serviço, tiveram o pré-natal e o parto realizados na própria Maternidade. Nenhum dos recém-nascidos desses casos foi encaminhado para adoção, por opção das usuárias e de suas famílias. Em 12% dos casos foi possível realizar a profilaxia DST/HIV, sendo que, destes, 52% concluíram o

tratamento e 48% desistiram. Em 17% dos casos foi realizada a contracepção de emergência. Destes, apenas um caso resultou em gravidez. Cinquenta e uma instituições encaminharam 246 (67%) pacientes para o SAVVIS e 177 (33%) casos foram por demanda espontânea.

### VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL POR FAIXA ETÁRIA



Fonte: SAVVIS - Hospital Universitário Francisca Mendes - Universidade Federal do Amazonas (Ufam)

# SERVIÇO DE ATENDIMENTOS ÀS VÍTIMAS DE AGRESSÃO SEXUAL

## Universidade Federal do Amazonas

- Informações gerais

**Responsável:** Hospital Universitário Francisca Mendes

Ione Rodrigues Brum

ionehelder@uol.com.br

**Parcerias:** Secretaria de Estado de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal. Valor total anual: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

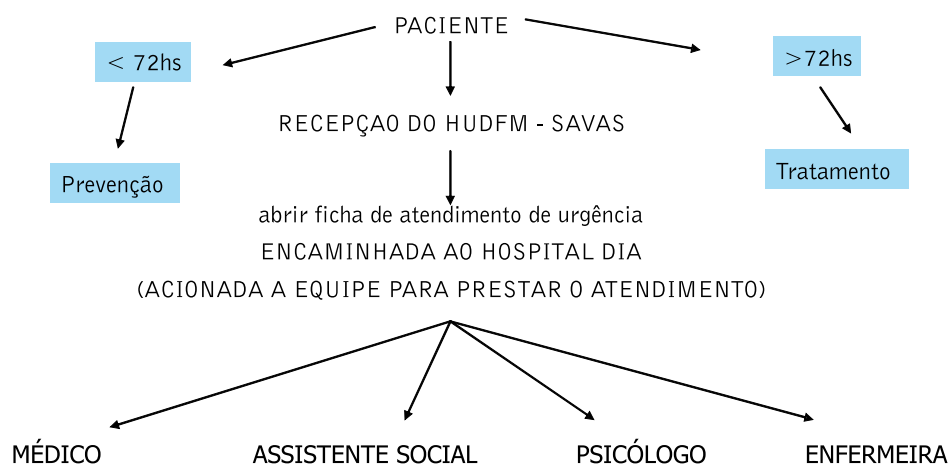
- Resumo

**Justificativa:** A violência sexual é uma das causas de agravo à saúde, pois compõe o universo epidemiológico responsável pela mensuração do bem-estar, qualidade de vida e desenvolvimento social de uma comunidade. O Serviço de Atendimento à Vitima de Abuso Sexual (Savas), pioneiro em Manaus (Amazonas), teve início no ano de 2001, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, no Hospital Universitário Dona Francisca Mendes, sob coordenação da prof<sup>a</sup>. dr<sup>a</sup>. Ione Rodrigues Brum.

**Objetivo:** Atender a demandas espontânea e reprimida de indivíduos vitimados por abuso sexual na cidade de Manaus.

**Atividades:** Atendimento médico, enfermagem e serviço social (urgência e acompanhamento); atendimento psicológico da vítima e familiares; sorologia para Hep. B, HIV, VDRL, Bhcg e bacterioscopia, na urgência e no acompanhamento; coleta e armazenamento de material para exame de DNA; profilaxia das DSTs, HIV, contracepção de emergência e interrupção da gestação.

### FLUXOGRAMA DO SAVAS



**Resultados:** PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA VÍTIMA DO SAVAS: 286 das vítimas (96,6%) eram do sexo feminino; 117 pacientes (39,3%) tinham entre 11 e 15 anos; 267 (89,6%) eram solteiras; 147 pacientes (39,3%) tinham o Ensino Fundamental incompleto; 167 pacientes (56,0%) eram virgens; 54,5% (325) dos pais possuíam atividade profissional e 22,8% (136) estavam desempregados. PERFIL DO AGRESSOR DA VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL: em 74,1% (221) dos abusos sexuais, o perpetrador foi único; 54,7% (163) dos agressores tinham seu grau de consciência normal e 59,4% (177) são conhecidos da vítima. 59,6% (178) das pacientes sofreram algum tipo de intimidação durante a agressão sexual. Entre estas, 29 (16,3%) sofreram intimidação por arma, 34 (19,1%) por força física, 35 (19,7%) por ameaça e 80 (44,9%) por intimidação múltipla.

# VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

## Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas/Fundação de Vigilância em Saúde

- Informações gerais

**Responsável:** Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Fundação de Vigilância em Saúde

Maria do Perpétuo Socorro Sampaio Oliveira

mariapcavalcante@ig.com.br | (92) 3654-5568

**Parcerias:** Unidades de Urgência e Emergência; Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; Universidade Federal do Amazonas (Ufam).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal do Fundo Nacional de Saúde: R\$ 21.129,00 (vinte e um mil, cento e vinte e nove reais).

- Resumo

**Justificativa:** Em setembro de 2007 realizou-se a 2ª pesquisa sobre violências e acidentes em serviços Sentinela de urgências e emergências com a utilização do aplicativo “Viva” 2.0.

**Objetivos:** Conhecer melhor a magnitude e caracterizar as violências e acidentes na cidade de Manaus, com relação à tipologia, local de ocorrência e perfil de vítimas e agressores.

**Atividades:** A pesquisa realizada por amostragem através da coleta em turnos alternados foi realizada por acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, contratados pela Fundação de Vigilância em Saúde com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Urgência e Emergências: P. S. “28 de Agosto”; P. S. “João Lúcio Machado” e P. S. da Criança Zona Leste. O período da pesquisa foi de um mês (1º a 30 de setembro/2007). Foram realizadas 2.100 (duas mil e cem) entrevistas nos atendimentos de urgências e emergências em acidentes e violências.

**Resultados:** Os dados apresentados referem-se à cidade de Manaus, atualmente com 1.688.524/hab. estimativa/2006 IBGE. Houve atendimentos a pacientes procedentes de outros municípios (4,39%) do estado do Amazonas e estados vizinhos (0.05%). Quanto ao sexo, houve a predominância do sexo masculino (n=1427) com 68%, e o sexo feminino (n=673) com 32% do total de atendimentos. Relativamente à raça/cor dos pacientes a predominância foi dos que declararam ser de cor parda com 80%. Quanto à escolaridade, os resultados indicam que o maior percentual foi para aqueles que ainda estão fora da escola, acusando o maior percentual para “Não se aplica” (22,67%), seguido pelos que cursaram da 5ª a 8ª série incompletas, (16.63%) ficando em 15% para os que possuem o Ensino Médio completo e os que cursaram da 1ª a 4ª série incompleta. Quanto à evolução do caso e intencionalidade ou não: dos 2.067 casos, 1.811 (86%) afirmaram

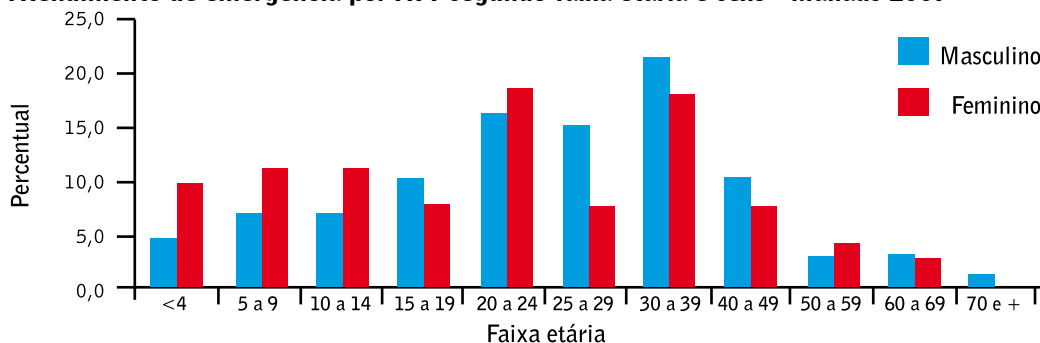
que sofreram acidente e 256 (14%) afirmaram ter sofrido violência. Desses atendimentos, segundo evolução do caso, o maior percentual de altas foi para acidentes (69,69%) e internação hospitalar, com 32,81% para violências. Quanto aos acidentes de transporte terrestres, 268 casos foram devidamente classificados conforme a categoria de vítima. O sexo masculino (198 casos) ficou com 74% e (70 casos) 26% foi do sexo feminino. A categoria que mais sofre acidentes são os motociclistas do sexo masculino, com 54%, e os pedestres do sexo feminino, com 34%.

Dos 802 casos de quedas, o sexo masculino ficou com 61% mais 39% do sexo feminino. O tipo de queda que mais ocorreu foi a de mesmo nível em todas as faixas etárias. Porém, entre > quatro anos foram quedas de leito com 75%, seguida de queda de mobília (47%). Crianças e adolescentes entre 5 e 14 anos caem de árvores (41%). Chamando a atenção para acidentes relacionados ao trabalho temos 25% de quedas na faixa etária 40-59 anos com queda de andaime. Ocorreram 41 casos de queimaduras, o maior percentual quanto à parte do corpo atingida (41%) dos membros superiores, seguida de 17% dos órgãos genitais e 15% dos membros inferiores.

Houve 12 casos de suicídio, 33,3%. A parte do corpo mais atingida foi o abdome/quadril, seguida de 25% do tórax/dorso e 16,7% para cabeça/face e pescoço.

Os meios de agressão mais utilizados foram 28% por ameaças, seguidos de 27% força corporal e 21% para objeto perfurocortante. O provável autor que mais ocorreu refere-se a desconhecido, com 44%, conhecido com 38,64%, e familiar, 17,42%.

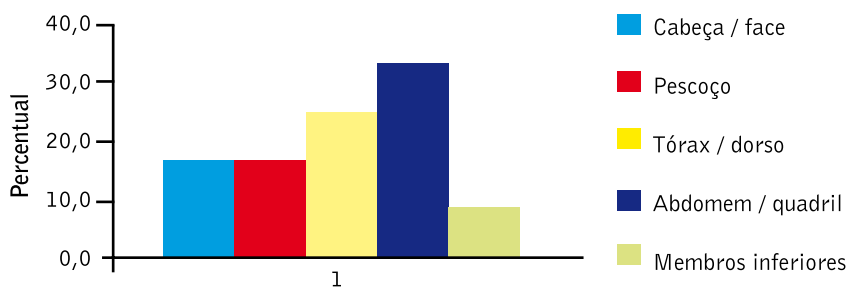
#### Atendimento de emergência por ATT segundo faixa etária e sexo - Manaus 2007



Fonte: "VIVA" - Fundação de Vigilância em Saúde - SES/AM

#### Atendimento na emergência por suicídios(tentativas) segundo parte do corpo atingida

##### Manaus - setembro 2007



parte do corpo atingida

Fonte: "VIVA" - Fundação de Vigilância em Saúde - SES/AM

## 6. RONDÔNIA

### A IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS EM PORTO VELHO

Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura do Município de Porto Velho



- Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental/Semusa/PMPV

Régia de Lourdes Ferreira P. Martins

regia.martins@yahoo.com.br | (69) 3901-2963/3216-6610

**Parcerias:** Departamento de Atenção Básica, Departamento de Média e Alta Complexidade, Núcleo Interinstitucional de Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde; Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres/PMPV, Secretaria Municipal de Assistência Social/PMPV, Secretaria de Estado da Saúde, Agência de Vigilância em Saúde.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal da Pesquisa de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, Carta de Acordo n. 407-606.

- Resumo

**Justificativa:** Porto Velho, capital do estado de Rondônia, possui uma área geográfica de 34.068,50 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 11,39 hab/km<sup>2</sup> e taxa de crescimento populacional estimada em 2,2% (IBGE/2000-2006). A população residente estimada é de 387.964 habitantes (IBGE 2007), com predomínio do sexo feminino (50,18%) e de localização urbana (81,79%).

**Objetivo:** Desenvolvimento de ações de enfrentamento e prevenção à violência no município.

**Atividades:** desenvolvimento do *Projeto Acolher*, pela Secretaria Municipal de Assistência Social/PMPV; criação do Centro de Referência à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde/Semusa; desenvolvimento de ações de orientações e encami-

nhamento às mulheres que sofrem violências, pela Casa Amparo; implantação do Núcleo de Prevenção à Violência, na Maternidade Municipal; realização da 1ª e 2ª Pesquisas de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, da Campanha de Prevenção a Acidentes de Trânsito e da 1ª Semana Mundial das Nações Unidas de Segurança Viária – Etapa Municipal, e do Seminário de Mobilização sobre Doenças e Agravos não Transmissíveis, com ênfase em Alcoolismo X Trânsito, pela Semusa; treinamento sobre violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes e implantação da notificação e investigação das violências nas Unidades de Saúde (públicas e privadas); criação do Conselho Municipal de Defesa da Mulher, realização do Seminário sobre a Lei Maria da Penha e da campanha “16 dias de ativismo pelo fim da violência contra a mulher”.

**Resultados:** A vigilância e prevenção às violências em Porto Velho é um processo que está sendo construído e consolidado há pouco tempo, pelos setores que atualmente desenvolvem atividades com esta finalidade. Os resultados são pontuais, mas valiosos ao considerarmos o que já foi alcançado. Com uma consolidação mais ampla, porém em breve estaremos colhendo mais resultados positivos.



1. Apresentação
2. Introdução
3. Alagoas
4. Bahia
5. Ceará
6. Maranhão
7. Paraíba
8. Pernambuco
9. Piauí
10. Sergipe

## **EXPERIÊNCIAS DA REGIÃO NORDESTE**

**SÃO LUÍS – MARANHÃO  
18 E 19 DE FEVEREIRO DE 2008**

## I. APRESENTAÇÃO



Governador do Maranhão, Jackson Lago, abre o seminário da Região Nordeste. À esquerda, o Secretário de Estado da Saúde do Maranhão e vice-presidente do CONASS na Região Nordeste, Edmundo Gomes e o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso Silva

A violência é um problema que, para ser enfrentado, precisa da interação dos diversos segmentos sociais e destes com a sociedade. Não seria justo, nem tampouco eficaz, colocar um problema de tamanha magnitude na responsabilidade de apenas um setor. Para lidar com este problema, temos também que trabalhar com pesquisas e dados que possam direcionar as políticas públicas para a prevenção e o enfrentamento da violência. O CONASS, reconhecendo a violência como um problema de saúde pública, resolveu discutir nacionalmente o tema a fim de pautar o Ministério da Saúde com informações que possam contribuir para a elaboração de políticas públicas para combater a violência e diminuir o ônus que ela traz para o SUS.

Temos de lidar com a verdadeira dimensão da violência, que é muito maior do que mostram as manchetes dos jornais. É nossa obrigação, enquanto cidadãos e gestores, resolver os problemas que afligem a população. Temos que intervir na questão da violência, desde aquela menos agressiva, que muitas vezes é psicológica e pode ser reprimida com ações simples, até aquela mais grave e que leva ao óbito. Mas isso só é possível se atuarmos em conjunto com outros setores, com ações solidárias pautadas em dados e em políticas bem delimitadas.

A apresentação das experiências da Região Nordeste foi surpreendente. Vários projetos mostraram que a constatação de que a violência é um problema de saúde pública foi bem aceita, de forma leve, porém responsável. Percebemos que todos os participantes estão ávidos para contribuir com essa luta. Vimos que muito já é feito pela saúde para prevenir e combater a violência. Agora, é preciso aglomerar e consolidar estes projetos e somar esforços que já estão sendo feitos para elaborar novas propostas que irão somar e tornar mais sólidos estes esforços.

Tenho certeza de que o Seminário Nacional irá apontar para ações que deverão ser desencadeadas pela saúde e que estas ações irão marcar a saúde brasileira como ator importante no enfrentamento da violência.

Edmundo Gomes

Vice-presidente do CONASS na Região Nordeste

Secretário de Estado da Saúde do Maranhão

“Há vinte anos assistimos a luta pela participação da sociedade nas decisões e nas políticas de saúde deste país. O SUS é pioneiro na participação popular, tem toda experiência e propriedade para discutir a violência e atentar para a necessidade de tratá-la como um problema de saúde pública. O sistema de segurança, com certeza, passa a ter aliados fortes como o CONASS, o Ministério da Saúde, a Opas e o Conasems. Não há dúvida de que a queda da violência depende de um conjunto de ações que visam à melhoria da qualidade de vida, e a contribuição da saúde certamente será consolidada nas políticas públicas do país”.

Jackson Lago

Governador do Maranhão

## 2. INTRODUÇÃO

O Seminário Violência: uma epidemia silenciosa na Região Nordeste ocorreu na cidade de São Luís, Maranhão, nos dias 18 e 19 de fevereiro de 2008. Com 380 participantes dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, o seminário foi aberto pelo governador do estado, Jackson Lago, e pelo Secretário de Estado da Saúde e vice-presidente do CONASS, Região Nordeste, Edmundo Gomes, e contou ainda com a participação do deputado estadual Pavão Filho, do secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso Silva, do secretário estadual de Direitos Humanos, Sálvio Dino Júnior, do diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, Otaliba Libânio de Moraes Neto, da secretária municipal de Saúde de São Luís, Terezinha Abreu, do representante do Cosems do Maranhão, Cleomar Tema, do assessor em Promoção da Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Fernando Rocabado.

Foram apresentadas 17 experiências estaduais, municipais e de universidades, sendo uma de Alagoas, uma da Bahia, duas do Ceará, três do Maranhão, cinco da Paraíba, uma de Pernambuco, três do Piauí e uma de Sergipe. As experiências abordaram, de uma maneira geral, os diversos eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência inter-pessoal (agressões/homicídios); violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

Nos debates foram esclarecidas dúvidas referentes às experiências apresentadas e discutidas as dificuldades geradas pelas várias fichas de notificação existentes e a necessidade de criar mecanismos para a padronização de informação e compatibilização dos diversos bancos de dados, bem como a ausência de financiamento específico para a implantação de ações de prevenção e de enfrentamento da violência. Foram abordadas ainda, a necessidade de se intensificar as ações de prevenção da violência contra os idosos e contra os trabalhadores e a importância das escolas promotoras de saúde na promoção da cultura da paz.

### 3. ALAGOAS

#### COMISSÕES DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS

Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas



##### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Diretoria de Promoção da Saúde

Eliana Cavalcanti Padilha

eliana.padilha@uol.com.br | (82) 3315-1135/3315-1680

**Parcerias:** Secretaria de Estado da Educação; Secretaria Municipal de Saúde de Maceió; Sociedade Alagoana de Pediatria; Universidade Federal de Alagoas (Ufal); Companhia Energética de Alagoas (Ceal); Conselho Estadual de Educação.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso do Ministério da Saúde; recursos da Fundação de Apoio à Pesquisa (Fapeal) no início do projeto.

##### ▪ Resumo

**Justificativa:** Os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira, que demandou a definição de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Em Alagoas, as questões relacionadas principalmente à violência, vêm aumentando significativamente, sendo necessária uma ação vigilante para minimizar essa problemática. Dentro da proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), destaca-se a preocupação com a segurança e propõe a prevenção de acidentes com crianças e adolescentes e na comunidade escolar. Por isso a Sociedade Alagoana de Pediatria e outros atores, ao considerar a importância do papel da escola na formação cidadã de crianças e adolescentes, encaminhou para a

Câmara Municipal um projeto que criava o Programa Permanente de Prevenção de Acidentes e Violência nas Escolas e, no dia 27 de dezembro de 2002, foi sancionada a Lei 5259, que tem como estratégia a implantação de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência nas Escolas (Cipaves).

**Objetivos:** favorecer uma cultura de prevenção, de cuidados e de promoção de saúde nas escolas; diminuir a morbimortalidade por acidentes e violências na comunidade escolar; sensibilizar as escolas municipais de Maceió na perspectiva da iniciativa Escola Promotora de Saúde.

**Atividades:** A metodologia empregada é o estudo de intervenção educativa a partir da observação da realidade de cada escola e entorno, com suas peculiaridades. Os atores sociais são os diretores, coordenadores pedagógicos, educadores, alunos, familiares e profissionais de saúde; assim como os membros do Comitê Assessor que coordena e norteia a implantação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violências nas Escolas (Cipaves). As etapas desenvolvidas foram: realização de um diagnóstico das escolas através de aplicação de questionário; visitas de sensibilização nas escolas, envolvendo diretores, professores, coordenadores, funcionários, alunos e pais; eleição dos Cipaveiros (quatro segmentos); capacitação dos membros eleitos; elaboração do mapa de risco da escola e acompanhamento e avaliação.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Secretaria de Estado da Saúde, Companhia de Eletricidade de Alagoas, Sociedade de Pediatria, Fundação de Apoio à Pesquisa (Fapeal), Sesi e outros.

**Resultados:** Criação das Cipaves em 20% das escolas da rede pública de Maceió; implementação de estratégias de Escolas Promotoras de Saúde através da realização de seminários e encontros de sensibilização dos envolvidos; inclusão pela Secretaria Municipal de Educação desse programa no projeto pedagógico plurianual; criação do comitê assessor; capacitação técnica no campo da prevenção de acidentes e violências; elaboração do regimento das Cipaves.

As ações educativas de promoção de saúde e de melhoria da qualidade de vida nas escolas de Maceió foram iniciadas por meio da implantação do Programa Permanente de Prevenção de Acidentes e Violências, cabendo ao Comitê Assessor e às Cipaves de cada escola, manter acesa a perspectiva de prevenção da violência e a busca da paz. A oportunidade de se trabalhar, interdisciplinarmente e interinstitucionalmente para a realização desse projeto também é um ponto relevante. Vale ressaltar a valorização da autonomia de cada Cipave para análise e tomada de decisões reforçando o potencial coletivo comunitário. É sensível a melhoria de algumas escolas e seu entorno, com relação à violência. Esta iniciativa pioneira em Alagoas foi apresentada em um congresso de saúde do adolescente em Portugal e consta da publicação de um livro da Opas/Ministério da Saúde, Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil (2007).

## 4. BAHIA

### OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA: ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DE REGISTROS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NA BAHIA

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep/Suvisa)

Francisco dos Santos Santana

frsantana@hotmail.com | (71) 3270-5827/5840

**Parcerias:** Da própria SES: Diretorias Regionais de Saúde (Dires), Diretoria de Informação em Saúde (DIS), Centro de Estudos de saúde do Trabalhador (Cesat) e Centro de Informações Anti-veneno (Ciave); Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza/Programa Sentinela, Secretaria de Justiça, de Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH); Secretaria de Segurança Pública; Vigilância Epidemiológica dos municípios baianos com mais de 100 mil habitantes (ou municípios prioritários como Salvador, Alagoinhas, Simões Filho, Camaçari, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Lauro de Freitas, Barreiras, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Paulo Afonso, Porto Seguro e Teixeira de Freitas); ONG Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV); Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); Secretaria de Segurança Pública/Projeto Viver; Departamento Estadual de Trânsito (Detran), Superintendência de Engenharia do Tráfego/PMS; Departamento de Polícia Rodoviária Federal 10ª DPRF; Batalhão da Polícia Rodoviária Estadual (BPRv); Samu.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios da Vigilância Epidemiológica – Dant/Divep/Suvisa; recurso federal do Vigisus.

## ▪ **Resumo**

**Justificativa:** A violência, sob diversas formas, tem sido uma constante na formação, na existência e nas relações de todas as sociedades. No entanto, a compreensão a respeito da determinação social, política e econômica das diversas manifestações do fenômeno e o avanço na definição dos direitos humanos, ao tempo em que identifica como violência as situações cotidianas, têm feito com que, cada vez mais, ela seja desnaturalizada. A compreensão da violência implica abordá-la e vê-la, também, como um problema prioritário de saúde nas grandes cidades do interior da Bahia e região metropolitana de Salvador, onde em geral tem sido a segunda causa de morte. Daí a necessidade de se dispor de informação mais sistemática, trabalhada, oportuna e acessível sobre a ocorrência de manifestações da violência, sua magnitude, a distribuição na população e no espaço da cidade, o perfil das vítimas e dos agressores, as circunstâncias envolvidas etc.

**Objetivos:** Articular as informações de produção de serviços das instituições que lidam com acidentes de transportes no estado e nos quinze municípios com mais de cem mil habitantes, produzindo e difundindo análises integradas de modo a permitir maior visibilidade e melhor compreensão das expressões dos acidentes de transportes no estado da Bahia, favorecendo o enfrentamento desse problema, tanto na perspectiva da ação dos organismos de estado como a participação da população e do controle social sobre as ações desenvolvidas.

O que se pretende com a presente proposta é identificar, levantar, articular, processar, analisar e difundir a informação sobre a violência que não mata (direta e imediatamente) e que se expressa nos registros do Instituto Médico Legal, Detran, Polícia Rodoviária Estadual, Polícia Rodoviária Federal, Samu, coletadas através do SIM e do SIH nos municípios prioritários, nos diversos serviços de atenção à saúde e no noticiário, de modo a contribuir para melhorar a definição e ampliar os contornos do quadro da situação desse problema.

Propõe-se uma linha de ação que articule os diversos sistemas de informações das instituições que produzem dados sobre acidentes e violências no estado, criando uma forma de organização, análise e divulgação das informações que se constitua em um produto de interesse coletivo. Produto que alimente não só as definições de políticas e ações governamentais, mas também o controle social sobre as manifestações dos acidentes e da violência.

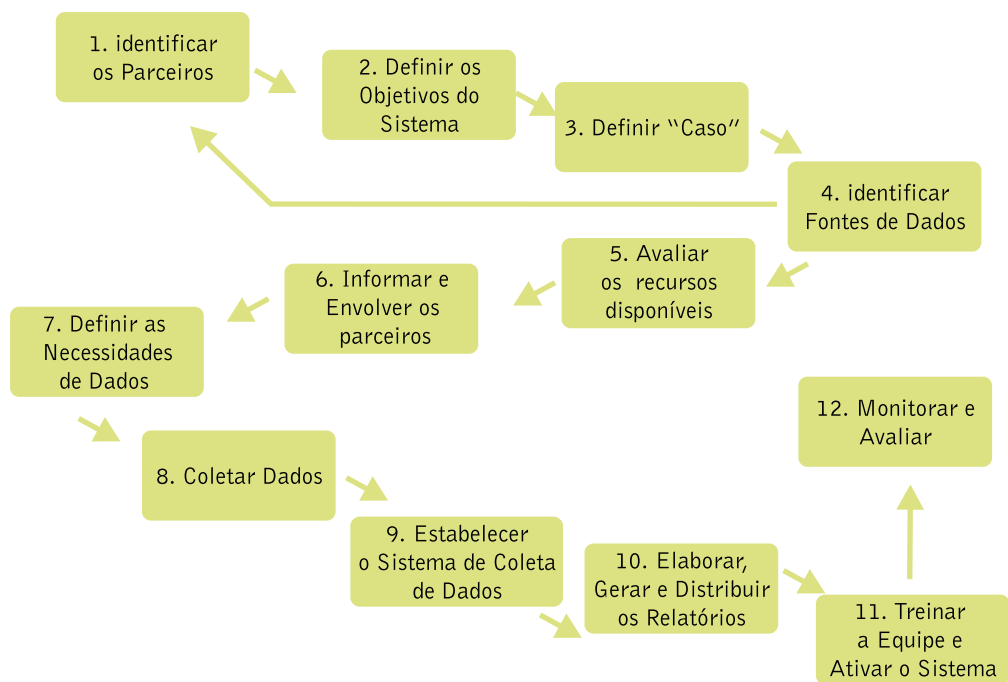
**Atividades:** Estruturação dos núcleos (espaço físico, equipamentos e outros); identificação das formas de registro (instrumentos de coleta); uso da informação sobre a atenção a pessoas vítimas de acidentes de transportes disponíveis na segurança pública, na ação social, na justiça e na saúde; avaliação da qualidade dos registros de produção de serviços e seu potencial de contribuição para a composição do quadro – e monitoramento – da situação dos acidentes; discutir possíveis “máscaras” de situações de acidentes de transportes nos registros dos serviços de saúde; identificação e discussão da possibilidade



de “situações – Sentinela” para determinadas expressões de acidentes de transportes (atropelamentos, colisões, quedas etc.); analisar as formas de articulação possível entre os sistemas de registro dos vários setores; discutir os empecilhos e resistências à produção e difusão compartilhada de informação; discutir estratégias de compartilhamento de dados e de elaboração de análises consolidadas da informação; levantar e analisar sistematicamente as notícias de ocorrências de acidentes publicadas nos três jornais de maior circulação no estado, utilizando o resultado para compor o quadro da situação; propor uma estrutura física, fluxo e esquema de produção sistemática de informação compartilhada em Rede e de monitoramento da situação de violência nos quinze municípios baianos com mais de cem mil habitantes e na região metropolitana de Salvador.

**Envolvimento intersetorial:** Detran; SET/PMS; Polícias Rodoviárias Estadual e Federal; *Projeto Viver*; Programas Sentinela/Sedes; SJCDH; Samu; Ciava; Cesat; FCCV/UFBA; DIS/Sesab; Vigilância Epidemiológica dos municípios prioritários; Dires; Unicef, etc, que se reúnem periodicamente na Divep/Sesab para discutir e realizar atividades conjuntas a exemplo do Seminário Estadual Sobre Saúde e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no estado; a disponibilização de dados dos sistemas de registro de acidentes de transportes (Detran, SET/PMS e Departamento de Polícia Rodoviária Federal 10ª DPRV); sessão científica etc.

**Resultados:** realização do Seminário Sobre Saúde e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências na Bahia; elaboração de Propostas de Redução da Morbimortalidade por acidentes e Violências na Bahia; constituição de grupo articulador intersetorial; realização de seminários, oficinas conjuntas nos municípios prioritários; inclusão do tema Violência e Acidentes na agenda da Secretaria de Estado da Saúde; diagnóstico da situação de violência e acidentes no estado da Bahia e nos 15 municípios com mais de 100 mil habitantes; cadastro de instituições/pessoas parceiras: nome das instituições, pessoas para contatos, telefones, e-mail; sistema de informação das entidades parceiras identificadas e analisadas; acesso a dados de acidentes de transportes a partir de 2004, do Detran, do SET/PMS, da Polícia Rodoviária Federal e negociação com o DER/BA para acesso aos dados sobre acidentes de transportes da Polícia Rodoviária Estadual; acesso aos dados do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues desde 1998; participação articulada dos parceiros na Primeira Semana Mundial das Nações Unidas de Segurança Viária de 23 a 29 de abril de 2007 e acesso aos registros do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), a partir de 2004.

**As Etapas**

## 5. CEARÁ

### IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria de Estado da Saúde do Ceará



#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Vigilância Epidemiológica

Augediva Maria Jucá Pordeus, Dina Cortêz Lima Feitosa Vilar, Diva de Lourdes Azevedo Fernandes e Socorro Maria Pinho Penteadó

augediva@saude.ce.gov.br; socorrop@saude.ce.gov.br | (85) 3101-5213/5216

**Parcerias:** Núcleo de Epidemiologia; Núcleo de Informação e Análise em Saúde; Núcleo de Atenção Primária (GT Criança, Adolescente, Mulher, Adulto e Idoso) da própria Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; municípios de Fortaleza.

**Recursos Financeiros:** Recurso federal do teto financeiro/Dants: Valor total anual: R\$ 14.000,00 (quatorze mil reais).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A morbimortalidade por violência no Ceará representa um grave problema de saúde pública, não somente pelo número de internações, mas pelo número de vítimas com óbitos que ocorrem anualmente. Tendo em vista a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da violência, sua gênese, características das vítimas e dos agressores para uma maior aproximação da realidade e para a tomada de decisões, foi desenvol-

vido um projeto de implantação da vigilância da violência doméstica praticada contra a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, que são grupos mais vulneráveis.

**Objetivos:** a) Conhecer o tipo da violência, a gênese e as características dos agressores e das vítimas; desenvolver estratégias e políticas públicas para enfrentamento à violência; b) promover a articulação interinstitucional e quebrar o ciclo da transgeracionalidade.

**Atividades:** A implantação da vigilância contínua da violência no Ceará teve início no mês de setembro do ano 2006 e ocorreu em três etapas. A primeira etapa teve duração de seis meses, com realização de cinco seminários de sensibilização para a necessidade de implantação da vigilância, envolvendo gestores e técnicos municipais, orientadores regionais e técnicos da vigilância epidemiológica e da atenção primária do âmbito central da Sesa/CE. Na segunda etapa, foi realizada uma oficina de oito horas para a qualificação dos técnicos da vigilância e dos grupos técnicos da atenção à criança, adolescente, mulher e idoso da Sesa/CE, com o objetivo de formar monitores na vigilância da violência, como multiplicadores estaduais. A terceira etapa constou de oito oficinas descentralizadas, envolvendo técnicos das regionais de saúde, das vigilâncias das secretarias municipais, dos conselhos tutelares, das comissões de maus-tratos e da delegacia da mulher. Essa etapa foi realizada em noventa dias e teve início no mês de agosto de 2007.

**Envolvimento Intersetorial:** Conselhos Tutelares, Comissões de Maus-tratos, Delegacia da Mulher, entre outros.

**Resultados:** Os primeiros resultados desse projeto já podem ser contabilizados pelo número de notificações de violência recebidas pelas secretarias municipais e enviadas à Sesa/CE e pelo interesse manifestado por parte dos municípios. Foram realizadas oficinas nos municípios-sede das Ceres, onde participaram do treinamento 162 municípios, com uma média de três pessoas por município; o município de Fortaleza treinou em torno de 250 técnicos, entre profissionais que atuam nas secretarias executivas regionais e unidades de saúde.

# NÃO-VIOLÊNCIA: UM DESAFIO CONSTANTE

## Secretaria de Estado da Saúde do Ceará

### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Núcleo de Atenção Primária – Área Técnica do Adolescente

Maria Antonildes Damasceno Caxilé e Francisca Leonete Borges de Almeida antonildes@saude.ce.gov.br | (85) 3101 5282

**Parcerias:** Células Regionais de Saúde e os 184 municípios do estado.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

### ▪ Resumo

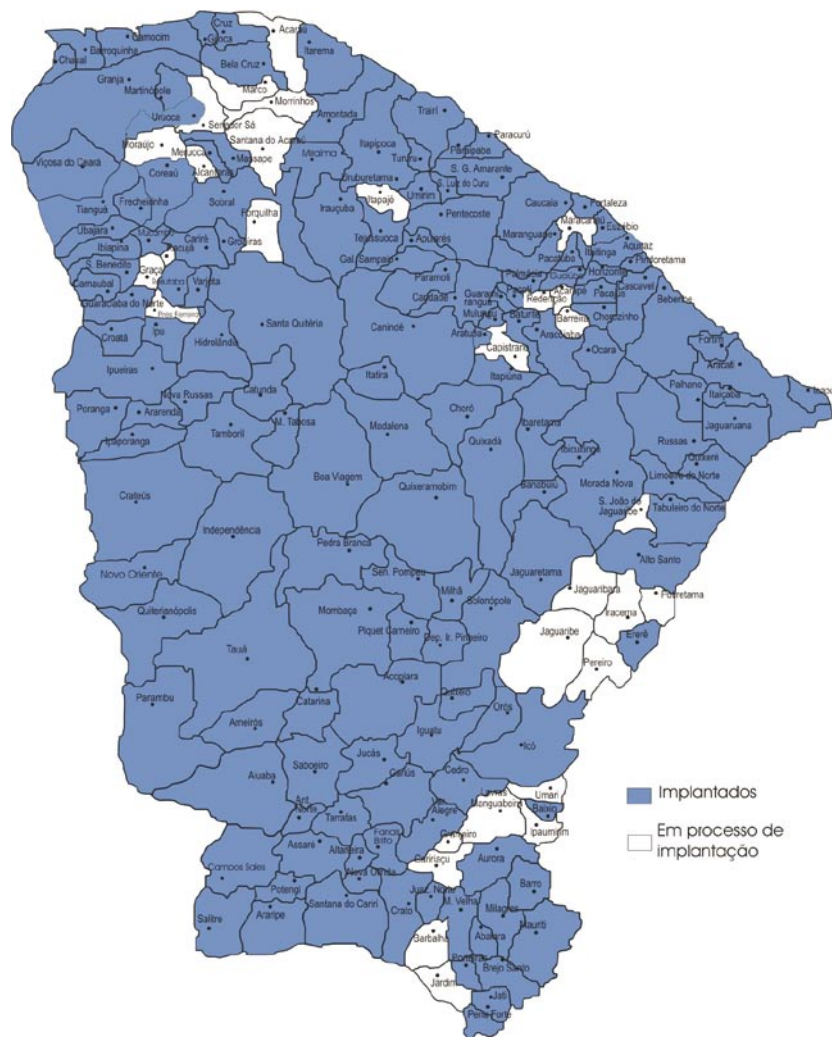
**Justificativa:** A violência contra crianças e adolescentes é uma realidade dolorosa como problema de saúde pública. Não pode ser vista tão-somente como uma responsabilidade policial, uma lastimável fatalidade ou conseqüência inevitável das tensas relações entre as pessoas diante das condições de estresse da “vida moderna”. É uma responsabilidade de todos os cidadãos e um dever especial dos profissionais de saúde. Representa hoje a segunda *causa mortis* no quadro geral da mortalidade brasileira e a primeira causa de obituário de crianças e adolescentes, de 5 a 19 anos, no Brasil. As denúncias de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, abusos físicos, sexuais e psicológicos ou abandono e negligência, que chegam ao conhecimento da sociedade e das autoridades, são bastante preocupantes. As estimativas dos profissionais que atuam nesta área são de que o número desses casos deve ser pelo menos três vezes maior. Buscando incorporar o procedimento de notificação no atendimento dos serviços de urgência e emergência dos hospitais, foi criada no Ceará, em 1993, a Lei 12.242/93 instituindo as Comissões de Atendimento e Prevenção aos Maus-tratos contra Criança e Adolescente, cujo papel fundamental é atender, avaliar, acompanhar e notificar os casos de maus-tratos e violência atendidos nos hospitais da rede SUS e das unidades hospitalares privadas. Para implementar esta lei foi elaborado e produzido um guia para subsidiar a criação das comissões. Diante da necessidade de aumentar o rastreamento na identificação e notificação, fez-se necessário ampliar o número das comissões de maus-tratos para outras unidades de saúde.

**Objetivo:** Implantar Comissões de Prevenção aos Maus-tratos contra Criança e Adolescente em hospitais e unidades de saúde em todos os municípios do estado.

**Atividades:** Disponibilização do Guia para implantação das Comissões de Prevenção aos Maus-tratos contra Criança e Adolescente para todos os municípios do estado. Sensibilização dos gestores municipais de saúde. Período de Execução: 2003 a 2006.

**Resultados:** Foram constituídas 415 comissões com 3.064 profissionais, nos hospitais públicos e filantrópicos, com extensão às unidades de saúde do PSF de 151 municípios do estado do Ceará.

## Municípios do Ceará com comissões de prevenção aos maus-tratos contra crianças e adolescentes 2003-2006



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará

# PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, MULHERES E IDOSOS

Secretaria de Estado da Saúde do Ceará/Escola de Saúde Pública do Ceará

- **Informações gerais**

**Responsável:** Escola de Saúde Pública do Ceará/Centro de Educação para as Profissões de Saúde

José Batista Cisne Tomaz

batista@esp.ce.gov.br | (85) 3101-1418

**Parcerias:** Núcleo de Epidemiologia; Grupo Técnico de Saúde Sexual e Reprodutiva; Grupo Técnico de Saúde da Criança e do Adolescente do Ceará; Secretarias de Estado de Ação Social e de Segurança e Defesa da Cidadania; municípios de Aracati, Beberibe, Canindé, Crateús, Crato, Iguatu, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maranguape, Quixadá e Sobral; ONGs Bem-Estar Familiar (Bemfam) e Centro de Combate à Violência Infantil (Cecovi); Núcleo de Articulação e Enfrentamento da Violência Sexual contra Criança e Adolescente; Casa do Caminho e Projeto Amor à Vida; Delegacia de Defesa da Mulher e Associação dos Defensores Públicos do Ceará.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 10.000,00 (dez mil reais); recurso do Ministério da Saúde no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

- **Resumo**

**Justificativa:** O estado do Ceará com 7,9 milhões de habitantes, apresenta como uma das principais causas de morbimortalidade aquelas decorrentes de acidentes e violências. Dentre essas, a violência doméstica, muito embora não seja sistematicamente notificada, assume proporções significativas, requerendo um esforço compartilhado do governo e sociedade civil organizada para o seu enfrentamento. Um grande número de atos de violência ocorre no seio da família, sendo as mulheres, as crianças e os idosos as vítimas mais frequentes de maus-tratos, que deixam como conseqüências lesões físicas, emocionais e morais. Como um problema fundamentalmente social que acompanha as transformações históricas da humanidade, a violência em qualquer uma das suas expressões requer uma atuação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional que fomente redes de atenção integral e de proteção social às vítimas. Assim sendo, a Escola de Saúde Pública do Ceará em parceria com a Secretaria da Saúde do Ceará e o Ministério da Saúde capacitaram, em serviço, profissionais para atender de forma humanizada às vítimas e organizar as redes locais de atendimento a criança, adolescentes, mulheres e idosos.

O Curso de Capacitação para a Organização da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Doméstica contemplou as três macrorregiões de saúde do estado (Fortaleza,

Sobral e Cariri) e capacitou simultaneamente 229 profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, promotores, juízes, delegados, profissionais da educação e conselheiros de direitos dos municípios de Aracati, Beberibe, Canindé, Crateús, Crato, Iguatu, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maranguape, Quixadá e Sobral.

**Objetivo:** Desenvolver nos participantes as competências necessárias para torná-los aptos a prestar atenção integrada e humanizada às vítimas de violência doméstica e organizar a Rede Local de Atenção às Vítimas de Violência.

**Atividades:** O curso teve momentos de sensibilização, reflexão, intervenção e partilha colaborativa, distribuído em uma carga horária total de 244h, na modalidade de ensino a distância. O conteúdo programático foi estruturado em seis unidades: I. Definindo Violência: aspectos socioculturais, políticos e econômicos; II. Vigilância Epidemiológica da Violência; III. Família no contexto da Violência; IV. Direito, Ética e Cidadania; V. Organização dos Serviços de Atendimento e VI. Organização da Rede Local de Atenção às Vítimas de Violência. A equipe foi composta por uma coordenadora, duas supervisoras e 11 facilitadores locais que assumiram o papel de estimular os alunos a uma reflexão contínua sobre o saber/fazer em serviço.

**Envolvimento Intersectorial:** diante da problemática, o curso possibilitou a preparação e formação de profissionais dos quatro eixos de atenção às vítimas de violência: saúde, psicossocial, policial e jurídico, além de técnicos da educação.

**Resultados:** Os 11 municípios beneficiados contam hoje com fluxos de atendimento organizados de acordo com a realidade local e com a porta de entrada da denúncia; com guias de serviços de referência às vítimas de violência, que foram impressos e distribuídos entre a população e com redes de atenção às crianças, adolescentes, mulheres e idosos, vítimas de violência. Após o curso outras ações foram implementadas, das quais se destacam: a criação do Núcleo de articulação e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes – Juazeiro do Norte; do Centro de Referência Mulher e Cidadania – Quixadá; do Observatório da Violência – Aracati; dos Comitês de Enfrentamento da Violência dos municípios de Canindé, Iguatu, Maranguape e Beberibe. Outro aspecto importante foi a mobilização e articulação entre os participantes do curso, que culminou com o estabelecimento de parcerias com a gestão pública, para o enfrentamento da violência nos municípios.



## 6. MARANHÃO

### ESTRUTURAÇÃO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO À SAÚDE

#### Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

##### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant)/Departamento de Vigilância Epidemiológica

Dalila de Nazaré Vasconcelos dos Santos, Victomar José Teixeira

[dalilanazare@terra.com.br](mailto:dalilanazare@terra.com.br); [vjteixeira2006@yahoo.com.br](mailto:vjteixeira2006@yahoo.com.br)

(98) 3218-8757/3218-2335

**Parcerias:** Da própria SES: Atenção Básica e Atenção à Saúde Integral das Pessoas com Deficiência; Secretaria de Estado de Segurança Cidadã; Detran; Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Delegacias Especializadas; Polícia Rodoviária Federal; municípios de São Luís.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais); recurso federal: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

##### ▪ Resumo

**Justificativa:** As “causas externas” no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbimortalidade da população. O perfil epidemiológico do estado do Maranhão para as Doenças Não Transmissíveis representa a maioria das causas de óbitos na população (T.Mort. 84,32 /100 mil hab.), em relação às Doenças Transmissíveis (T.Mort. 4,84 /100 mil hab.) em 2005. As ‘causas externas’, que incluem violências e acidentes, encontram-se como a 3ª causa de óbitos no estado, contribuindo com 9,9% do total dos óbitos em 2005.

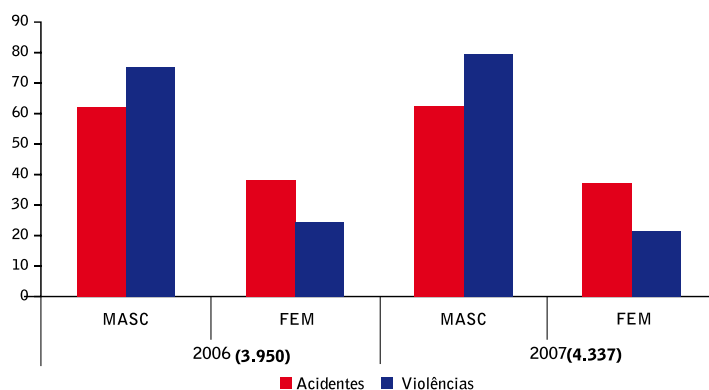
**Objetivos:** a) Fortalecer as ações intersetoriais de prevenção das violências e promoção à saúde, estimulando a cultura da paz no estado, e formar uma Rede de Prevenção e Atenção das Violências e Promoção da Saúde no estado; b) estruturar o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde; c) sensibilizar os gestores para o enfrentamento das violências; d) qualificar os profissionais da área de saúde em relação à prevenção da violência; e) melhorar a qualidade das informações sobre causas externas; f) promover a articulação com os órgãos afins no intercâmbio para os sistemas de informações em violências e elaborar um boletim epidemiológico.

**Atividades:** a) Implantação e/ou implementação da Ficha de Notificação e Investigação sobre Violência Doméstica, Sexual e outras; b) aquisição de equipamentos

para a estruturação do núcleo; sensibilização dos gestores de saúde; c) qualificação de profissionais de saúde e de órgãos parceiros em relação à vigilância das doenças não transmissíveis e promoção da saúde; d) articulação com órgãos afins para estabelecimento de intercâmbio entre os sistemas de informações em violências, e a divulgação de dados epidemiológicos; e) assessorar as ações de prevenção da violência; f) promoção da saúde nos municípios.

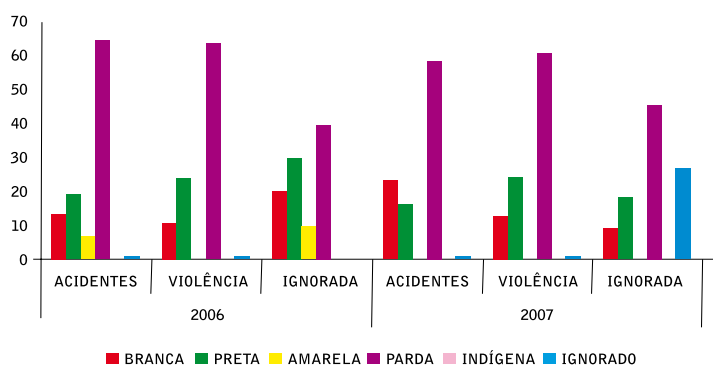
**Resultados:** a) Implantação da Ficha de Notificação/Investigação sobre Violência Doméstica, Sexual e outros, em 10 unidades de saúde do município de São Luís; b) desenvolvimento de ações educativas sobre prevenção das causas externas e promoção da saúde em parceria com outros órgãos; c) realização de 02 seminários de sensibilização para as ações de prevenção da violência e assessoramento das ações de prevenção da violência e promoção da saúde nos municípios, sendo aprovados 13 projetos em 2007 contra apenas 1 em 2006.

### Notificação de acidentes e violências segundo sexo nos Serviços Sentinela, São Luiz - MA, 2006 e 2007



Fonte: "VIVA" - Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

### Notificação de acidentes e violências segundo raça/cor nos Serviços Sentinela, São Luiz - MA, 2006 e 2007



Fonte: "VIVA" - Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

## OPERAÇÃO PÉ NA ESTRADA

Departamento Estadual de Trânsito (Detran)



### ▪ Informações gerais

Responsável: Rosany Maria Cunha Aranha  
roaranhaa@bol.com.br | (98) 3089-1527

Parcerias: Coordenadoria de Educação para o Trânsito; município de São Luís.

Recursos Financeiros: Recursos próprios: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Todos os anos durante as férias ou feriados prolongados, milhares de maranhenses viajam para o interior e cidades do litoral do estado. Esse acréscimo no fluxo de tráfego nas rodovias e nas cidades acaba refletindo no aumento dos acidentes de trânsito. Além do excesso de tráfego, o comportamento dos motoristas também contribui para o aumento dos índices de acidentes. Constata-se que no interior a falta de observância às leis de trânsito como o excesso de velocidade, o não-uso do cinto de segurança e principalmente o consumo de bebidas alcoólicas, a falta de sinalização, estradas inadequadas e a falta de respeito às particularidades do local, como crianças brincando nas ruas, excesso de ciclistas, animais soltos, acabam transformando a temporada de férias e feriados prolongados em um período de violência no trânsito.

**Objetivos:** O *Projeto Operação Pé na Estrada* tem como objetivo informar e conscientizar os motoristas que viajam pelo estado, sobre a necessidade de se manter um comportamento seguro durante as viagens e respeitar a cultura local no que diz respeito ao trânsito.

**Atividades:** As ações são realizadas por meio de *blitze* educativas em parceria com a Polícia Rodoviária Federal e outros parceiros nos pontos de saída dos municípios,

com a abordagem dos condutores, distribuição de material educativo (fôlderes, adesivos, cartilhas), apresentação de teatro e ações preventivas de saúde para os condutores de cargas pesadas.

**Envolvimento Intersetorial:** Divisões de Estatística, Engenharia de Trânsito e Orientação para o Trânsito da Coordenadoria de Educação para o Trânsito do Departamento Estadual de Trânsito – Detran, Secretaria Municipal de Trânsito e Transporte, Secretaria Municipal de Saúde, Polícia Rodoviária Estadual e Polícia Rodoviária Federal.

**Resultados:** Já foram realizadas 10 *blitze* educativas na BR 135, 28 palestras em escolas e empresas em áreas adjacentes, 3 ações de Saúde, atingindo um total de 55 mil pessoas nos municípios de São Luís, Imperatriz, Caxias, Bacabal, São Luís Gonzaga, Itapecuru, Carolina e São Vicente Ferrer.

## PROJETO SE LIGA! RESPEITE AS LEIS DE TRÂNSITO

Departamento Estadual de Trânsito (Detran)



### ▪ Informações gerais

Responsável: Rosany Maria Cunha Aranha  
roaranhaa@bol.com.br | (98) 3089-1527

Parcerias: Coordenadoria de Educação para o Trânsito; município de São Luís.

Recursos Financeiros: Recursos próprios: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Projeto que atua como agente transformador no trânsito, contribuindo para a disseminação de informações que permitam a mudança na conduta de pedestres, condutores, passageiros, ciclistas, motociclistas, condutores de veículos de tração animal, enfim, todos os usuários das vias. Suas ações educativas farão com que o tema trânsito seja analisado e refletido, desenvolvendo, assim, uma nova consciência urbana. É apresentado de forma lúdica e criativa, chamando a atenção dos usuários das vias para um comportamento mais seguro e responsável no trânsito, fazendo com que estes usuários percebam os riscos a que eles próprios se colocam.

**Objetivo:** Promover a mudança cultural e comportamental dos usuários do trânsito, estimulando a cooperação entre todos os usuários da via, o respeito às leis e a humanização no trânsito.

**Atividades:** Em cruzamentos de maior movimento ou em pontos estratégicos é feita a apresentação de peça teatral que permite a interação com a população. Atores brincam com as situações erradas no trânsito, corrigindo-as. Personagens utilizados: "pe-rua" usando celular no trânsito, o jovem dirigindo sem habilitação, motociclista sem o capacete, acidentado, bêbado dirigindo, o "condutor apressado fórmula 1", motorista sem

cinto de segurança, o ciclista ziguezagueando no trânsito, o “carroceiro e o jumento”, o “motorista nervoso”, o “pedestre distraído” e “a morte”.

**Envolvimento Intersetorial:** Coordenadoria de Educação para o Trânsito do Departamento Estadual de Trânsito (Detran); Polícia Militar; escolas públicas e particulares; universidades; comunidades; ONGs; órgãos públicos.

**Resultados:** 17 blitzes educativas em bares (álcool e direção); 4 sobre som automotivo, 13 sobre infrações de trânsito e 23 palestras nos municípios de São Luís, Imperatriz, Caxias, Bacabal, São Luís Gonzaga, Itapecuru, Carolina e São Vicente Ferrer.

## 7. PARAÍBA

### DESCENTRALIZAÇÃO E INTERIORIZAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Gerência Executiva de Ações Programáticas e Estratégicas

Valderez Araújo de Lima Ramos

valderezjp@yahoo.com.br | (83) 3218-7442

**Parcerias:** Gerência Operacional do Ciclo da Vida da SES/PB; Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa, Campina Grande, Patos, Guarabira e de Monteiro; ONGs: Cunha Coletivo Feminista, 8 de Março, Fórum ONG/Aids, Rede Feminista de Saúde e Direito Sexual e Reprodutivo; Secretaria de Estado de Direitos Humanos; Ministério Público Estadual; IML; Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Delegacias da Mulher; Programa *Sentinelas*; Caps.

**Recursos Financeiros:** Recursos do Tesouro Estadual no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) – 2003 a 2007; recurso do convênio firmado com o Ministério da Saúde (n. 1805/2000), no valor de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) – 2003 a 2007.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** Uma Rede de Atenção é formada por um conjunto de pessoas, instituições e entidades que desenvolvem ações de atenção e disponibilizam serviços, de forma articulada, cooperativa e complementar, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento de outros serviços. O aumento de registros de violência de gênero e maus-tratos na infância verificados no semi-árido da Paraíba culminou com a necessidade de reestruturação da política de enfrentamento à violência através de um programa de interiorização da rede de atenção. A meta final é de implementar a rede de atenção a todas as Gerências Regionais de Saúde (GRS) (12), oferecendo atenção especializada a 100% do estado da Paraíba.

**Objetivos:** a) Ampliar o acesso aos serviços de prevenção, assistência, encaminhamento e orientação às mulheres, crianças e adolescentes vitimados, expandindo a proposta para as Macrorregionais de Saúde; b) conscientizar a população sobre a existência de medidas básicas de prevenção às seqüelas decorrentes da violência; c) preparar profissionais para o acolhimento focado na humanização.

**Atividades:** Criação de um Grupo de Trabalho (GT) da SES/PB, com o intuito de reestruturar a rede de atenção, através da realização de oficinas de sensibilização em cinco municípios estratégicos. Após, seguiu-se o processo de cadastramento municipal de instituições e entidades nas áreas de Segurança Pública, Justiça e Direitos Humanos, Educação, Saúde e Ação Social, visando à elaboração de um Guia de Atendimento Multiprofissional. Elaboração e divulgação de amplo material didático voltado para os profissionais e áreas de atuação envolvidas e específicas para a população em geral. Implantação do protocolo estadual de assistência em saúde para vítimas de violência, a construção coletiva e o estabelecimento dos fluxos de referência estaduais além da criação de instrumentos de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

**Envolvimento Intersectorial:** A SES conta com a colaboração das áreas de Segurança Pública, Justiça e Direitos Humanos, Educação, Saúde e Ação Social, ONGs, Pastoral da Criança, Conselhos Tutelares, Ministério Público, além da adesão em 100% dos municípios trabalhados, resultante da sensibilização dos gestores públicos em cada instância envolvida.

**Resultados:** Atualmente, três municípios já estão com suas redes locais em funcionamento; os demais seguem em fase final de estruturação, com a meta de envolver todas as gerências regionais de saúde até 2009, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.



# IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

## Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Gerência Operacional de Ciclo da Vida

Ligia Maria de Sousa Barbosa

ligiabarbosa@saude.pb.gov.br | (83) 3218-7310 - Fax: 3218-0734

**Parcerias:** Gerência Operacional do Ciclo da Vida da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; Secretarias Municipais de Saúde dos 223 municípios da Paraíba.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) no período de 2003 a 2007; recurso federal do convênio n. 1805/2000, no valor de R\$ 23.000,00 (vinte e três mil reais), no período de 2003 a 2007.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência sexual é uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população de adolescentes e adultos jovens. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual afeta as mulheres e o que é mais grave: ocorre no espaço domiciliar. Após a implantação e divulgação intensa da Rede Estadual de Atenção à Mulher, Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência/PB, houve um aumento na demanda de usuários do SUS aos serviços de referência, buscando atenção em saúde, orientação quanto a seus direitos, informações de ordem jurídica, além de garantia da integralidade do atendimento pelas Equipes da Saúde da Família. A qualidade da atenção não acompanhou esta evolução no plano de integralidade e humanização. Por isto se fez necessário promover a elaboração de um Protocolo Estadual de Assistência, que fosse utilizado de maneira adequada, tornando possível uma assistência digna, por todas as Equipes da Saúde da Família.

**Objetivos:** a) Estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais em que se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção da saúde através do cumprimento de um protocolo de atenção para todo o estado; b) prevenir agravos externos; c) garantir o acompanhamento psicossocial de pessoas vitimadas, cumprindo seus direitos como cidadão.

**Atividades:** Capacitação multiprofissional nas instituições de referência, contemplando toda a equipe de saúde, sensibilizando para um acompanhamento humanizado e digno, além de garantir procedimentos farmacológicos para agravos possíveis, tais como: combate à gravidez indesejada, através da contracepção de emergência, quimioprofilaxia para as DST/HIV/Aids, vacinação antitetânica, orientação quanto à abertura voluntária de Boletim de Ocorrência, amparo psicológico e social.

O enfrentamento da violência exige a efetiva articulação de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho; bem como o envolvimento da sociedade civil organizada, configurando redes integradas de atendimento.

**Meta para 2008:** A Secretaria de Estado da Saúde, via Gerência Operacional do Ciclo da Vida, em que estão inseridas as políticas da saúde da mulher, criança, adolescente e pessoa idosa, firmou como meta, para o ano de 2009, atingir através de oficinas, treinamentos e sensibilizações, 100% dos profissionais da atenção básica capacitados para utilizar o referido Protocolo Estadual de Atenção às Vítimas de Violência.



## PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

AGRAVOS	MEDICAÇÃO	DOSE	SUBSTITUIÇÕES	OBSERVAÇÕES
<b>Gravidez</b>	Levonorgestrel 1,5 mg	01 comp. 750 mcg/VO 12/12 horas, ou 02 comp. 750 mcg/VO dose única.	<b>Método de Yuzpe</b> Evanor ou Neovlar: 2 comp. VO 12/12h por um dia Microvlar, Nordette, Levordiol ou Cleto 21: 4 comp. VO 12/12h por um dia Mericilon ou Femina: 5 comp. VO 12/12 h por um dia	Até 72 horas após o estupro.
<b>Sífilis</b>	Penicilina Benzatina	2.400.000,00 UI, IM	Estearato de Eritromicina 500 mg VO 6/6h - 14 d	No caso do uso de Eritromicina, considerar o feto como não tratado.
<b>Gonorréia</b>	Ciprofloxacina	500 mg VO, dose única	Ofloxacina, 400 mg, VO, DU	Gestantes ou adolescentes com menos de 45 kg. Ceftriaxona, 250 mg, IM, DU.
<b>Clamídia</b>	Azitromicina	1 g, VO, DU	-	-
<b>Tricomoníase</b>	Metronidazol	2 g, VO, DU	Secnidazol ou Tinidazol, 2g, VO, DU	Gestantes no 1º trimestre: Clotrimazol ou Miconazol creme vaginal, 7 dias.
<b>Hepatite B</b>	Gamaglobulina hiperimune (HBIG) + Vacina.	HBIG: 0,05 ml/kg IM, DU Vacina adultos: 1 ml (20 g) Vacina <12 anos: 0,5 ml (10g)	-	Gravidez e lactação não contra-indicam imunoprevenção para Hepatite B
<b>HIV</b>	Biovir (300 mg AZT + 150 mg 3TC) ou Nelfinavir (250 mg)	Biovir: 1 comp., 12/12 h, 28 dias Nelfinavir: 5 caps., 12/12 horas, 28 dias.	-	Iniciar OMP para HIV até 72 horas após o estupro. No caso de uso de anticonvulsivantes, administrar apenas o Biovir. Usar preservativo durante 29 dias.

# IMPLEMENTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

## Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande

- Informações gerais

**Responsável:** Diretoria de Vigilância em Saúde/Gerência de Vigilância Epidemiológica/Coordenação Municipal de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde

Cícera Arquelino Alves Ramos

arquelves@yahoo.com.br | (83) 3315-5124

**Parcerias:** Diretoria de Atenção Básica.

**Recursos Financeiros:** Recursos federais.

- Resumo

**Justificativa:** O município de Campina Grande, com população de 371.060 habitantes, em parceria com o governo federal, por meio da Secretaria de Saúde do município, implantou em 7 de março de 2006, cinco Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde que notificam e dão encaminhamento aos casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica e sexual que tem vitimizado crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

**Objetivos:** Trabalhar a prevenção da violência com as famílias e realizar o mapeamento dos bairros mais vulneráveis à temática.

**Atividades:** A Diretoria de Vigilância em Saúde, por meio da Gerência Epidemiológica, determinou como área de abrangência e de atuação dos núcleos os distritos sanitários do Catolé, Malvinas, Palmeira, Serviço Municipal e Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (Isea), para a implementação das políticas públicas de combate à violência. O núcleo do Isea é o serviço de referência para as vítimas da violência sexual, no qual são prestadas as medidas de profilaxia anti HIV/Aids/DST e a contracepção de emergência.

O público-alvo dos núcleos é atendido por uma equipe multidisciplinar formada por atendentes, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos que de forma humanizada presta o atendimento, garantindo o sigilo da identidade das vítimas, com a obrigatoriedade de notificar aos conselhos tutelares todo e qualquer caso suspeito ou confirmado de violência que envolva criança ou adolescente.

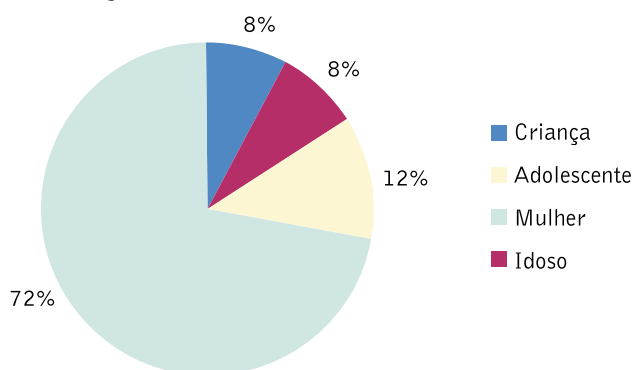
Durante o ano 2007, a Coordenação Municipal do Programa de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde deu enfoque à implementação da estrutura dos núcleos e às campanhas educativas, buscando sempre incentivar a notificação, já que a violência ainda é subnotificada. Além da assistência médica e psicossocial oferecida às vítimas, o programa realiza sensibilizações na Praça da Bandeira, promove discussão da Lei Maria da Penha nos clubes de mães e sociedades de amigos de bairro e nas escolas; ministra

palestras para os idosos; teve participação nas conferências municipal e estadual voltadas para a criança e adolescente e para a mulher, respectivamente.

**Envolvimento Intersectorial:** Secretarias Municipais de Educação e Assistência Social, os Conselhos Tutelares, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, da Mulher e do Idoso, as organizações não-governamentais, a Rede de Enfrentamento à Exploração Sexual de Criança e Adolescente, o Ministério Público, Segurança Pública e a Justiça.

**Resultados:** a) Aquisição de mobiliário; b) elaboração de pôsteres e cartazes; c) reprodução da Lei Maria da Penha, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso; d) capacitação dos profissionais que trabalham com a temática da violência; e) aprovação pelo Ministério da Saúde de projeto da Coordenação do Programa Municipal para a implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde; f) criação do Serviço Especializado para o atendimento das vítimas da violência sexual; g) assistência Jurídica gratuita para as vítimas da violência intrafamiliar atendidas nos núcleos; h) descentralização da ficha de notificação da violência para todas as unidades de saúde do município.

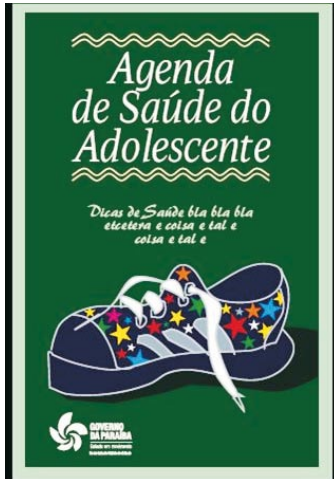
#### Notificações Registradas nos cinco Núcleos de Prevenção à violência



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB

# OFICINA ITINERANTE PARA MULTIPLICADORES EM SAÚDE E ARTE EM MOSAICO/PB: TRABALHANDO UMA CULTURA DE PAZ PARA ADOLESCENTES

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba



## ▪ Informações gerais

**Responsável:** Gerência Executiva de Ações Programáticas e Estratégicas  
Ligia Maria Barbosa

ligiabarbosa@saude.pb.gov.br | (83) 3218-7344/3218-7442

**Parcerias:** Gerência Operacional do Ciclo da Vida da SES/PB; Secretarias Municipais de Saúde de Aroeiras, Gado Bravo, Santo André, Teixeira, João Pessoa, Esperança, Marcação, Mogeiro, Juazeirinho, Santa Luzia, Bananeiras, Cabedelo, Ouro Velho, São José da Lagoa Tapada; ONG Grupos de dança e teatro locais; Secretarias Municipais de Educação, Peti, Conselhos Tutelares.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 2.000,00 (dois mil reais), (2004 a 2007); recurso do convênio firmado com o Ministério da Saúde no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

## ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência familiar verificada nas últimas décadas e suas consequências na vida do indivíduo e da sociedade é considerada hoje um grave problema de saúde pública. A adolescência é um período de intenso desenvolvimento somatopsíquico, em que mudanças profundas ganham formas no corpo, na mente, nos relacionamentos e na visão de mundo do indivíduo em curto espaço de tempo. Conseqüentemente, perdas e danos ocorridos podem se refletir em déficits cristalizados na idade adulta, resistentes a qualquer tentativa posterior de lapidação. É necessário o estabelecimento de um processo educativo estruturado, visando a integrar e comprometer instituições na co-responsabilidade da promoção da integralidade em saúde do adolescente.

**Objetivos:** Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde

preventiva, cidadania e meio ambiente, como também um curso pré-profissionalizante em "Arte em Mosaico", formando assim agentes multiplicadores, e fomentar uma cultura de paz e de prevenção à violência, a partir de uma construção coletiva permitida através de ampla discussão de idéias, dados estatísticos e planejamento, através da equipe multidisciplinar que compõe o Programa de Saúde do Adolescente da SES/PB.

**Descrição das atividades:** Realização de oficinas compostas por ciclos de palestras, apresentação de vídeos, dramatizações, distribuição de material educativo, formação de corais, grupos de teatro e dança; aquisição de insumos estratégicos, tais como: camisetas temáticas, bonés, pastas e apostilas educativas, além de equipamentos permanentes necessários ao trabalho, como televisão, CDs, microfones, *data-show* e *notebook*. Pactuou-se com a gestão municipal a oferta de lanches e transporte para todos os participantes nos dois turnos da jornada.

**Envolvimento Intersetorial:** Após sensibilização de gestores municipais de saúde foram incluídos no programa alguns profissionais e técnicos locais, de acordo com suas atividades em educação física, lazer, grupos de dança e teatro, considerados fundamentais para a manutenção do projeto em suas instâncias regionais.

**Resultados:** Adolescentes multiplicadores de alguns municípios já estão desenvolvendo ações de Arte em Mosaico e realizando também oficina de promoção e prevenção à saúde integral do adolescente, com foco no enfrentamento da violência. Os resultados esperados serão a conscientização para ações preventivas, maior atuação como agente transformador de mudanças, o processo de socialização grupal, o respeito e a harmonia familiar; além da problematização do cotidiano em seu município, buscando soluções pela implementação de uma cultura de paz.

## PROGRAMA COMADRES PARTEIRAS DA PARAÍBA: OFICINAS EM VIOLÊNCIA DE GÊNERO PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Gerência Executiva de Ações Programáticas e Estratégicas

Valderez Araújo de Lima Ramos

valderezjp@yahoo.com.br | (83) 3218-7442

**Parcerias:** Gerência Operacional do Ciclo da Vida da SES/PB; outras Secretarias Municipais de Saúde: Alhandra, Pitimbu, Cuité de Mamanguape, Mamanguape, Capim, Marcação, Baía da Traição e Rio Tinto, Nova Olinda, Boa Ventura, São Francisco, São José da Lagoa Tapada, Lastro e Vieirópolis e Aroeiras; Grupo Curumin/PE e ONG Bamidelê; Universidade Federal da Paraíba e Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) (2004 a 2007); recurso de convênio firmado com o Ministério da Saúde no valor de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** As parteiras tradicionais emergem como mulheres fortes, destemidas, independentes e valentes lutadoras, capazes de ultrapassar a chefia doméstica, onde são, na maioria dos casos, as principais provedoras da família. Lideranças locais natas, elas são as comadres de muitas famílias, cujas centenas de filhos foram trazidos ao mundo através de suas mãos. Ainda hoje, a presença dessas mulheres nos povoados rurais é indispensável. Na Paraíba elas atuam principalmente no semi-árido paraibano, áreas de demarcação indígena e resquícios de quilombolas existentes no alto sertão da Paraíba, desde 2003.

**Objetivos:** Discutir, em encontros comunitários, a saúde da mulher e o funcionamento do sistema reprodutivo feminino, a importância do pré-natal, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, além de trabalhar temas cruciais para o cotidiano das parteiras, como a violência contra as mulheres, frequentemente observada nas suas

comunidades, seguida pela discussão dos direitos sexuais e reprodutivos numa perspectiva de gênero.

**Atividades:** As oficinas iniciam com a apresentação dos objetivos e da equipe, seguido por dinâmicas focadas nas discussões da relação com o sistema de saúde local, vídeos com debates para reflexão, espaço para desenhar um diagnóstico do contexto que permeia a atuação das parteiras, noções de proteção individual e higiene, ginástica para repassar conhecimentos sobre o corpo da mulher, trabalho com argila para explorar seus conhecimentos nos procedimentos realizados e na redução de danos, além de utilizar os Manuais da Parteira Tradicional do MS. As parteiras bem informadas podem trabalhar em parceria com os agentes comunitários de saúde e enfermeiras, nas áreas onde protagonizam suas funções de apoio ao trabalho de parto, orientando e educando as famílias e as mulheres em questões de planejamento familiar, direitos reprodutivos, uso de preservativos e combate aos maus-tratos a crianças e adolescentes.

**Envolvimento Intersetorial:** Setores da educação nos municípios e os Conselhos Tutelares.

**Resultados:** 230 parteiras capacitadas nas seguintes localidades: Aldeia Estiva Velha, Aldeia São Francisco, Aldeia Forte, Aldeia Jaraguá, Aldeia Silva de Belém, Aldeia Santa Rita, Aldeia Galego, Baía da Traição, Rio Tinto, Marcação, Alagoa Grande (comunidade negra "Caiana dos Crioulos"), Comunidade Quilombola da Serra do Talhado e nos municípios de Alhandra, Pitimbu, Cuité de Mamanguape, Mamanguape, Capim, Nova Olinda, Boa Ventura, São Francisco, São José da Lagoa Tapada, Lastro, Vieirópolis e Aroeiras.

São esperadas ainda a redução dos casos de abuso sexual na infância e adolescência, a redução dos índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres, a instalação de cultura de paz entre a comunidade, a criação de fluxo de atendimento local-regional especializado, a redução dos casos de aborto inseguro, a redução de casos de gravidez na adolescência resultantes de abuso e estupros e o empoderamento feminino e o aumento de notificação de casos.



## 8. PERNAMBUCO

### NUPAV – NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA: UMA CONQUISTA DA SAÚDE PÚBLICA EM OLINDA

#### Secretaria Municipal de Saúde de Olinda

- Informações gerais

**Responsável:** Diretoria de Vigilância em Saúde – SSO

João Veiga Leitão Filho – Secretário de Saúde

angela.marcondes@ig.com.br; saudeolinda@ig.com.br | (81) 3305-1118/3241-6277

Parcerias: Coordenação Municipal de Vigilância em Doenças e Agravos Não-Transmissíveis/Dants, da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: recursos humanos e infra-estrutura; recurso do Ministério da Saúde – Programa: Implementação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção à Saúde.

- Resumo

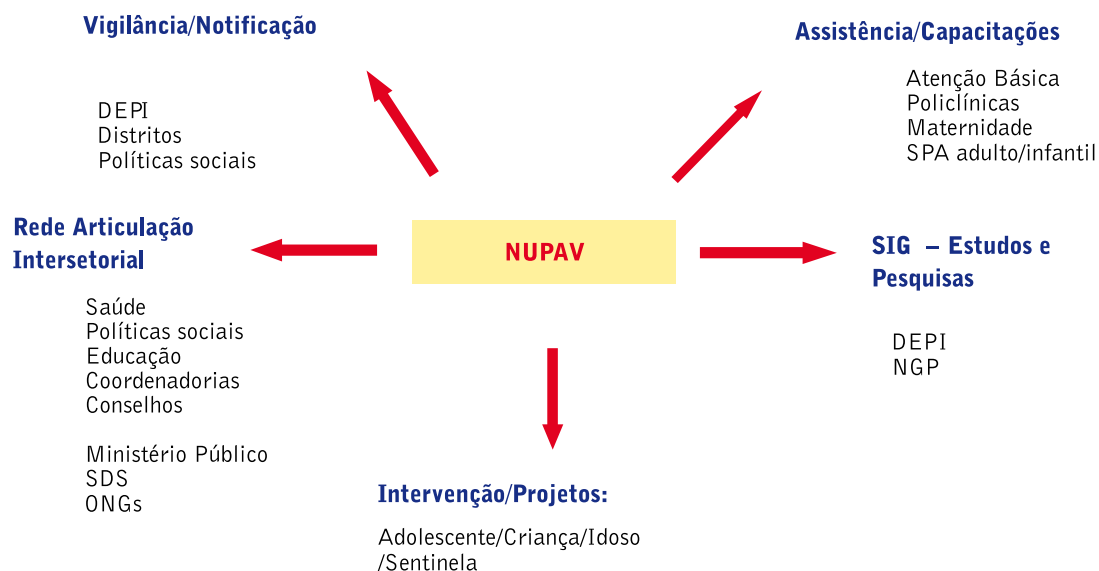
**Justificativa:** Acreditando que troca de experiências e conhecimento da realidade local são importantes aliados na efetivação de políticas públicas que visem à prevenção e redução da morbimortalidade resultantes da violência, a Secretaria de Saúde de Olinda inaugurou, em fevereiro de 2006, o Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência (Nupav) de Olinda.

**Objetivos:** a) Promover o empoderamento dos diversos atores sociais para prevenção da violência e promoção da saúde; b) apoiar e desenvolver estudos e pesquisas para elaboração de diagnósticos; c) realizar capacitações e elaboração de projetos; d) promover planos de ação e estratégias de prevenção, assistência e combate à violência em articulação com os diversos setores que atuam nesta temática.

**Atividades:** são desenvolvidos projetos de combate ao abuso sexual de crianças e adolescentes (*Criança Legal, Sem Abuso Sexual*), de promoção à saúde do adolescente (*Adolescer*), implantação da notificação compulsória da violência, Educação Popular em Saúde – Conquistas Contra a Violência, Agentes Redutores de Danos nas Unidades de Saúde da Família e Caravana Nupav – Formação de Agentes de Prevenção e Proteção à Violência com a proposta de mudança no cenário atual, buscando a mudança do paradigma medo para o da prevenção e ação. Através de oficinas de formação de agentes multiplicadores com integrantes de cooperativas, associações, escolas, grupos comunitários e profissionais da atenção primária, busca-se a adoção de uma cultura de paz e a compreensão do princípio de cidadania. A educação participativa – com o apoio de profissionais da saúde, educação e lideranças comunitárias – acontece nos próprios espaços de convi-

vência da população envolvida, como forma de garantir a sustentabilidade das ações. A realidade local é discutida com o "mapeamento" dos principais indicadores de doenças e agravos, realizado pelo Núcleo de Geoprocessamento da Secretaria de Saúde.

### Envolvimento Intersectorial:



**Resultados:** Como primeiros resultados, podemos observar a formação de parcerias com demais órgãos públicos, favorecendo a criação de Redes; o maior conhecimento do profissional de saúde sobre a realidade local; o empoderamento de comunidades vulneráveis; a divulgação da educação popular em saúde e a prática do trabalho conjunto entre poder público e sociedade, estimulando controle e protagonismo social, além da notificação da violência implantada em 100% das unidades de saúde do município.

## 9. PIAUÍ

### ATIVIDADE FÍSICA NOS RIOS E LAGOAS DE TERESINA: REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR AFOGAMENTO

Fundação Municipal de Saúde de Teresina



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Ana Amélia Galas Pedrosa

anaameliapedrosa@gmail.com | (86) 3215-9184

**Parcerias:** Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, Secretarias Municipais: de Educação (Semec), do Meio Ambiente (Semam), Esporte e Lazer (Semel) e Fundação Cultural Monsenhor Chaves; Corpo de Bombeiros; universidade.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal no valor de R\$ 4.221,56 (quatro mil, duzentos e vinte e um reais e cinquenta e seis centavos).

#### ▪ Resumo:

**Justificativa:** Ao problematizar a incidência de afogamento em Teresina nos aproximamos de duas questões. A primeira de ordem geopolítica – Teresina, com 788.770 habitantes é uma cidade que mantém temperaturas acima de 30 graus a maior parte do ano, é banhada por dois rios que formam um conjunto de lagoas e as coroas que surgem nos rios no período de maio a setembro constituem-se uma opção de lazer e recreação para uma parcela significativa da população. Apesar do desgaste ecológico observado, os rios ainda são, cultural e economicamente, recursos de sobrevivência por meio da pesca artesanal e da atividade de produção de cerâmica. A outra é trazida pelas estatísticas: nos últimos cinco anos em média ocorreram 50 óbitos/ano por afogamento. No *ranking* da

mortalidade por afogamento entre as capitais, Teresina se encontra em 4º lugar, com 5,1 óbitos por 100 mil habitantes, predominantemente no sexo masculino, na faixa etária de 15 a 29 anos (FMS/CAE/Geris/Nuinsa/SIM). Essas razões levaram o município a desenvolver ações para redução da mortalidade por afogamento, por meio do *Projeto Atividade Física nos Rios e Lagoas de Teresina: redução da mortalidade*.

**Objetivo:** Desenvolver ações de promoção da saúde com vistas à redução da morbimortalidade por afogamento e submersão.

**Atividades:** Realizado com o Pró-Jovem, Programa Nacional de Inclusão de Jovens (18 a 24 anos) sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação, o caráter pedagógico do projeto foi pautado em metodologia que favorecesse a participação e a criatividade dos participantes, problematizando a vulnerabilidade em que se encontram enquanto banhistas dos rios e lagoas, e na busca de caminhos alternativos para enfrentamento do problema. Em articulação com outras secretarias municipais e com o Corpo de Bombeiros foram desenvolvidas ações de inclusão do tema na sala de aula, palestras-dinâmicas, oficinas de *slogan*, desenho, teatro e música, aulas-passeio, trilhas às margens dos rios. Com a Universidade? o tema mortalidade por afogamento foi objeto de Trabalho de Conclusão de Curso (enfermagem) – Mortalidade por afogamento e submersão no período de 2000 a 2006 em Teresina, compatibilizando fontes de dados para identificar subnotificação no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias Municipais de Educação (Semec); de Esporte e Lazer (Semel), de Meio Ambiente (Semam), Fundação Cultural Mons. Chaves, Corpo de Bombeiros e universidades.

**Resultados:** o êxito do projeto serviu de estímulo para apresentação do *Projeto Prevenção de Afogamento nos Rios e Lagoas de Teresina*, ao Ministério da Saúde/SVS/CGDANT pleiteando recursos, os quais foram aprovados para realização do projeto em 2008. Essa nova versão do projeto foi revista e ampliada e se identifica como atividade do Núcleo Municipal – Teresina de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde.

# INQUÉRITO ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## Fundação Municipal de Saúde de Teresina

- Informações gerais

**Responsável:** Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Ana Amélia Galas Pedrosa

anaameliapedrosa@gmail.com | (86) 3215-9184

**Parcerias:** Hospital Getúlio Vargas (SES).

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 7.351,00 (sete mil, trezentos e cinquenta e um reais); recurso federal no valor de R\$ 21.129,00 (vinte e um mil, cento e vinte e nove reais) – Portaria MS/GM 1383, de 12/06/2007.

- Resumo

**Justificativa:** A informação é instrumento que orienta decisão para a ação e para isso foi realizado o inquérito sobre acidentes e violência em unidades de urgência e emergência em Teresina em 2007, sob a coordenação nacional do Ministério da Saúde/SVS/CGDANT e localmente pela área de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Fundação Municipal de Saúde, órgão gestor do SUS.

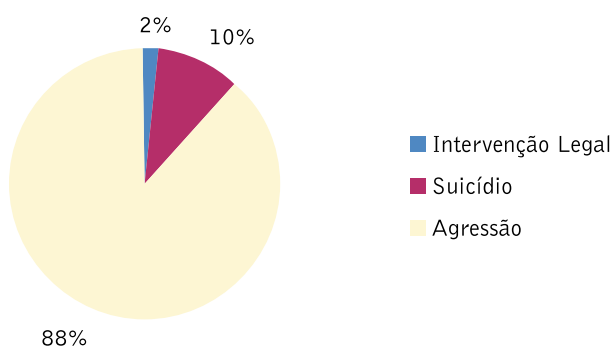
**Objetivos:** a) Dimensionar a demanda por acidentes e violências em unidades de urgência e emergência; b) identificar as lesões de menor gravidade; c) caracterizar o perfil das vítimas e dos agressores e os tipos e locais de ocorrência; d) subsidiar planejamento de atenção às vítimas de acidentes e violências.

**Atividades:** A coleta foi realizada em setembro em plantões de 12 horas. A equipe executora foi composta por coordenação-geral e adjunta, 12 supervisores de campo, 1 supervisor itinerante, 35 bolsistas coletadores, alunos dos cursos de enfermagem e medicina de instituições de ensino superior públicas e privadas da capital. Foi realizado treinamento de 20 horas-aula para supervisores e coletadores e utilizado o documento de coleta padronizado para todo o Brasil. O processamento dos dados foi feito por meio do aplicativo “Viva 2.0”, construído pelo MS/SVS/CGDAT a partir do “Epi\_Info”. A notificação foi realizada em todas as unidades de urgência e emergência de Teresina, sendo dois de gestão estadual e oito unidades municipais.

**Resultados:** Foram notificados 2.915 casos. Os hospitais municipais responderam por 62% da demanda por atendimento de urgência e emergência. Do total de casos, 87% foram por acidentes e 13% por violência. Os indivíduos que demandaram atendimento são do sexo masculino (70%) com escolaridade no nível fundamental (53%), na faixa etária de 15 a 24 anos (25%) com predominância de cor parda (67%). Entre os acidentes (2.525 casos), 32% foi acidente de trânsito, o meio de transporte em 59% envolveu motocicleta

(59%), seguida de bicicleta (27%). Em mais de 40% não houve outro veículo envolvido. Em 30% houve a suspeita do uso de álcool no momento dos acidentes que ocorreram em 73% entre 9 e 20 horas. As lesões têm natureza corte/perfuração/laceração em metade dos casos e fratura em 15% nos membros. Entre as violências, 88% foram por agressão, com predominância do tipo física (82%) com uso de objeto perfurocortante em 33% e uso da força corporal em 46%. Esse trabalho instrumentaliza a gestão municipal no momento que reorganiza o atendimento às vítimas, com o funcionamento do novo Pronto Socorro Municipal.

**Tipos de violência. Inquérito acidentes e violência em Unidades de Urgência e Emergência. Teresina (PI). Set, 2007**



Fonte: "VIVA" - Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI

## PERFIL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS NO SAMVVIS NO PERÍODO DE 2004 A 2007

### Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

- Informações gerais

**Responsável:** Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher

Maria Auzeni Moura Fé

mulher@saude.pi.gov.br | (86) 3216-3567/3216-3600

**Parcerias:** Coordenação de Ações da Criança e Adolescente; Coordenação de Epidemiologia; Coordenação de Doenças Transmissíveis da própria SES/PI e Maternidade Dona Evangelina Rosa (SAMVVIS); Secretaria de Estado de Segurança Pública; IML; Delegacia Especializada da Criança Adolescente; município de Teresina; Programa Sentinela e *Projeto Girasso*; Ministério Público; Defensoria Pública; Conselho Tutelar.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; Tesouro Estadual; recurso do Ministério da Saúde (PAM). Valor total anual: R\$ 268.500,00 (duzentos e sessenta e oito mil e quinhentos reais).

- Resumo

**Justificativa:** A violência sexual contra mulheres é considerada um problema de saúde pública pelo impacto que causa em sua qualidade de vida. A inexistência de serviços que prestam um atendimento à mulher vítima de violência sexual tem sido um desafio constante para os serviços de saúde. Diante disso, a Secretaria de Estado da Saúde implantou em 2004 o Serviço de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual (SAMVVIS) na Maternidade Dona Evangelina Rosa, referência para o estado no que se refere ao atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal.

**Objetivos:** Caracterizar o perfil das vítimas de violência assistidas no Serviço de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual (SAMVVIS) entre os anos de 2004 e 2007 e divulgar a existência deste serviço.

**Atividades:** Estudo retrospectivo dos prontuários das mulheres atendidas no SAMVVIS, no período de 20/10/04 a 31/12/07; análise dos seguintes parâmetros: número de casos atendidos, procedência, idade das vítimas, escolaridade, horário e local da agressão; conhecimento do agressor, laços de parentesco e se houve intimidação.

**Resultados:** O SAMVVIS realizou no período 732 atendimentos. Apesar de a violência sexual ocorrer em mulheres de qualquer faixa etária e de qualquer nível escolar, houve predominância da agressão sexual em crianças e adolescentes (78.2%) com baixo nível de escolaridade; a agressão foi mais comum na residência da própria vítima; em 9.8% dos casos, o agressor foi o pai ou padrasto refletindo a realidade familiar da vítima; de modo especial, há insegurança e falta de estrutura e de apoio para o seu problema

dentro do próprio lar.

Os dados mostram a relevância da violência sexual contra a mulher e estão em concordância com outras pesquisas nacionais e internacionais e por si só justificam a necessidade imediata de uma intervenção de toda a sociedade visando a coibir esta prática; é urgente a necessidade de medidas por parte das autoridades governamentais e da sociedade como um todo no que diz respeito a ações preventivas e assistenciais às vítimas de violência sexual. Especificamente em relação ao SAMVVIS, pelo grande número de vítimas atendidas, pela importância em se fazer, de forma humanizada, um atendimento de urgência a essas mulheres, é necessário que tenhamos, urgentemente, uma reestruturação do Serviço com ampliação do espaço físico, uma equipe multiprofissional própria e recursos destinados à capacitação de profissionais com perfil para atendimento na área.

#### **Faixa etária das vítimas de violência sexual atendidas no SAMVVIS (N=732)**

<b>ANO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>&lt;9</b>	<b>10 - 19</b>	<b>&gt;20</b>	
2004	2	2	2	44
2005	40	40	40	252
2006	35	35	35	223
2007	49	49	49	213
<b>TOTAL</b>	<b>136(18,6%)</b>	<b>436(39,6%)</b>	<b>160(21,8%)</b>	<b>732</b>

Fonte: Samvvis - Maternidade Dona Evangelina Rosa - Secretaria de Estado da Saúde do Piauí



## 10. SERGIPE

### ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO ESTADO DE SERGIPE

#### Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

- Informações gerais

**Responsável:** Maternidade Hildete Falcão Baptista

Patrícia Chaves de Oliveira Aragão

patriciacaragao@terra.com.br | (079) 3226-6310

- Resumo

**Justificativa:** em junho de 2004, foi iniciado, em Sergipe, o serviço de atendimento às vítimas de violência sexual, implantado na Maternidade Hildete Falcão Baptista.

**Objetivo:** prestar atendimento às vítimas de violência sexual.

**Atividades:** o serviço é composto por médicos, enfermeira, psicólogas e auxiliares de enfermagem, treinados para o atendimento desde como se portar perante uma vítima, até a interrupção de gravidez prevista em lei. São atendidas vítimas de todo o estado, sem distinção de idade, sexo ou nível social, oriundas ou não das delegacias e do IML. Após avaliação, são realizados exames laboratoriais e prescrição de medicamentos seguindo orientação do Ministério da Saúde. O acompanhamento médico tem duração de seis meses. Os pacientes dispõem de tratamento psicológico e os que receberem ARV (anti-retroviral) são avaliados no serviço a fim de supervisionar o uso correto.

**Resultados:** realizando estudo de prontuários de 2005 até junho de 2007, foram 662 atendimentos, sendo 81,7% em menores de idade, com maior incidência em adolescentes, do sexo feminino, sendo o abuso sexual o tipo de violência mais encontrado, praticado, na maioria das vezes, por pessoas do convívio, como pai, padrasto, tio, cunhado, primo, vizinho, etc. Em relação ao atendimento aos maiores de idade: apenas 01 paciente foi do sexo masculino, deficiente mental; a idade que prevaleceu foi entre 21 a 30 anos; 81 eram solteiras e o tipo de violência mais encontrado foi o estupro, sendo o agressor, geralmente desconhecido. Vinte e quatro mulheres engravidaram e destas 05 realizaram aborto previsto em lei; 51 pacientes adquiriram DST; sendo elas: HPV, clamídia, HIV, hepatite B, tricomonas, herpes e micoplasma. Os municípios de maior ocorrência foram: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão. O setor tem aumentado o número de atendimento, mas ainda há uma preocupação em relação ao tempo entre a agressão e o atendimento médico, visto que, de todos os casos que teriam indicação ao uso ARV, apenas 47,52% chegaram ao setor antes de 72 horas.

Tentando reverter este quadro é realizada busca ativa em pacientes que são aten-

didos no IML e que, mesmo sendo encaminhados, não comparecem. Além da divulgação do serviço através da mídia e de palestras em colégios e da capacitar dos Conselhos Tutelares dos municípios do estado, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

# CONTE COMIGO – JUVENTUDE, SAÚDE E VIDA NO SERGIPE NOVO

Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe



## ▪ Informações gerais

**Responsável:** Promoção à Saúde

Nadja Maria Souza Araújo

nadja.araujo@saude.se.gov.br | (79) 3234-9534/8816-6305

**Parcerias:** Atenção Básica/Promoção à Saúde/Educação Permanente e Comunicação Social da própria SES/SE; Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Cultura; Secretarias Municipais de Educação; ONG Sociedade Semear; União Sergipana dos Estudantes Secundaristas.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: aproximadamente R\$ 854.000,00 (oitocentos e cinquenta e quatro mil reais).

## ▪ Resumo

**Justificativa:** A Secretaria de Estado da Saúde (SES), em parceria com a Secretaria de Estado de Educação e Secretaria de Estado da Cultura entende a necessidade de desenvolver um trabalho com as populações jovens de Sergipe que extrapole uma perspectiva assistencialista, percebendo a dimensão histórica e cultural, bem como a pluralidade de expressões. A partir da escola o projeto vai cartografar e construir toda uma rede relacional que envolve os espaços onde os adolescentes/jovens circulam e produzem diferentes formas de subjetivação. A arte, na sua dimensão criativa, transversaliza o projeto cuja finalidade é potencializar a significação da existência através de suas diferentes formas.

**Objetivos:** a) Fomentar a participação juvenil para que possam atuar como sujeitos transformadores da realidade; b) contribuir para a adoção de uma consciência crítica sobre o corpo e atitudes mais saudáveis; c) promover a ampliação da capacidade de aco-

lhimento das demandas de saúde da população jovem nas unidades de saúde, principalmente no que diz respeito à violência e a doenças sexualmente transmissíveis; d) fomentar a participação juvenil para atuar como sujeitos transformadores da realidade; apoiar ações de formação de profissionais de educação e saúde em situações de vulnerabilidade de adolescentes e jovens; fomentar a inclusão de temáticas relacionadas à educação e à saúde na prática pedagógica dos professores; e) promover a ampliação da capacidade de acolhimento das demandas de saúde da população jovem nas unidades de saúde; f) desconstruir paradigmas relacionados à sexualidade na sociedade.

**Atividades:** Seleção dos jovens/facilitadores que devem possuir perfil de multiplicador. Esses jovens passarão por processo de formação e serão responsáveis por: mobilização para os eventos produzidos pelo programa (cinema, palestras, teatro, oficinas, etc); criação de agenda de atividades temáticas; conformação de núcleo de promoção à saúde na escola e articulação e manutenção de um espaço da prevenção.

Os jovens selecionados passarão por processo de educação permanente. Serão trabalhados conceitos da educação e saúde, mobilização, comunicação social, além de discussão dos principais temas elencados para este projeto (violência no trânsito e agressões etc). Na escola os articuladores desenvolverão um conjunto de atividades mobilizadoras para a temática da Promoção da Saúde. Assim deverão seguir um plano de trabalho, construído em parceria com a equipe de gestão do Programa que contará com atividades obrigatórias e opcionais, obedecendo à seguinte lógica cronológica:

1º trimestre: participação na capacitação e elaboração de plano de trabalho

2º trimestre: início da execução do plano de trabalho

3º trimestre: avaliação

4º trimestre: mobilização de encerramento (festival de música, gincana escolar, etc) e premiação da escola com melhor desempenho.

A escola vai à comunidade: a "Caravana da Juventude" consiste em uma mobilização realizada fora do âmbito da escola cujo objetivo é abarcar os jovens que estão fora dela, bem como a comunidade em geral em espaços como praças, ruas, centros comunitários. A Caravana levará ofertas como: oficinas de arte, cinema itinerante, rodas de debates, shows e apresentações artísticas.

**Monitoramento e Avaliação:** os jovens articuladores atuarão pelo período máximo de dois anos. Serão avaliados a partir de desempenho e cumprimento das atividades pactuadas no início do projeto (plano de trabalho).

**Resultados:** Indicadores de resultados selecionados para avaliação: redução do número de mortes e internações por violência; redução da violência de gênero; redução do número de casos de DST e Aids nesta população; redução da gravidez não planejada na adolescência; redução da evasão escolar relacionada à gravidez não planejada na adolescência; ampliação dos pontos de distribuição de preservativos e criação do "Cantinho da prevenção" em todas as escolas da rede pública.

# **CUIDADO VISÍVEL: OFICINA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES (MSM)**

## **Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe**

- **Informações gerais**

**Responsável:** Atenção Especializada Centro de Atenção Integral à saúde da Mulher (Caism)

Francis Deon Kich

francisdeonkich@yahoo.com.br

**Parcerias:** Coordenadoria Estadual de Políticas Públicas para Mulheres.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

- **Resumo**

**Justificativa:** Diferentes formas de viver a sexualidade implicam diferentes formas de cuidado. Em se tratando de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), observa-se uma dupla vulnerabilização desta clientela, expressa pela desigualdade de gênero entre homens e mulheres, e por se tratar de pessoas homossexuais ou bissexuais. Considerando que a bissexualidade e a homossexualidade fazem parte da discussão sobre a mulher, entendemos que a invisibilidade lésbica denuncia a violência simbólica na medida em que a destitui de um lugar social.

**Objetivo:** ampliar a garantia do princípio de Integralidade do SUS abarcando as implicações e particularidades referentes da população de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).

**Atividades:** Esta oficina foi pensada a partir de estudos sobre MSM e triagem realizada internamente no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), os quais revelam que a maior parte das práticas de cuidados ginecológicos está voltada a uma concepção de mulher heterossexual. Participaram da atividade trabalhadores/as, gestores/as, representantes da Coordenadoria Estadual de Políticas Públicas para Mulheres, órgão da Secretaria de Estado de Inclusão Social, e uma usuária auto-identificada como lésbica. A oficina ocorreu em dois módulos, sendo o primeiro destinado a disparar a discussão sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) de MSM. Foram realizadas atividades voltadas para identificar a percepção dos participantes em relação ao problema, bem como exibição de vídeo e apresentação de estudos. Ao final foi realizada uma tarefa de dispersão em que o facilitador solicitou aos participantes que pensassem e sistematizem alternativas de cuidado considerando as especificidades desta clientela para apresentação no módulo seguinte. O segundo módulo delineou processos de cuidados utilizados para uma compreensão que considere os princípios do SUS e sua relação com a saúde de

MSM. Foram apresentados os resultados da coleta sobre a percepção do grupo quanto à problemática, além de se trabalhar identidade sexual enquanto algo construído e não fixo. Em seguida se realizou um estudo dirigido a partir da leitura de textos sobre gênero e sexualidade e o princípio de integralidade do SUS. Ao final da leitura os participantes puderam tecer considerações sobre as aproximações entre as duas temáticas.

**Resultados:** Os resultados revelaram que não existia uma forma de atendimento voltada a esta clientela, bem como grande ausência de usuárias auto-identificadas como lésbicas. Foi apontada necessidade de realizar um trabalho de educação permanente em saúde que aborde a discussão sobre identidade de gênero, histórico de lutas dos movimentos feministas e aprofundamento da discussão sobre SSR de MSM. Também é necessário levar em consideração que o trabalho diz respeito não apenas aos usuários, mas também é algo que atravessa a vida dos trabalhadores. Quanto ao momento de atendimento, foi identificada a necessidade de levar em consideração que as usuárias podem ser também homossexuais e bissexuais e, para obter esta informação, o profissional deve perguntar para a usuária sua orientação sexual. A adição do item "orientação sexual" foi sugerida a fim de obter indicadores estatísticos. Também foi identificada a necessidade de estreitar o contato com a Atenção Básica, no sentido de que os trabalhadores desta instância estariam mais próximos da realidade das usuárias do serviço. Também foi identificada uma postura de abertura para acolher esta nova demanda de forma solidária por parte do grupo.

1. Apresentação
2. Introdução
3. Espírito Santo
4. Minas Gerais
5. Rio de Janeiro
6. São Paulo

## **EXPERIÊNCIAS DA REGIÃO SUDESTE**

**RIO DE JANEIRO – RIO DE JANEIRO  
28 E 29 DE FEVEREIRO DE 2008**

## I. APRESENTAÇÃO



Da esquerda para a direita: Assessor em Promoção da Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Fernando Rocabado; Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Luis Roberto Barradas Barata; Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e vice-presidente do CONASS na Região Sudeste, Sérgio Côrtes; presidente do CONASS, Osmar Terra; Secretário de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro, José Mariano Beltrame; representante do Cosems do Rio de Janeiro, Valter Lavinias; e coordenadora de Vigilância de Agravos e Doenças Não-Transmissíveis da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, Deborah Malta

Tentar envolver vários atores como segurança, educação e ação social demonstra mais uma vez a importante agenda do CONASS, que se mostra um órgão representativo da saúde pública e não apenas dos secretários estaduais de saúde. O seminário da Região Sudeste, realizado no Rio de Janeiro, é emblemático. Primeiro porque contou com a presença do Secretário de Estado de Segurança Pública, José Mariano Beltrame, afirmando que estará ao nosso lado nessa luta. Além disso, estreitaremos nossas relações, podendo discutir a violência em todos os seus contextos, com todos os seus atores, o que é fundamental para enfrentar o problema.

Precisamos discutir todas as propostas das cinco regiões do Brasil, que são totalmente diferentes, para que possamos elaborar um planejamento que vislumbre a diminuição da violência. A intervenção tem de ser articulada, a exemplo do que está sendo feito no Rio de Janeiro, onde o governo federal e o governo do estado vão intervir em comunidades violentas como a Rocinha e os complexos de Manguinhos e do Alemão, trabalhando questões como moradia, educação, saúde e segurança. Só assim, será possível fazer uma revolução e reverter essa questão.

Vimos pelas experiências apresentadas que a saúde já está trabalhando, e muito, a questão da violência. Isso é interessantíssimo, porque não adianta tratarmos apenas da diabetes, do câncer ou da hipertensão.

As pessoas relacionam a violência apenas com a marginalidade, mas não podemos esquecer os outros tipos de violência, como a violência do trânsito, a violência doméstica, a violência contra a mulher, a violência contra criança, todas elas silenciosas. Por isso, temos de elaborar propostas radicais para que tenhamos como enfrentá-las.

Depois de expostas tantas experiências exitosas, agora é preciso compilá-las e implantá-las. E buscar multiplicá-las para que outras cidades e outras regiões possam



conhecer e compartilhar de projetos tão relevantes em prol da população brasileira.

Sérgio Côrtes

Vice-presidente do CONASS na Região Sudeste

Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro

“Não está apenas nas mãos dos secretários de segurança o combate à violência. Nós temos sim que contê-la e evitar que ela se alastre, mas só com ações como a realização destes eventos e com a promoção da dignidade e elevando os níveis de civilidade, será possível diminuir os altos índices de violência deste país”.

José Mariano Beltrame

Secretário de Estado de Segurança Pública do Rio de Janeiro

## 2. INTRODUÇÃO

O Seminário Violência: uma epidemia silenciosa na Região Sudeste ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, nos dias 28 e 29 de fevereiro de 2008. Com 200 participantes dos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, o seminário foi aberto pelo Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e vice-presidente do CONASS Região Sudeste, Sérgio Cortês, e pelo secretário estadual de Segurança Pública do Rio de Janeiro, José Mariano Beltrame. Contou ainda com a participação do presidente do CONASS, Osmar Terra, do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Luís Roberto Barradas Barata, da coordenadora-geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, Deborah Malta, do representante do Cosems do Rio de Janeiro, Valter Lavinias, e do assessor em Promoção da Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Fernando Rocabado.

Foram apresentadas 28 experiências estaduais, municipais e de universidades, sendo 1 do Espírito Santo, 5 de Minas Gerais, 6 do Rio de Janeiro e 16 de São Paulo. As experiências abordaram, de maneira geral, todos os eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência interpessoal (agressões/homicídios); violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

Os debates tiveram como foco o papel das Secretarias de Estado da Saúde como indutoras e articuladoras; o cruzamento de dados entre os serviços de saúde e o Conselho Tutelar, o Conselho da Mulher e o do Idoso; os fatores que têm levado à grande diminuição da violência no estado de São Paulo (a política de desarmamento, as políticas de segurança pública; a lei seca implantada em muitos municípios; o uso de cinto de segurança e o uso de capacete por motociclistas, entre outros); a dificuldade de obtenção de apoio e recursos dos organismos internacionais.

Foi sugerido que os organismos internacionais apoiem o financiamento de publicações e de tecnologia de conhecimento, publicando as experiências apresentadas nos seminários regionais em espanhol para a América Latina, e publicando em português experiências exitosas de outros países.

### 3. ESPÍRITO SANTO

#### GRUPO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA DAS CAUSAS EXTERNAS

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo



- Informações Gerais

**Responsáveis:** Gerência de Vigilância em Saúde/NVE

Romildo L. M. Andrade (Coordenador da Dants), Maria Cirlene Caser (Técnica do GT)  
- Causas externas

dants@saúde.es.gov.br | (27) 3137-2491

- Resumo

**Atividades:** a) Estruturação do “Grupo de trabalho Causas Externas”: elaboração do plano de ação para as doenças e agravos não transmissíveis, incluindo o GT das causas externas e elaboração de minuta para a criação da coordenação estadual em Dants; b) qualificação da informação sobre causas externas: elaboração do diagnóstico situacional das causas externas no ES, objetivando conhecer o perfil epidemiológico das causas externas e dos seus determinantes macrossociais e de seus desdobramentos em níveis municipais, monitorar indicadores de relevância epidemiológica para o estado do Espírito Santo no cenário das causas externas, oferecer subsídio técnico para tomada de decisões nas diversas instâncias do SUS para elaboração de políticas públicas saudáveis, com o objetivo de possibilitar a proteção e promoção da saúde da população do estado; c) participação de treinamento do *Projeto Viva* oferecido pela Secretaria de Vigilância/MS, com o objetivo de assessorar os municípios de Serra e Vitória no inquérito nacional sobre acidentes e violência que está sendo realizado em pontos estratégicos destes municípios durante o mês de setembro; d) participação na capacitação dos coletadores de dados, para a realização deste inquérito dos acidentes e violências; e) assessoria aos gestores municipais para a implantação e desenvolvimento de núcleos de prevenção de violência dos municípios prioritários, por meio de visita técnica aos municípios com população acima

de 100.000 habitantes para incentivar a implantação dos núcleos, incluindo assessoria para a elaboração de projetos para captação de recursos e realização de reuniões com os núcleos para discussão e encaminhamentos de questões relacionadas ao desenvolvimento de suas atividades; f) participação em fóruns nacionais, estaduais e municipais relacionados à temática causas externas; g) participação na elaboração e encaminhamentos do Comitê Interinstitucional para atenção às vítimas de violência do ES – Cemavivis, cujo objetivo é estruturar a Rede de Atenção Integral à Vítima de Violência Sexual no estado do Espírito Santo; h) participação na elaboração da proposta de capacitação dos profissionais que irão compor a rede (em andamento); i) participação como monitores do curso de capacitação, no que se refere à vigilância das causas externas.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias de Estado da Saúde, Educação, Justiça, Trabalho Assistência e Desenvolvimento Social, Segurança Pública e Defesa Social e Procuradoria-Geral de Justiça.

**Resultados:** Realização em outubro/2007 do 4º Seminário Estadual em Dants; realização do 1º Encontro Estadual dos Núcleos de Prevenção de Violência do ES e criação do Fórum Permanente dos Núcleos de Prevenção da Violência.

**Metas para 2008:** Capacitação de pessoal: a) curso de Tabwin-Tabnet: destinado à equipe técnica dos níveis estadual e regional; b) curso de Vigilância Epidemiológica em Dants a distância: destinado aos técnicos estaduais regionais e municipais vinculados às atividades de vigilância em Dants a ser ministrado pela equipe da Coordenação-Geral das Dants/SVS/MS; c) participação no curso de capacitação dos profissionais da rede do SUS para atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual, em parceria com o Programa Estadual Materno Infantil e divulgação de informações por meio do Informe Epidemiológico das Dants que incluía as causas externas.

# PROJETO DE CAPACITAÇÃO E DIVULGAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

## Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

- Informações gerais

**Responsável:** Programa Materno Infantil

Mônica Barboza Gonçalves Morelo

maternoinfantil@saude.es.gov.br | (27) 3137-2369/2398

**Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e convidados representantes das Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo; Materno Infantil – Gera e GVS da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 3.852,80; recurso federal: R\$ 38.450,00 (trinta e oito mil, quatrocentos e cinquenta reais).

- Resumo

**Justificativa:** O Espírito Santo está em 3º lugar no *ranking* da violência geral entre os estados brasileiros, (Unesco, 2004). Os dados de 2005 (ainda não fechados) obtidos de registros policiais, relativos à violência contra a mulher apontam um total de 1.917 crimes, representados por 999 lesões corporais e 559 ameaças, perpassando por homicídios (71) e suicídios (8 consumados, além de 29 tentativas). Foram registrados, também, 197 crimes contra os costumes, tais como assédio sexual, atentados violentos ao pudor, corrupção de menores, estupro, sedução etc.

O enfrentamento dessa violência como grave problema social necessita de mobilização ativa de instituições governamentais e não-governamentais, sendo que o governo do Espírito Santo, através da Secretaria de Estado da Saúde, formalizou um Protocolo Interinstitucional de Atenção à Vítima de Violência Sexual nas secretarias de estado de Segurança Pública, Ação Social, Educação, Justiça, Ministério Público e universidade federal.

**Objetivo:** Descentralização da assistência, com a pactuação de responsabilidades e do fluxo de atenção às vítimas de violência.

**Atividades:** Foram referenciados 21 hospitais, nos municípios mais populosos e com alto índice de violência, com pelo menos uma equipe formada por: médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, além de uma equipe de referência, em cada microrregião. Todos foram capacitados no atendimento à vítima de violência sexual, na perspectiva da atenção humanizada, na padronização de condutas segundo as normas técnicas do Ministério da Saúde, fornecendo os dados relativos aos casos atendidos.

Este projeto no Espírito Santo conta com um programa definido e atuante centralizado na região metropolitana de Vitória – Programa de Assistência às Vítimas de

Violência Sexual (Pavivis), sediado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam).

Além de capacitar pelo menos uma equipe por hospital (referenciado) e por microrregião, também se faz necessária a presença dos fluxogramas de atendimento em todas as unidades de atenção primária em saúde (Uaps) e com as equipes do programa de saúde da família (PSF), para atuação dentro de sua área de abrangência. Esta capacitação abordou uma temática geral com conceitos sobre violência sexual e doméstica, módulos com conteúdos específicos e um fluxo de atendimento, notificação e legislação.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias de Estado de Segurança Pública, Ação Social, Educação, Justiça, Ministério Público e Universidade Federal.

**Resultados:** Foram capacitados 84 servidores da rede hospitalar do SUS (21 médicos, 21 enfermeiros, 21 psicólogos e 21 assistentes sociais) e 32 profissionais das microrregionais. Elaboração, confecção e distribuição de fluxos de atendimento assim como fluxos de conduta para serem distribuídos nos hospitais, unidades básicas de saúde, equipes de PSF e ambulâncias do Samu.

## 4. MINAS GERAIS

### CENTRO VIVA VIDA DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais



- Informações gerais

**Responsável:** Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Marta Alice Venâncio Romanini

cpsmca@saude.mg.gov.br; marta.romanini@saude.mg.gov.br

(31) 3247-3825 / 3247-3826

**Parcerias:** DST/Aids e PNCCU da SES MG; 28 municípios

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

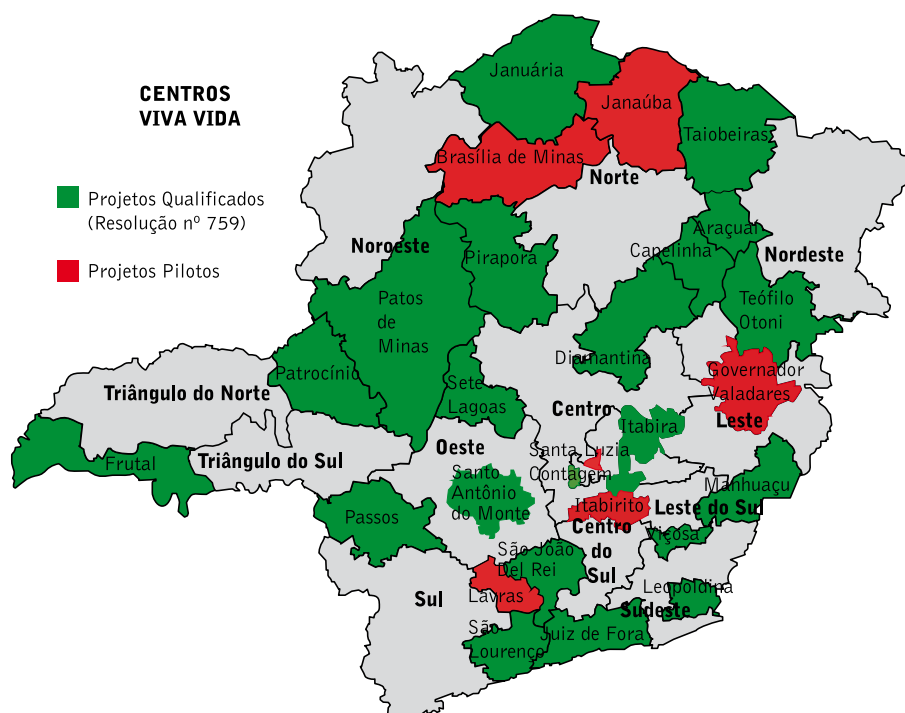
- Resumo

**Justificativa:** Os Centros Viva Vida de Referência Secundária são pontos de atenção de média complexidade que deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária. Visam à atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos, e à saúde da criança de risco. Pressupõem a implantação de ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico precoce e de recuperação das doenças e agravos, de forma adequada e humanizada.

**Objetivos:** a) Redução da mortalidade infantil e materna no estado de Minas Gerais; b) organização de rede integrada de saúde que garanta acesso oportuno e assistência qualificada para as gestantes e crianças menores de um ano; c) qualificação da assistência, equipando adequadamente as instituições de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade tecnológica; d) implantação de protocolos do pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança até um ano de vida e implantação; e) implementação dos comitês de prevenção da mortalidade infantil e materna.

**Atividades:** O Centro Viva Vida é um ponto de atenção para onde são encami-

nhadas mulheres e crianças que necessitam de atendimento mais especializado, como é o caso do atendimento integral para mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Os atendimentos são realizados segundo o protocolo da Rede Estadual e da Norma Técnica do Ministério da Saúde e contemplam: anamnese; exame clínico-ginecológico; avaliação laboratorial; profilaxias: DST, HBV e HIV; anticoncepção de emergência; dispensação adequada de medicamentos e monitoramento; suporte psicológico e social; orientações sobre os aspectos jurídicos; orientações para outras áreas da rede social; contra-referência para atenção primária e referência para atenção hospitalar, quando necessário.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**Resultados:** O Centro Viva Vida destaca-se como um componente importante na construção da rede de atenção integral às vítimas de violência, fortalecendo medidas e ações de enfrentamento à violência, seja ela física, psicológica e/ou sexual contra as mulheres. Como já se observa nos centros que já estão em funcionamento, este equipamento tem o papel de deflagrar a construção das redes locais para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Até o final de 2008 estarão em funcionamento 28 centros de abrangência microrregional, que atenderão as vítimas de violência, como porta de entrada e para acompanhamento ambulatorial, com equipe multidisciplinar composta por médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a) e assistente social. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais planeja chegar em 2011 com 47 centros de atenção secundária, o que dará uma boa cobertura no estado.



# PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA DE ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA E DE CONSTRUÇÃO DA PAZ

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais



- Informações gerais

**Responsável:** Gerência de Promoção da Saúde

Aníbal Arantes Júnior

aníbal.arantes@saude.mg.gov.br | (31) 3215-7321

**Parcerias:** Coordenação Estadual DST/Aids, Coordenação Estadual de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da própria SES/MG; Secretarias de Estado de Educação, Defesa Social, Direitos Humanos, Assistência Social, Sistema Judiciário de Minas Gerais; Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, de Direitos Humanos, de Assistência Social, Sistema Judiciário de Minas Gerais, Núcleo Interinstitucional Semeando Paz e Dignidade – município de Montes Claros, município de Contagem e município de Pirapora; ONGs: Instituto Mineiro de Homeopatia, Centro de Estudos de Criminalidade e Políticas de Segurança Pública, Núcleo de apoio às Vítimas de Crimes Violentos – NAVCV-BH.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal do Edital n. 01/2007 – SVS: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais); Núcleo de Saúde e Paz – UFMG: R\$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais).

- Resumo

**Justificativa:** O Programa de Transferência de Tecnologias de Abordagem da Violência e Construção da Paz, fruto do trabalho do Núcleo Promoção de Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Rede Saúde e Paz, tem por abrangência todo o estado de Minas Gerais e seu propósito é disseminar para todos os espaços possíveis, os saberes e práticas disponíveis de abordagem da violência e construção da paz.

**Objetivos:** a) Mapear, sistematizar e organizar experiências de abordagem da violência e de construção de cultura da paz e promover sua transferência aos gestores e gerentes do estado e municípios de Minas Gerais, em um processo que é, a um só tempo, produto e produtor da Rede Saúde e Paz e seus Núcleos; b) desenvolvimento de Ação Multiplicadora de Capacitação; c) multiplicação das ações de prevenção e controle da violência e construção da paz; d) capacitação de gestores e profissionais dos diferentes setores para a abordagem da violência; e) contribuição para o desenvolvimento do diagnóstico da violência, por meio da análise dos bancos de dados disponíveis, da rotinização dos mecanismos de notificação, da produção de dados primários, em cada espaço de atuação dos Núcleos; f) contribuição para o desenvolvimento da atenção às vítimas de violência e agressores; e g) contribuição para o desenvolvimento e divulgação das medidas de responsabilização e desenvolvimento e disseminação de práticas de prevenção da violência e construção da paz.

**Atividades:** Esta proposta consiste na produção coletiva de um corpo integrado e coerente de saberes capazes de aplicação e de reprodução para outros espaços além daqueles onde já são utilizados, a partir das experiências dos diferentes integrantes da Rede, sua transferência a diferentes atores de diferentes espaços, em especial os municípios mineiros e, a partir daí, a criação, por esses atores, de novos Núcleos de Promoção de Saúde e Paz. O processo de transferência de tecnologia terá a forma de cursos de aperfeiçoamento e atualização, organizados em módulos sistemicamente integrados, com duração total de 12 meses, para gestores e gerentes municipais, técnicos das Gerências Regionais de Saúde, profissionais das secretarias de estado parceiras no projeto, ONGs e Conselhos que atenderem ao edital de chamamento.

**Resultados:** o Programa teve início em maio de 2007, toda a estrutura dos cursos já foi montada e o primeiro módulo ocorrerá em março de 2008.

Programação do Treinamento:

Módulo I – O Perfil da Violência: informação, investigação, análise e monitoramento: notificação, fontes, fluxos e produção de dados empíricos quali-quantitativos; análise de dados secundários: caracterização do problema, tendências, associações e avaliação e monitoramento: indicadores e critérios de acompanhamento, georreferenciamento.

Módulo II – Prevenção da Violência e Construção da Paz: construção da sociabilidade, cidadania e direitos humanos. Homeopatia e cultura da não-violência.

# PROJETO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais



## ▪ Informações gerais

**Responsável:** Coordenadoria Estadual de DST/Aids

Rachel Baccarini

rachel.baccarini@saude.mg.gov.br | (31) 3247-3833/3834

**Parcerias:** Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da SES/MG; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social.

**Recursos:** Recurso federal: R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil).

## ▪ Resumo

**Justificativa:** Considerando a magnitude do problema da violência sexual contra mulheres, crianças e adolescentes no estado, a SES/MG, através da Coordenadoria Estadual de DST/Aids estimula a sensibilização dos gestores e profissionais das diversas estruturas para a organização dessa rede de atenção integrada.

**Objetivo:** a) Implantar serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual no estado; b) estabelecer as estratégias, divulgar e implantar o Protocolo de Atenção às Vítimas, aumentar o número das notificações e assegurar um atendimento precoce e humanizado, prevenindo as consequências físicas e psicológicas.

**Atividades:** Implantação de um protocolo de atenção imediata às vítimas de vio-

lência sexual que normatiza a anticoncepção de emergência e a profilaxia das DST/HIV, promove o acompanhamento interdisciplinar, o tratamento e a reabilitação dos danos causados pela violência, incluindo-se a garantia de interrupção legal da gravidez; organização da rede integrada de saúde, garantindo acesso oportuno e assistência qualificada para as vítimas de violência sexual, capacitações para equipes de saúde dos hospitais de referência, divulgação do Protocolo, acompanhamento e análise de dados das notificações de casos de violência sexual.

**Envolvimento Intersetorial:** Polícia Militar/Civil, Delegacias Especializadas, Conselhos, IML, ONGs e Ministério Público.

**Resultados:** A rede está implantada em 16 municípios (2003 a 2007) e 14 municípios estão em fase de implantação. Até o final de 2008, estarão treinadas e sensibilizadas equipes de cidades com população acima de 100.000 habitantes, das seis macrorregiões do estado, com garantia de atendimento e acompanhamento às vítimas de violência sexual, por uma equipe multiprofissional.

## REDE ASSISTENCIAL DE URGÊNCIAS

### Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

- Informações gerais

**Responsável:** Coordenação Estadual de Atenção às Urgências, Emergências e UTI

Welfane Cordeiro Júnior

urgencia@saude.mg.gov.br | (31) 3247-3848

**Parcerias:** Projeto Estruturador do estado de Minas Gerais, Secretaria de Planejamento do estado de Minas Gerais e municípios da macrorregião norte e centro.

**Recursos:** Recursos próprios e do governo federal totalizando R\$ 35.000.000,00 (trinta e cinco milhões de reais).

- Resumo

**Justificativa:** O tema da atenção às urgências seria, talvez, em conjunto com a atenção primária, o que necessita de maior discussão pelos gestores de saúde. A OMS vem, desde 2003, propondo uma modificação no modelo de classificação de doenças em condições agudas e condições crônicas. O modelo de atenção a essas condições passa pela organização de redes. Estas se definem pela conexão entre estruturas que compartilhem e dividam entre si as responsabilidades e os resultados de uma resposta frente a uma demanda, assumindo em conjunto a responsabilidade pelo resultado final. As urgências tornaram-se uma das prioridades na organização das redes de atenção, devido ao incremento na atenção de pacientes agudos, na alteração da carga das doenças, no impacto na mortalidade, por ser um ponto fraco do sistema, por seu alto espaço na mídia e por sua rápida resposta observada nas experiências internacionais. O desenvolvimento de sistemas de informações é uma das condições essenciais para a potencialização de estabelecimento de redes integradas de serviços.

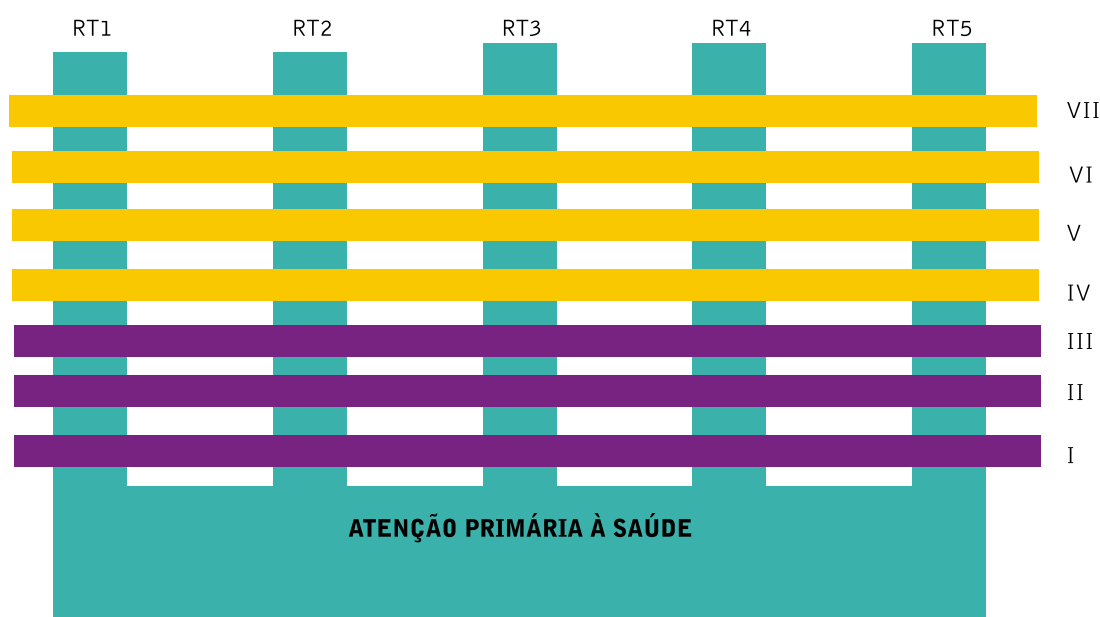
**Objetivo:** Implantação da Rede de Urgência e Emergência no estado visando a encaminhar corretamente o paciente ao ponto de atenção certo, pronto para a assistência mais eficaz e no menor tempo possível.

**Atividades:** O modelo de organização adotado pelo estado de Minas Gerais é o de regionalização cooperativa (Mendes), levando-se em conta a escala, a estrutura existente e a acessibilidade, aliada ao desenvolvimento de processos de gestão clínica, focados em condições de saúde, com base numa atenção primária diferenciada, na tentativa de estruturar redes integradas de serviços de saúde. Na resposta a uma demanda de urgência, estas premissas são fundamentais para uma melhor utilização dos recursos e para um melhor resultado. As experiências mundiais vêm mostrando que esta estratégia (Classificação de Risco) é um poderoso articulador em uma rede de serviços de urgência. A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais optou pela utilização do Protocolo

de Manchester, que apresenta uma série de prerrogativas essenciais, para um sistema de classificação de risco: é coerente; respeita as boas práticas em situação de urgência; confiável, uniforme e objetivo ao longo do tempo; foi validado; passível de auditoria. É utilizado desde 1997 nos hospitais do Reino Unido e posteriormente foi se firmando em vários países da Europa, destacando-se a utilização em Portugal, onde virou recomendação do governo. Os elementos desta rede são: o território e a população adstrita e os seus componentes: os pontos de atenção à saúde, atenção primária à saúde, sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança.

Na concepção do projeto de redes de atenção às urgências, a informação e a interligação entre os pontos de atenção são fatores cruciais para o bom desfecho e a perenidade do planejamento. A SES/MG optou, assim, por informatizar de forma completa a rede de atenção às urgências do estado.

### A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



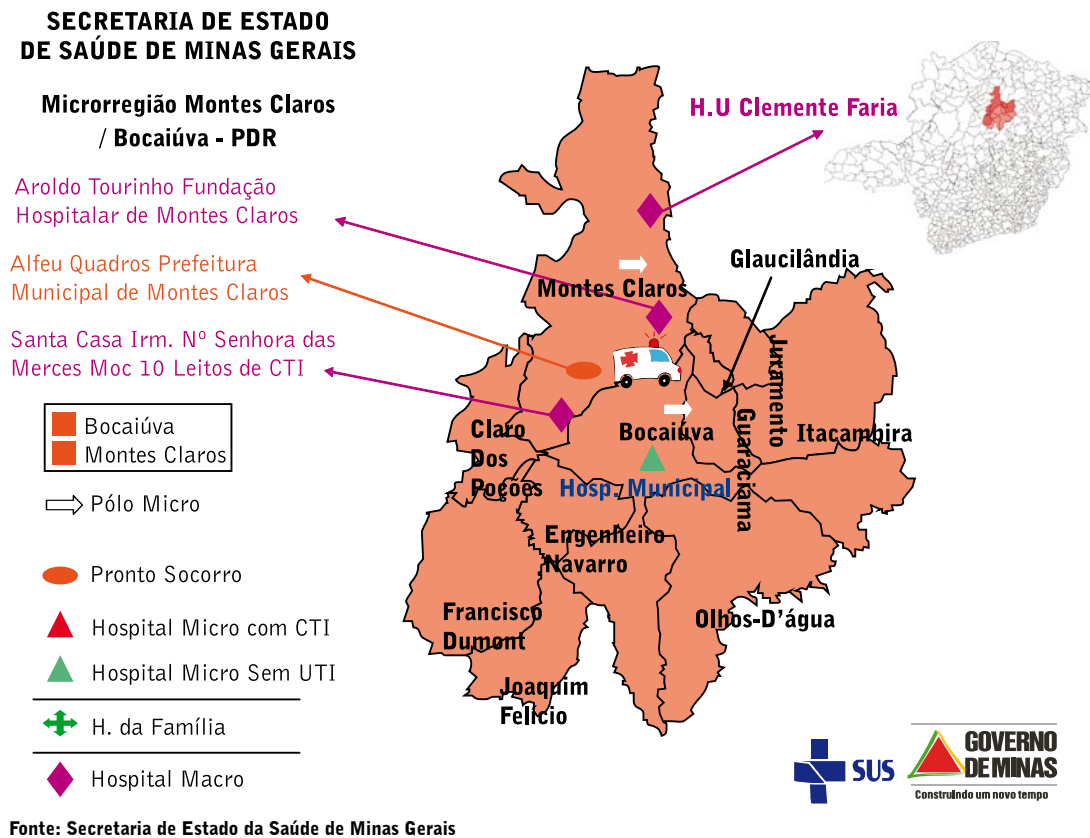
- I - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
  - II - SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
  - III - SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO
  - IV - CARTÃO SUS
  - V - PRONTUÁRIO ÚNICO
  - VI - CENTRAL DE REGULAÇÃO
  - VII - SISTEMA DE TRANSPORTE SANITÁRIO
- Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**Parcerias Internacionais:** Negociação entre o estado e o Grupo Português de Triagem (GPT) que é o detentor dos direitos cedidos pelo Grupo de Manchester para a tradução e utilização do protocolo em língua portuguesa, e a solução foi a criação do Grupo Brasileiro de Classificação de risco (GBCR). O GBCR firmou parceria internacional com o GPT e o Grupo de Manchester, obtendo autorização para utilização do protocolo

no Brasil de forma gratuita. O ônus da utilização do protocolo só acontece quando ele é informatizado e por acordo é feito um licenciamento direto com o Grupo de Manchester e o *British Medical Journal (BMJ)*, que em Portugal ocorreu com uma empresa.

A experiência portuguesa mostra a informatização do protocolo, e tem permitido a redução do tempo médio de classificação para algo em torno de 1 minuto. Ela também fornece subsídios ao gestor para avaliação de todos os momentos do fluxo de atendimento às urgências, gerando *benchmarking* na comparação de diversos serviços e regiões do país.

**Resultados:** O estado de Minas Gerais vem implantando como projeto piloto duas redes de urgências, na macrorregião norte e macrorregião centro, cujas características servirão de modelo para todas as outras.



## REDE SAÚDE E PAZ / PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA DE ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA AOS MUNICÍPIOS MINEIROS

Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/Universidade Federal de Minas Gerais e seus Parceiros: Opas, MS, SESMG, municípios de Minas Gerais



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Elza Machado de Melo

elzamel@medicina.ufmg.br | (31) 3409-9945

**Parcerias:** Superintendência de Epidemiologia, Promoção de Saúde, Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher, Coordenação de DST/Aids da SES/MG; Secretarias Municipais de Belo Horizonte, Contagem, Montes Claros, Divinópolis, Pará de Minas, Pirapora, Neves; ONGs Núcleo de Atenção às Vítimas de Crimes Violentos (NAVCV e Crisp).

**Recursos Financeiros:** Recursos do Ministério da Saúde

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência representa um dos mais graves problemas das sociedades modernas, comprometendo a qualidade de vida e a saúde de todos os cidadãos, sem exceção. Sabemos que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o problema e tampouco existe um corpo de conhecimentos e práticas estruturado e disponível, do qual se possa lançar mão para enfrentar o problema.

**Objetivos:** Mapear, sistematizar e organizar experiências de abordagem da violência e de construção de cultura da paz e promover sua transferência aos gestores e gerentes do estado e municípios de Minas Gerais, em um processo que é, a um só tempo, produto e produtor da Rede Saúde e Paz e seus Núcleos.

**Atividades:** Da necessidade de produzir conhecimentos, propor intervenções e



promover sua transferência aos municípios e instituições, propiciando sua disseminação aos mais diferentes espaços e atores sociais, surge a proposta de criação da Rede Saúde e Paz e, vinculado a ela, o Programa de Transferência de Tecnologias para Abordagem da Violência e de Construção da Paz. Nosso entendimento é o de que a Rede e o Programa de Transferência de Tecnologia se relacionam dialeticamente, são diferentes, mas unificados e imprescindíveis um ao outro. A Rede propicia o encontro de atores sociais e promove a articulação de suas experiências, constituindo um conjunto de saberes e práticas a serem transferidos aos demais; o programa assim criado confere concretude à Rede e lhe garante permanente ampliação, com a chegada de novos atores, a criação de novos Núcleos, a inclusão e descoberta de novos saberes, num movimento espiral, que se repete circular e indefinidamente, mas a cada vez em patamares mais elevados. Em síntese, a proposta consiste da produção coletiva de um corpo integrado e coerente de saberes aplicáveis e reprodutíveis a partir das experiências dos diferentes integrantes da Rede, sua transferência a diferentes atores de diferentes espaços, em especial os municípios mineiros na forma de Cursos de Atualização e Aperfeiçoamento e, a partir daí, a criação, por esses atores, de novos Núcleos de Promoção de Saúde e Paz.

## 5. RIO DE JANEIRO

### AÇÕES DE INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA ATUAÇÃO FRENTE À VIOLÊNCIA URBANA EM ADOLESCENTE E JOVEM

Secretaria Municipal de Belford Roxo



#### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Programa Saúde do Adolescente/Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente de Belford Roxo

Josevânia Ribeiro Martins e Kátia Cilene Ferreira da Silva

vania32@uol.com.br; katiacileneferreira@gmail.com; paismcbelfordroxo@ig.com.br  
(21) 2662-2349

**Parcerias:** Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente de Belford Roxo; municípios de Belford Roxo, São João de Meriti, Nova Iguaçu, Mangaratiba; Secretaria Municipal de Bem-Estar Social (Sembs), Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (Cedim), Centro de Atendimento à Mulher Adolescente (Ceama), Departamento Estadual de Ações Socioeducativas (Degase).

**Recursos Financeiros:** Recursos do PAB; recursos das Secretarias Municipais de Saúde de Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de Meriti, Mangaratiba.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** A população total estimada do estado do Rio de Janeiro é de cerca de 14.367.083 habitantes segundo censo do IBGE 2001, sendo que a região metropolitana I (Metro I) tem 9.131.585 habitantes, correspondendo a 63,5% da população total do estado, e 85% da região Metro I é composta por adolescentes entre 10 e 19 anos.

A região metropolitana I constitui-se em espaço de pressão social, em virtude de um crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento às necessidades

básicas da população. A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações acompanhada do aumento de submoradias com expansão das favelas, a intensa degradação ambiental, esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego e a exclusão social são características deste processo. A excessiva polarização do município do Rio de Janeiro, que possui 40% da população total do estado, é uma característica marcante da região metropolitana I.

**Objetivos:** a) Humanizar a abordagem e atendimento ao adolescente vítima de violência urbana nos municípios da região metropolitana I (Belford Roxo, Nova Iguaçu, São João de Meriti) e da região da Baía da Ilha Grande (Mangaratiba), que fazem parte do projeto para implantação de Ações em Saúde do Adolescente e Jovens (Asaj) no estado do Rio de Janeiro, subordinada à Gerência do Programa de Saúde da Criança e Adolescente/Sesdec; b) analisar criticamente os efeitos e magnitude da violência urbana em adolescentes e jovens; c) conhecer os fatores de vulnerabilidade que levam à violência urbana em adolescentes e jovens; d) acolher, diagnosticar e tratar os casos de violência urbana em adolescentes e jovens que adentram as unidades de emergência, unidades básicas de saúde e unidades do Saúde da Família.

**Atividades:** Realização do Curso de Instrumentalização para enfrentamento da violência urbana para adolescentes e jovens, com carga horária de 32 horas (3, 10, 17, 25 de maio de 2007) no Centro dos Diretores Lojistas de Nova Iguaçu.

Quatro municípios da região metropolitana I foram selecionados em função de apresentarem *Asaj* implantado e já desenvolverem ações para prevenção e redução de agravos à população de adolescentes e jovens: Belford Roxo, São João de Meriti, Mangaratiba, Nova Iguaçu. Participaram do curso 44 profissionais dos municípios selecionados, além de um profissional do Degase e dois adolescentes do *Agente Jovem* do município de Belford Roxo.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretaria de Bem-Estar Social, Casa da Mulher Trabalhadora (Camtra), Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, Centro de Atendimento à Mulher Adolescente, Departamento estadual de ações socioeducativas (Degase), Ações de Saúde do Adolescente e Jovens (Asaj/Sesdec/RJ), Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav)/Sesdec.

**Resultados:** Sensibilização de profissionais da Saúde e Educação para identificação, acolhimento e encaminhamento dos casos de violência contra adolescentes identificados; sustentabilidade e organização do Fluxo da Ficha de Notificação Compulsória de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes nos municípios participantes e aumento do número de notificações recebidas nas secretarias de saúde dos municípios participantes.

**Resultados Esperados:** Avaliar grau de satisfação de adolescentes vítimas de violência, atendidos nas unidades de saúde onde há profissionais capacitados satisfeitos com o atendimento prestado e avaliar relato de experiências pelos profissionais capacitados e atuantes com o público-alvo.

## ATENÇÃO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA REDE DE HOSPITAIS ESTADUAIS DO RIO DE JANEIRO

### Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

- Informações gerais

**Responsável:** Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav)

Maria Cristina Marinho

crisrina.marinho@saude.rj.gov.br | (21) 2299-9736

**Parcerias:** Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav).

**Recursos Financeiros:** Não informado.

- Resumo

**Justificativa:** O suicídio no Brasil já começa a ser pensado como questão prioritária em saúde pública. Um importante passo nesta direção é dado com o lançamento das *Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio* (Portaria MS n. 1876, 14/08/2006). No entanto, não existem ainda informações sistemáticas sobre as tentativas de suicídio, que são importante fator de risco para o suicídio.

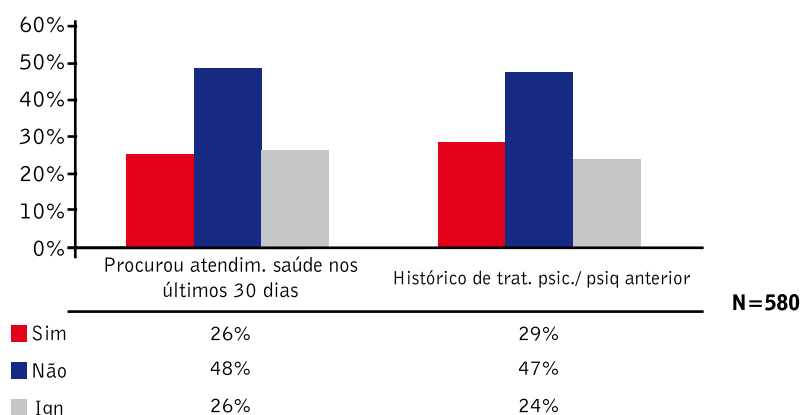
**Objetivos:** Este projeto visa apresentar a construção do primeiro sistema de vigilância às tentativas de suicídio/suicídio da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e o perfil dos pacientes que tentaram suicídio, atendidos em onze hospitais de emergência da rede estadual.

**Atividades:** Construção coletiva e aperfeiçoamento da ficha de notificação e investigação de tentativas de suicídio/suicídio e seu fluxo e constituição e manutenção do Comitê de Atenção a Tentativas de Suicídio/Suicídio. Notificações de tentativas de suicídio no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro iniciaram em um hospital de emergência da rede estadual através da ficha de notificação compulsória de maus-tratos a crianças e adolescentes. Este foi o ponto de partida para que a Assessoria de Prevenção a Acidentes e Violência da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (Apav SES/RJ) incluísse o tema da violência auto-infligida entre suas áreas de ação. A partir do ano de 2002 constituiu o Comitê de Atenção às Tentativas de Suicídio/ Suicídio, regulamentado pela Portaria SES n. 3051, de 11 de julho de 2006, que visa a implantar sistema de vigilância e atenção/cuidado aos casos de tentativas de suicídio/suicídio em todo o estado do Rio de Janeiro, prestar suporte técnico às equipes das unidades de saúde, além de permanentemente discutir o tema da violência auto-infligida e aumentar possibilidade de ações em vigilância, prevenção e cuidado.

**Envolvimento Intersetorial:** Rede de hospitais estaduais e Núcleo de Vigilância Hospitalar da Sesdec; universidades públicas (Instituto de Medicina Social da UERJ e Instituto de Estudo de Saúde Coletiva da UFRJ).

**Resultados:** Cerca de 2.500 fichas de notificação de tentativas de suicídio/suicídio estão inseridas em banco de dados, cobrindo período de maio de 2002 a abril de 2007. O perfil ora apresentado se refere ao consolidado de 850 fichas do novo banco de dados, o qual entrou em funcionamento em junho de 2006. Este novo banco foi resultado do aperfeiçoamento do banco de dados anterior, possibilitando a inclusão de mais informações. As 850 notificações foram realizadas no período de junho de 2006 a abril de 2007 por onze hospitais de emergência da rede estadual do Rio de Janeiro. A grande maioria das tentativas de suicídio é do sexo feminino (65%) e mais de 60% têm idade inferior a 39 anos, sendo 15% com idade até 18 anos. A maior parte é de solteiros (38%) com o Ensino Fundamental incompleto (33%). Quanto à situação ocupacional, encontramos na maior parte de donas de casa (15%), estudantes (12%) e desempregados (8%). O método mais utilizado (75% dos casos) foi ingestão de substâncias: 38% ingeriram “chumbinho” (nome popular de raticida feito de mistura a partir do agrotóxico Aldicarb) e 37% ingeriram medicamentos (sobretudo os psicotrópicos). Quase 70% das tentativas de suicídio foram realizadas em casa. A maior parte (47%) teve alta hospitalar em até 24 horas, tendo também a maioria (35%) necessitado de cuidados médicos, mas sem risco de vida. Do total dessas notificações 19 casos foram de óbitos (3%), sendo 11 mulheres e 8 homens. Quanto aos motivos alegados para as tentativas de suicídio, apareceram mais os conflitos amorosos (24% do total) e os conflitos familiares (em 18%). Cerca de 30% dos pacientes buscaram atendimento em saúde nos últimos trinta dias antes da tentativa de suicídio e 29% alegaram já ter feito tratamento psicológico ou psiquiátrico. Cerca de 30% relataram tentativas de suicídio anteriores e 20% relataram haver casos de tentativa de suicídio/suicídio na família. Do total de casos, 30% relataram fazer uso de álcool e 6% de drogas ilícitas.

### Busca de serviços de saúde nos 30 dias anteriores à tentativa suicídio e histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico



Fonte: APAV - Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

## ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SOLIDARIEDADE E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde

Assessoria de Promoção da Saúde

Viviane Castelo Branco

promoção@rio.rj.gov.br | (21) 2273-7398

**Parcerias:** Assessoria de Promoção da Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Programa de Saúde da Família, Superintendência de Vigilância em Saúde, da SMS – RJ; Secretarias Municipais de Educação, Esportes e Lazer, Culturas, Assistência Social, Publicidade; ONGs: Cedaps, NAV, NOOS, Rio Aberto, Centro do Teatro do Oprimido, Criola, Rede de Religiões Afro-brasileiras, Cepia, Claves/Fiocruz, Ceasm, Observatório de Favelas, Unicef, Promundo, Cedus; Coppe/UFRJ, Redeh, IPPMG/UFRJ, Esc. Serviço Social/UFRJ.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais); recurso federal: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Rio de Janeiro é um dos municípios brasileiros que apresenta as maiores taxas de mortalidade por causas violentas. A SMS/RJ participa da Rede de Prevenção das Violências e Promoção de Saúde e vem realizando diferentes iniciativas desde 1996. Esta secretaria foi pioneira na capacitação dos seus profissionais e na implantação da ficha para notificação de maus-tratos e abuso sexual contra criança e adolescente. Em 2001, o Ministério da Saúde, utilizando como exemplo esta ficha, tornou a notificação compulsória em todo o território nacional. A participação da SMS/RJ no CMDCA também levou à elaboração da Política Municipal de Intervenção Frente à Violência contra

Criança e Adolescente.

**Atividades:** Capacitação de profissionais na abordagem de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência; organização da rede de atenção às vítimas de violência sexual; elaboração de materiais educativos e o desenvolvimento dos *Projetos Escolas Promotoras de Solidariedade e Risco Zero* (de segurança viária). Também tem sido feito um investimento significativo nas ações de humanização dos serviços, no cuidado com o cuidador, na promoção da paternidade afetiva, no protagonismo juvenil, na equidade de gênero e racial, questões que contribuem para relações mais solidárias.

**Envolvimento Intersetorial:** O Rio de Janeiro combina “um cenário de gente esplêndida e desafios atlânticos” (Agenda 21: História Comentada, 2005:21). O tema violência vem exigindo do setor saúde a construção de parcerias com diversos setores da prefeitura e estado, do meio acadêmico e da sociedade civil de forma a propor e implementar políticas públicas para que o Rio de Janeiro possa proporcionar a qualidade de vida que o carioca deseja e merece.

## FORMAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

### Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias

- Informações gerais

**Responsável:** Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência

Nádia Degrazia Ribeiro

nadia.degrazia@gmail.com | (21) 2773-6325/6305

**Parcerias:** Programas da Coordenadoria de Saúde Coletiva e Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso de convênio Ministério da Saúde de 2004.

- Resumo

O Núcleo de Acidentes e Violência do município de Duque de Caxias foi criado em meados de 2004 na Coordenadoria de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde deste município. A portaria 936/2004/MS norteou as ações nas áreas de violência contra crianças e adolescentes e violência contra a mulher do município que passaram a ter como meta principal, em final de 2005, o desenvolvimento de Estratégia de Formação permanente dos profissionais de saúde e a articulação da Rede de enfrentamento às famílias em situação de violência.

**Justificativa:** O contato do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência com os profissionais que atuam em unidades básicas revela o sentimento de impotência vivido pelos profissionais diante destes casos, a falta de articulação destes diversos profissionais em uma mesma unidade e a desesperança em relação aos desdobramentos de seus atendimentos, tanto no que diz respeito à dinâmica familiar como na possibilidade de parceria efetiva com outros setores da saúde e instituições (Conselho Tutelar, Ministério Público, Varas de Infância, Juventude e Idoso).

**Objetivos:** a) Criar um espaço de acolhimento para profissionais; b) sistematizar este espaço através de discussões de casos de violência intrafamiliar atendidos nas unidades geradoras ou potenciais geradores de fichas de notificação (privilegiando mulheres e grupos etários mais vulneráveis) nos locais de trabalho dos profissionais; c) fornecer subsídios aos profissionais para atendimentos mais consistentes que promovam mudanças nas famílias que buscam ajuda; d) promover valorização desses profissionais em relação a seu trabalho; e) tornar as fichas de notificação um instrumento que transforme dados em casos clínicos.

**Atividades:** Seis unidades localizadas nos quatro distritos do município foram escolhidas em 2006 para a execução de um trabalho de discussão sistemática dos ca-



sos. Uma destas unidades funciona apenas em regime ambulatorial e as demais com emergência 24 horas e ambulatórios. As unidades sediam os encontros que ocorrem uma vez por mês reunindo funcionários da própria unidade atuando em diversas funções e os profissionais do Programa de Saúde da Família da região com o objetivo de promover desdobramentos nos casos de violência intrafamiliar atendidos no cotidiano da unidade e na comunidade abrangida pelo Programa de Saúde da Família. O Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência coordena essas discussões e situa-se como referência constante para esses profissionais.

Os grupos são abertos a participação de novos integrantes que são indicados ou convidados por participantes mais antigos. Mesmo sendo grupo aberto, estimula-se a continuidade dos participantes no grupo para que seja construído um ambiente favorável à discussão de dificuldades e possibilidades de atuação no serviço público.

As fichas de notificação já implantadas e preenchidas pelos profissionais de cada unidade são utilizadas como instrumento que deflagra as discussões e direciona as situações que venham a exigir prioridade.

**Envolvimento intersetorial:** Programa de Saúde da Família, Programas da Coordenadoria de Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde (Saúde Escolar, Saúde Mental, Paisc, Paism, Tuberculose, Hanseníase, DST/ Aids).

**Resultados:** Os profissionais das unidades tomam conhecimento da ficha de notificação compulsória de maus-tratos, de seu correto preenchimento, de seu fluxo, de sua importância e limitações; maior integração entre as ações de profissionais de uma mesma unidade; melhor articulação entre os profissionais participantes, Conselhos Tutelares, Ministério Público, delegacias especializadas, organizações não-governamentais; desenvolvimento de atitude diferenciada na escuta e acolhimento dos casos; reconhecimento pelos profissionais da importância da própria atuação e a de seus colegas; incentivo a busca ativa dos casos; continuidade nos casos atendidos favorecendo a interrupção ou diminuição de padrões de relacionamentos violentos nas famílias atendidas; estreitamento do vínculo profissional-família e circulação de informações sobre a rede de serviços existente no município.

## PROJETO DE ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE PELO SETOR SAÚDE EM PARCERIA COM O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

A Notificação no Estado RJ		
Período: 1999 – 2006 / 39 municípios		
<b>I - Baía de Ilha Grande</b>	<b>V - Metro I</b>	<b>VII - Noroeste</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANGRA DOS REIS</li> <li>• PARATY</li> <li>• MANGARATIBA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BELFORD ROXO</li> <li>• DUQUE DE CAXIAS</li> <li>• ITAGUAÍ</li> <li>• MAGÉ</li> <li>• MESQUITA</li> <li>• NILÓPOLIS</li> <li>• NOVA IGUAÇU</li> <li>• RIO DE JANEIRO</li> <li>• SÃO JOÃO DE MERITI</li> <li>• SEROPÉDICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BOM JESUS DE ITABAPOANA</li> <li>• ITAPERUNA</li> </ul>
<b>II - Baixada Litorânea</b>		<b>VIII - Norte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARARUAMA</li> <li>• ARMAÇÃO DE BÚZIOS</li> <li>• ARRAIAL DO CABO</li> <li>• CASIMIRO DE ABREU</li> <li>• RIO DAS OSTRAS</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAMPOS DOS GOITACAZES</li> <li>• MACAÉ</li> </ul>
<b>III - Centro Sul</b>	<b>VI - Metro II</b>	<b>IX - Serrana</b>
<b>IV - Médio Paraíba</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITABORAÍ</li> <li>• MARICA</li> <li>• NITERÓI</li> <li>• RIO BONITO</li> <li>• SÃO GONÇALO</li> <li>• SILVA JARDIM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BOM JARDIM</li> <li>• CANTAGALO</li> <li>• CORDEIRO NOVA FRIBURGO</li> <li>• PETRÓPOLIS</li> <li>• SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO</li> <li>• SUMIDORO</li> <li>• TERESÓPOLIS</li> </ul>

### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav)

Maria Cristina Marinho

crisrina.marinho@saude.rj.gov.br | (21) 2299-9736

**Parcerias:** Ministério Público do estado do Rio de Janeiro, Conselhos Tutelares.

**Recursos Financeiros:** Recurso federal não informado.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Sesdec) vem ao longo dos últimos anos desenvolvendo ações de atenção e prevenção das violências e acidentes, e de promoção da saúde com o objetivo de implantar e implementar na esfera estadual as diretrizes da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência, da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios e da política nacional de promoção da saúde. Através da Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav), desde 1999, vem sendo realizada a coordenação de ações de vigilância das causas externas; promoção da qualificação de recursos humanos do setor saúde; articulação com diferentes setores no estado e fora dele; prestação de cooperação técnica aos municípios e unidades hospitalares da rede estadual e promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Em 2004, a Apav passou a constituir a rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde como um núcleo de prevenção à violência.

**Objetivo:** Orientar as comarcas do estado na vigilância legal da notificação e traçar uma linha de base sobre as diferentes etapas dos processos de implantação e implementação da notificação, assim como as informações e as percepções das secretarias municipais de saúde sobre a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, gerando uma reação dos gestores locais no sentido de buscar recursos para organizar suas redes e qualificar os operadores do sistema de saúde.

**Atividades:** Em dezembro de 2005, o 4º Centro de Apoio Operacional (Caop) solicitou à Apav suporte técnico sobre o conteúdo de ofício a ser encaminhado aos promotores de justiça de todas as comarcas do estado para que estes encaminhassem aos secretários municipais de saúde informações sobre o cumprimento da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes nos âmbitos municipais. O documento enviado pelo Ministério Público às secretarias municipais apresentava questões sobre as temáticas: 1. instrumento de notificação; 2. fluxo da notificação; 3. setor responsável na Secretaria Municipal de Saúde; 4. capacitação e formação dos profissionais; 5. rede de atendimento, serviço especializado e/ou referência; 6. trabalho intersetorial e, 7. *Norma Técnica de Violência Sexual*/Ministério da Saúde.

Responderam à demanda de informações do Ministério Público 55 municípios (60%), das diferentes regiões do estado. Foi realizada a análise de conteúdo destas informações que foram classificadas quanto à qualidade das respostas em três grupos de municípios: 1) responderam de forma satisfatória (55%), ou seja, responderam às cinco primeiras perguntas de forma completa; 2) responderam de forma parcialmente satisfatória (29%), respostas incompletas; 3) responderam de forma insatisfatória (16%), não responderam às cinco primeiras perguntas.

Quanto à implantação e implementação da notificação foram construídos indicadores que possibilitaram a avaliação dos diferentes estágios dos municípios nesse processo, sendo estes distribuídos em três grupos: 1) municípios com a notificação implementada de forma plenamente satisfatória (4%) – somente dois municípios: Duque de Caxias e Niterói; 2) municípios em processo de implementação da notificação (55 %); 3) municípios que não possuem notificação (36%).

**Envolvimento Intersetorial:** A Apav vem trabalhando em parceria com o 4º Caop, setor do Ministério Público do estado do Rio de Janeiro que presta suporte e orientação técnica aos promotores de justiça e afins para ações voltadas para a infância e juventude. Essa parceria se dá, principalmente, através de participação em capacitações para conselheiros tutelares e promotores de justiça em diferentes municípios do estado e prestação de assessoria em aspectos relacionados ao cumprimento do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) no que se refere à obrigatoriedade da notificação para o setor saúde dos casos suspeitos e/ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Através desse trabalho, tem sido possível construir propostas de ações integradas numa perspectiva de proteção e promoção de saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, não se

restringindo ao cumprimento das normas legais que orientam a notificação compulsória desses casos.

**Resultados:** Os resultados dessa primeira etapa de análise foram apresentados no Seminário Estadual sobre Notificação de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes: Caminho de promoção da saúde e proteção da convivência familiar organizado pelo Ministério Público com apoio da Apav, em 6 de novembro de 2006, para um público de 400 participantes (promotores de justiça, conselheiros tutelares, conselheiros de direitos da criança e adolescente, profissionais e secretários municipais de saúde). Nessa ocasião a Apav convidou todos os municípios presentes e distribuiu material de inscrição para as capacitações que foram realizadas nos dias 21 e 22 de novembro de 2006 na Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). Essa iniciativa de investigação sobre o estado de implementação da notificação nos municípios produziu um aumento da demanda de assessoramento e, especialmente, de capacitação para profissionais de saúde e de áreas de atuação afins, como os Conselhos Tutelares, dirigidas à Apav e originou dados para a produção de indicadores que permitem a construção de uma proposta de avaliação do processo de implementação voltada para os desafios e dificuldades mais específicas dos municípios, direcionando o trabalho para uma perspectiva de fortalecimento da autonomia e integração das ações das diferentes esferas de gestão de saúde e intersetorial.

# PROJETO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

## Secretaria Municipal de Saúde Quissamã



Prefeitura Municipal de Quissamã / RJ  
Secretaria Municipal de Saúde  
Programa Saúde da Família  
Superintendência de Ações Programáticas  
APAVI – Ações de Prevenção à Violência  
Intrafamiliar

### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Programa de Saúde da Família

Ana Maria Alves de Souza

anamaria\_souza@quissamã.rj.gov.br | (22) 2768-1445/6580

**Parcerias:** Superintendência de Ações Programáticas; Informação e Comunicação em Saúde, Serviço Social; Conselho Tutelar; Judiciário; Câmara Municipal de Vereadores; Associações de Moradores das Comunidades.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios: R\$: 2.000,00 (dois mil reais).

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A violência é multicausal, conseqüentemente as soluções devem ser polivalentes com compromisso coletivo e interativo. É fundamental resgatar valores, condutas éticas e coletivas, que forneçam meios para mudança de comportamento aos diferentes grupos. A prevenção deve tomar o espaço da repressão, deve-se promover a cultura da paz, primaziando o respeito ao próximo.

**Objetivos:** a) Detectar as situações de violência; b) elaborar diagnósticos, discussões e encaminhamentos; c) promover educação permanente para técnicos e profissionais das áreas afins, para que estes detectem sinais de violência e os denunciem; d) inserir a família em ações que favoreçam sua participação na busca de soluções para interromper as situações de violência e preveni-las; e) notificar e apoiar o Conselho Tutelar nos casos de suspeita e/ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes; f) encaminhar dados da notificação à Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (Apav); g) fomentar a notificação compulsória de violência contra a mulher.

**Atividades:** A Apavi – Ações de Prevenção à Violência Intrafamiliar – foi implantada no ano de 2006, no Programa Saúde da Família, através do Serviço Social. Surgiu como estratégia para o enfrentamento da violência em pauta, tendo como parceira na ocasião a Superintendência de Ações Programáticas. Abrange todo o município, são dez

Unidades Básicas de Saúde, além do Centro de Especialidades Benedito Pinto das Chagas e o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus, que são interligados.

No ano de 2006 foi realizado um levantamento das expectativas de 157 jovens e adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos, que resultou no *Projeto Malucos Sim, Inconseqüentes Não*, que consistiu em trabalhar a saúde dos jovens, com base em temas sugeridos por eles, como: gravidez na adolescência, drogas, DSTs, dentre outros.

São desenvolvidas ainda, atividades de educação permanente de prevenção à violência intrafamiliar através da metodologia participativa e lúdica, capacitando, estimulando, despertando e sensibilizando os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, centro de especialização, hospital e líderes comunitários. Cotidianamente colabora-se na promoção da cidadania, com a viabilização do Registro Civil das Pessoas Naturais, dado que a criança que não possui documentação está mais vulnerável aos diversos tipos de violência.

Atualmente, está sendo implantada na comunidade de Machadinho, a "Escola de Pais", uma ação multiprofissional que será um espaço de reflexão sobre a condução da vida dos pais e seus filhos. Entende-se que através do engajamento e comprometimento de vários profissionais, preserva-se e promove-se os direitos, à vida e à saúde da família. Futuramente este será estendido às demais comunidades do município.

**Envolvimento Intersetorial:** A Apavi é intersetorial e interinstitucional. Trabalha com o Serviço Social, Conselho Tutelar, Casa Abrigo Dr. Pery Gonçalves dos Santos, Programa de Atendimento ao Idoso, Núcleo Integrado de Atendimento à Mulher, Coordenação de Saúde Mental, Projeto da Pessoa com Deficiência, Judiciário, Câmara Municipal de Vereadores, IEC, entre outros setores.

**Resultados:** viabilização de registros de nascimento, erradicação da venda de bebidas alcoólicas para crianças/adolescentes em Machadinho, implantação da 1º Escola de Pais, Projeto Malucos sim, inconseqüentes Não"; elaboração do 1º Seminário Regional de Prevenção à Violência Intrafamiliar; realização de "rodas" com gestantes e puérperas nas unidades de saúde da família (2006 e 2007); participação na criação do GT para a implantação do Projeto: Saúde e Prevenção nas Escolas e mediação na palestra para os Agentes Comunitários de Saúde na Câmara Municipal de Vereadores.

## 6. SÃO PAULO

### A MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2005 - SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

#### Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

- Informações gerais

Responsável: Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes, Centro de Vigilância Epidemiológica

Neuma Hidalgo

acidenteseviolencias@saude.sp.gov.br | (11) 3066-8295

Recursos financeiros: Recursos próprios; recurso federal para implantação do núcleo.

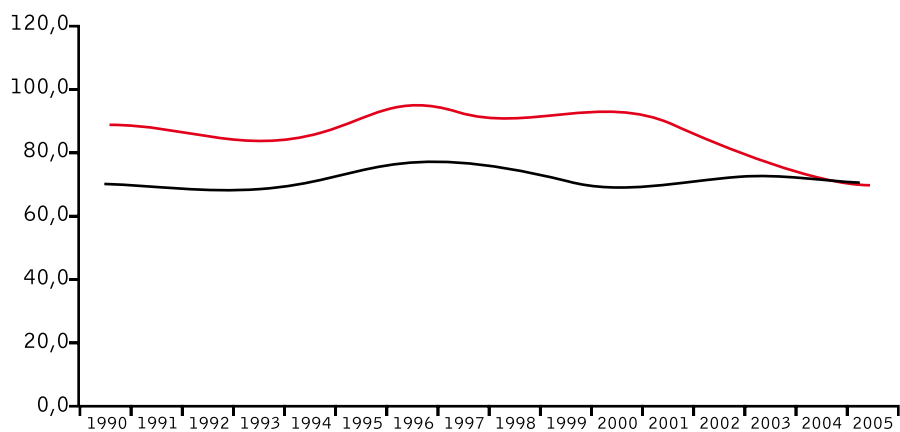
- Resumo

**Justificativa:** Os acidentes e violências estão entre as principais causas de mortalidade na maioria dos países, respondendo por uma parcela de morbidade da população, prejuízos econômicos, perda da capacidade produtiva e qualidade de vida.

**Objetivo:** Reduzir a mortalidade por causas externas no estado de São Paulo, no ano de 2005.

**Atividades:** Monitoramento da morbimortalidade por causas externas a partir das fontes oficiais disponibilizadas pelo Datasus, como parte das atividades do Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes de São Paulo, Núcleo Viva São Paulo.

**Resultados:** Em 2005 o coeficiente de mortalidade encontrado foi 68,9/100.000 habitantes. O sexo masculino apresentou um risco de morrer por estas causas 4,7 vezes o do sexo feminino. As faixas etárias com maior risco foram as de 20 a 29 anos (mais atingidas pelos homicídios) e 60 anos e mais (atropelamentos e quedas). Em relação ao tipo de causa externa, os homicídios preponderaram, respondendo por 32,6% do total de mortes, seguidos dos acidentes de transporte (26,8% do total). O estado de São Paulo vem apresentando, desde 1999, uma tendência de queda na taxa de mortalidade por causas externas da ordem de 27,6%, decorrente especialmente da redução das mortes por homicídios. Esta diminuição foi verificada praticamente em todas as Regionais de Saúde. O sexo masculino foi o que mostrou maior redução nestas taxas.

**Mortalidade por causas externas. Brasil e estado de São Paulo, 1990 a 2005****Coef. / 100.000h**

— Brasil — Estado S. Paulo

**FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Mortalidade Infantil (SIM)**



# ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006. SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



- Informações gerais

**Responsável:** Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes, Centro de Vigilância Epidemiológica

Neuma Hidalgo

acidenteseviolencias@saude.sp.gov.br | (11) 3066-8295

**Recursos financeiros:** Recursos próprios; recurso federal.

- Resumo

**Justificativa:** Nos últimos anos, vem sendo observado um interesse crescente em dimensionar as violências que permanecem silenciadas na esfera privada, levando dor e sofrimento a milhares de brasileiros.

**Objetivo:** Descrever os atos de violência contra a criança e o adolescente notificados.

**Atividades:** Em 2006, o estado de São Paulo iniciou a implantação de um Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais para monitorar rotineiramente os casos de violência no estado, mobilizando os Grupos de Vigilância nos níveis regional e municípios. Esse processo foi conduzido pelo Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes, do Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde. Os primeiros resultados superaram as expectativas, uma vez que as notificações recebidas foram provenientes de 12 Regionais de Saúde, 64 municípios e 135 serviços Sentinela.

**Resultados:** Foram analisadas 776 fichas de notificação realizadas durante os meses de janeiro a agosto de 2006, cujas vítimas tinham idades menores de 18 anos. O sexo feminino foi predominante, responsável por 473 casos (61,0%) e o sexo masculino foram 298 casos (38,4%). A razão feminino/masculino encontrada foi 1,6. A idade média foi de 8,4 anos. Os resultados acerca do tipo de violência mostraram que a negligência e o abuso/violência sexual foram predominantes, sendo responsáveis por 264 (34,0%) e 261 casos (33,6%), respectivamente. Como violência física foram classificados 146 casos (24,9%). O local de ocorrência com maior número de casos foi a própria residência das vítimas (413; 53,2% do total), seguindo-se a via pública com 87 casos (11,5%). Estes resultados mostram as características da violência contra a criança e o adolescente que podem subsidiar o estabelecimento de políticas públicas e programas tanto para a sua prevenção quanto para o suporte às vítimas.

# ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO, NOTIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES QUE MINIMIZEM O SOFRIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA REGIÃO DO GVE XX PIRACICABA

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Coordenadoria de Controle de Doenças

- Informações gerais

**Responsável:** Grupo de Vigilância Epidemiológica XX Piracicaba (GVE XX)

Gláucia Elisa Cruz Perecin, Bernadete Terezinha de Almeida Vianna  
gve-piracicaba@saude.sp.gov.br | (19) 3437-7410/ 7411/7488

**Parcerias:** Centro de Vigilância Epidemiológica – GVE XX Piracicaba.

**Recursos Financeiros:** recursos próprios.

- Resumo

**Justificativa:** Em meados de 2006, no processo de sensibilização dos técnicos da região do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XX Piracicaba, para implantação da notificação de violência interpessoal, evidenciou-se a necessidade de estruturar uma rede de atendimento integral à saúde das vítimas. Nesse mesmo ano, na região, ocorreram 954 óbitos por causas externas, coeficiente de mortalidade de 67.86/100.000 habitantes, mas ao observarmos por município, destacam-se Leme e São Pedro, com coeficientes de incidência acima do estado São Paulo (81.8/100.000 habitantes), ou seja, 86.64 e 86.30, respectivamente. Os adolescentes e adultos jovens representaram 70% do total de óbitos por causas externas. O GVE XX Piracicaba conta com 26 municípios (população 1.355.258 habitantes–IBGE 2007), sendo 4 de grande porte (população >100.000 hab), 7 de médio porte (12.000 a 100.000 hab.) e 15 de pequeno porte (<10.000 hab); dispõem de 15 hospitais conveniados com o SUS, sendo 13 hospitais-gerais e 2 psiquiátricos, 194 unidades básicas de saúde e 13 unidades de urgência.

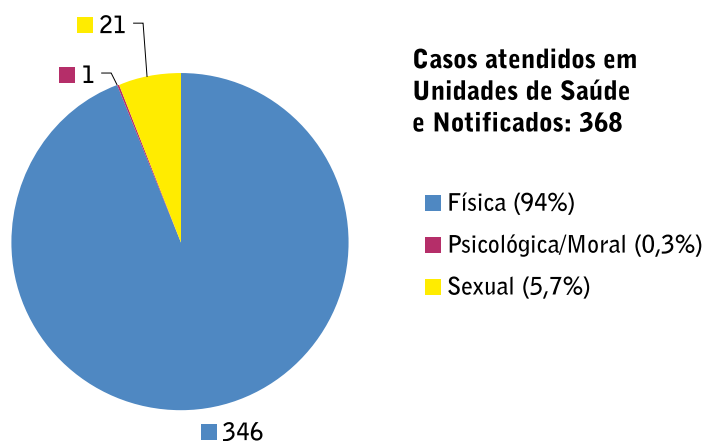
**Objetivo:** Estruturação de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde na área de abrangência da regional.

**Atividades:** Estruturação de equipe mínima para responder pelas ações do Núcleo Regional, esclarecendo dúvidas dos técnicos municipais sobre encaminhamentos e atendimentos às vítimas e digitação das fichas de notificação no sistema Epi-Info. A atuação se faz em parceria com os técnicos responsáveis pelos Programas DST/Aids, Imunização e Programa da Mulher/Criança. Pretende-se ainda que os técnicos regionais acompanhem as ações dos Núcleos Municipais, fomentem discussões com os gestores para avaliação dos dados relacionados à violência em cada município e implementem ações de controle.

**Resultados:** No 1º. Semestre de 2007 notificaram-se 368 casos de violência interpessoal, 53% - contra o sexo feminino, dos quais 177 de violência física (90%) e

19 de violência sexual (9,6%). Ao avaliar a violência sexual contra o sexo feminino, a faixa etária mais atingida é de 20 a 39 anos (63%), seguida de 10 a 19 anos (19%). Quanto à escolaridade das vítimas, 5 (2,5%) declararam-se analfabetas, 74 (37,5%) completaram o Ensino Fundamental, 49 (24,8%) - Ensino Médio e 61 (31%) ignorado, configurando-se a necessidade de melhorar esta informação. Com relação à residência das vítimas, os municípios de grande porte registraram 88% dos casos, sendo 54% provenientes de Rio Claro, 23% – Limeira e 11% – Piracicaba. Destaca-se Rio Claro, que avançou na implantação da notificação dos casos de Violência Interpessoal nas Unidades Municipais de Saúde. Quanto ao estado civil das vítimas, 45% se declararam solteiras, 25% casadas e 20% sob união consensual. Em relação ao agressor, em 40% dos casos, foi o cônjuge-companheiro/ex-cônjuge-companheiro, seguida do "desconhecido" (25%) e amigo/conhecido (15%). O local de ocorrência da agressão com maior frequência foi via pública (58%), seguido da residência (16%). No atendimento, observou-se que em 50% dos casos realizou-se sorologia, 42% contracepção de emergência e, em 37%, coleta de sêmen. Há necessidade de fortalecer a articulação entre as instituições envolvidas no atendimento, evitando duplicidade de procedimentos e exposição da vítima. Em 2008, serão realizadas capacitações em Epi-Info e Tabwin para técnicos municipais visando à avaliação dos dados locais e Seminário/Encontro regional para ampliar as Unidades de Saúde notificantes e sensibilizar outras categorias profissionais para atuar no Programa de Prevenção à Violência.

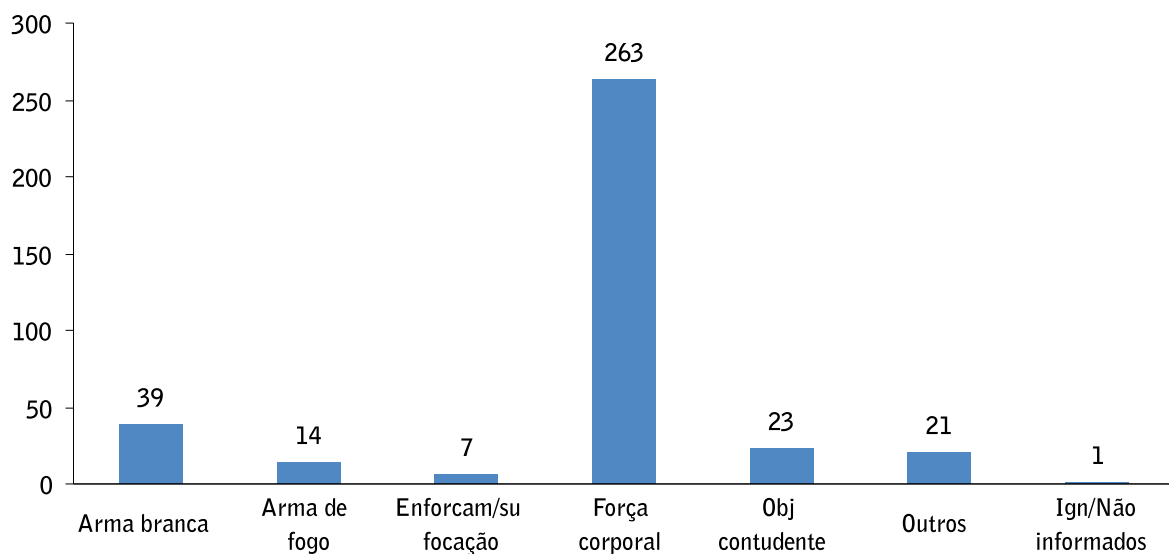
#### Casos notificados segundo tipo de violência GVE XX - Jan a Junho 2007



Fonte: GVE XX - Centro de Vigilância Epidemiológica - SES/SP

### Casos notificados de violência segundo meio de agressão

GVE XX - Jan a Junho 2007



### 70% Força Corporal

Fonte: GVE XX - Centro de Vigilância Epidemiológica - SES/SP

## **CAPACITAÇÃO EM VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARA PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - EXPERIÊNCIAS NOS MUNICÍPIOS DE EMBU/SP E FORTALEZA/CE**

**Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Psiquiatria –  
Setor de Psiquiatria Social/Pavas/CSEGPS – Faculdade de Saúde Pública/USP**



### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Unifesp/Setor de Psiquiatria Social

Andréa da Luz Machado; Tereza Cristina Cruz Vecina; Isabel Altenfelder Santos Bordin

andrealmachado@uol.com.br | (11) 5572-7018

**Parceiras:** Coordenadoria do PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Embu/SP e Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE.

**Recursos Financeiros:** recurso federal do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Programa Institutos do Milênio, 2005-2008 – Edital MCT/CNPq 01/2005 – Processo n. 420122/2005-2.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Programa de Saúde da Família (PSF) ocupa papel de destaque na atenção à saúde das famílias em diversas regiões do Brasil. Os profissionais que nele atuam mantêm contato direto e permanente com as famílias de suas áreas de abrangência, o que os coloca em posição privilegiada, quando estabelecem vínculos duradouros e de responsabilidade em relação a essa população. No entanto, este contato direto com as famílias leva toda a equipe do PSF a se deparar com situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes que requerem atenção. Para tanto, os profissionais do PSF necessitam de formação no tema e de instrumental para intervir com eficácia nas situa-

ções de violência.

No intuito de contribuir na formação desses profissionais, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) realizou a aplicação e avaliação de um modelo de capacitação em violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes destinado a agentes comunitários de saúde e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. Trata-se de um modelo de capacitação que foi aplicado e avaliado em dois municípios brasileiros: Embu/SP e Fortaleza/CE.

**Objetivos:** A estratégia de capacitação contava com os seguintes objetivos: a) Propiciar discussões sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, seu conceito e implicações; b) reconhecer e buscar alternativas para as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no trabalho quanto às questões da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, assim como propiciar conhecimentos sobre notificação de casos; c) estimular o trabalho em rede nos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes; d) verificar os conhecimentos adquiridos, mudanças de atitude e novas alternativas para a orientação e acompanhamento das famílias em situação de violência.

**Atividades/Metodologia:** Foram propostas, nos dois municípios (Embu/SP e Fortaleza/CE), oficinas de capacitação com metodologia participativa, realizando discussões em grupo que propiciaram questionamentos de conceitos e práticas em relação à violência intrafamiliar. Cada oficina de capacitação foi coordenada por uma dupla de facilitadores treinados pelos pesquisadores da Unifesp. Cada oficina era composta por nove encontros semanais, com duração de 3 horas cada. Foram aplicados questionários aos participantes das oficinas e realizados grupos focais, tendo em vista a avaliação de mudanças de conhecimento e atitude em relação à temática.

**Envolvimento Intersetorial:** O conteúdo programático das oficinas estava direcionado para o trabalho em rede, preconizando que as instituições, setores e profissionais existentes no município são parceiras na proteção às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência.

**Resultados:** Melhora na identificação de casos; aquisição de conhecimento e formas de intervenção para interrupção da violência; maior conhecimento sobre a rede de instituições que apóiam e protegem crianças e adolescentes; relatos das principais dificuldades encontradas pelos profissionais quando lidam com casos de violência e enfrentamento pelos profissionais das principais barreiras para a notificação de casos.

## COLORINDO A VIDA

### Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Pindamonhangaba

- Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Promoção de Saúde e Cidadania

Ana Emília Gaspar

saude@pindamonhangaba.sp.gov.br | (12) 3648-1440

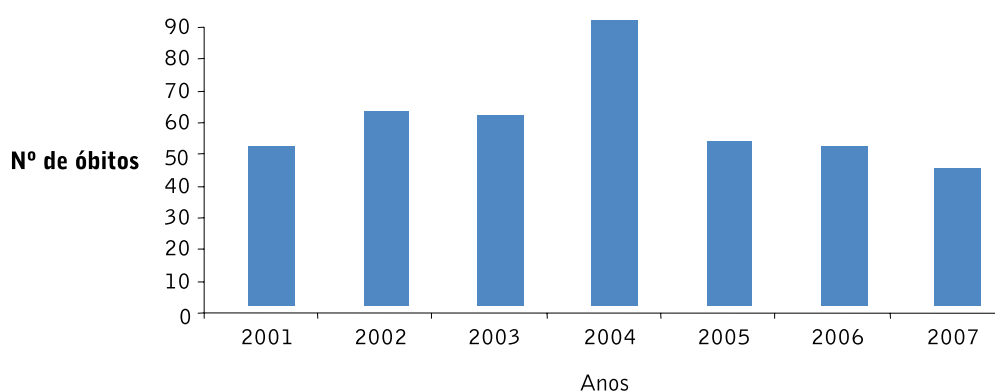
**Parcerias:** Departamento de Proteção (Vigilância Sanitária) / Assistência à Saúde e Promoção Social; Diretoria Regional de Ensino, Secretarias Municipais de Educação e Cultura, Esporte e Lazer e Delegacia de Defesa da Mulher. Todas as entidades sociais que atendem família, crianças e adolescentes no município; Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Assistência Social.

**Recursos Financeiros:** Recurso federal do Programa Sentinela.

- Resumo

**Justificativa:** Diante das inúmeras questões sociais que perpassam a nossa sociedade, observamos o crescente índice de violência. Como podemos observar no quadro abaixo, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no município de Pindamonhangaba entre os anos de 2001 e 2004 houve um aumento de 45% nos índices de mortalidade, começando a diminuir somente em 2005, levando-se em consideração os dados relacionados a óbitos por violência direta ou indireta.

#### Óbitos por Violência no Município de Pindamonhangaba



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) - Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba/SP

Em face da atual problemática, o crescimento da violência no município, fizeram-se necessárias várias ações de enfrentamento e, principalmente, o acompanhamento desses casos. Desta forma, foi elaborado o Programa Colorindo a Vida, co-financiado pelo governo federal através do Ministério do Desenvolvimento Federal (MDS) conveniado



com o município de Pindamonhangaba por intermédio da Secretaria de Saúde e Promoção Social.

**Objetivo:** atendimento de crianças e adolescentes (0 a 17 anos e 11 meses) em situação de violência sexual e suas respectivas famílias advindas das cinco regiões do município de Pindamonhangaba.

**Atividades:** O programa foi implantado em fevereiro de 2007, com a realização de reuniões com toda a rede de Promoção e Proteção à criança e ao adolescente para a divulgação do Programa Colorindo a Vida, sensibilização sobre a problemática do abuso sexual de crianças e adolescentes e instrução com relação ao preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória.

A equipe realiza uma análise situacional através de visitas domiciliares e leitura de relatórios e das Fichas de Notificações Compulsórias advindas dos órgãos parceiros, como a Delegacia de Defesa da Mulher, o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude e de toda a Rede de Promoção e Proteção à criança e o adolescente para se ter uma visão geral do caso. Partindo disso, a equipe multidisciplinar elabora um plano de ação. De acordo com as necessidades peculiares de cada caso, inicia-se o processo de acompanhamento interdisciplinar contando com atendimento psicoterapêutico semanal para crianças e adolescentes, em sessões individuais ou em grupos, utilizando técnicas de ludoterapia e arte-terapia; atendimento social, médico e jurídico construindo em um processo coletivo, com a rede de proteção básica e especial, a defesa e a garantia dos direitos fundamentais.

Durante todo o processo de acompanhamento da família são realizadas avaliações das ações desenvolvidas, sempre objetivando a melhoria da qualidade de vida pessoal, social e comunitária. Esta avaliação constante está sob a responsabilidade da equipe técnica e da coordenação do programa.

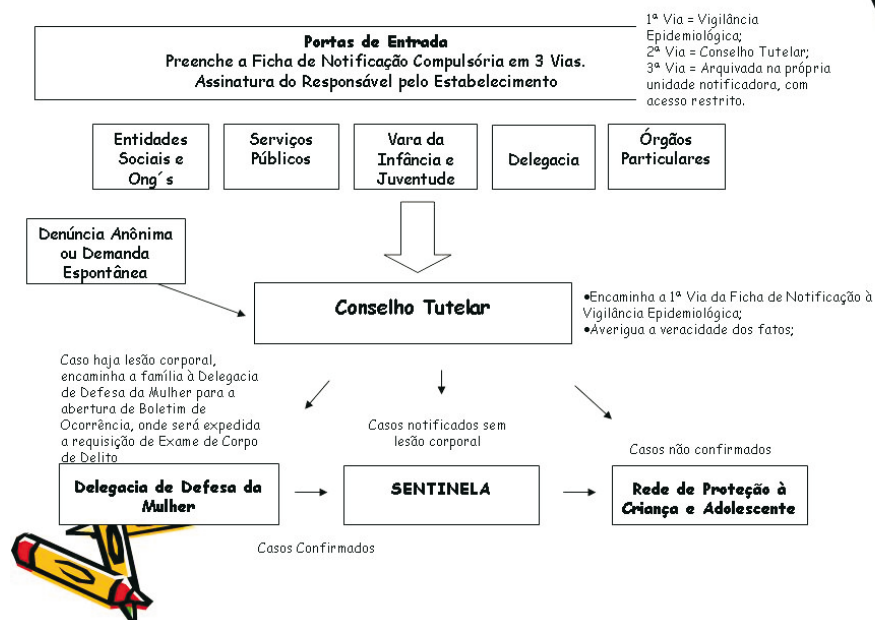
**Envolvimento Intersetorial:** Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social; Departamento de Proteção aos Riscos e Agravos à Saúde; Departamento de Promoção de Saúde e Cidadania; Departamento de Assistência à Saúde; Fundo Social de Solidariedade; Pronto Socorro Municipal; Santa Casa; Secretaria Municipal de Educação e Cultura; Diretoria Regional de Ensino; Delegacia de Defesa da Mulher; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude; Entidades Sociais; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Municipal da Assistência Social.

**Resultados:** Local adequado para o atendimento; maior atenção por parte dos profissionais que atuam com crianças e adolescentes no que diz respeito à problemática Violência Sexual; implantação da Ficha de Notificação Compulsória; maior entrosamento da Rede de Promoção e Proteção à criança e ao adolescente; bom relacionamento com as equipes de saúde, esporte, educação, entidades sociais, fórum e equipe entrosada e com ótimo relacionamento profissional.

Como consequência desse trabalho se espera fortalecer os laços afetivos e favore-

cer transformações positivas nas relações familiares, criando e melhorando as condições de cuidado dos adultos responsáveis pela criança; amenizar as conseqüências negativas na vida das crianças ou dos adolescentes agredidos e de fortalecer os “laços” da rede de Promoção e Proteção à criança e ao adolescente.

## Como chegar até nós:



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba/SP

# CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA AS VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO – SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

- Informações gerais

**Responsável:** Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes, Centro de Vigilância Epidemiológica

Neuma Hidalgo

acidenteseviolencias@saude.sp.gov.br | (11) 3066-8295

**Recursos financeiros:** recursos próprios; recurso federal para implantação do núcleo.

- Resumo

**Justificativa:** Apesar da sua importância para a Saúde Pública, a prevenção dos acidentes e violências ainda não ocupa um lugar de destaque nessa área. Dentro disso, o estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica, entendido como um instrumento para a coleta, análise e interpretação de dados para ser utilizado no planejamento, avaliação e execução da prática de Saúde Pública, vem sendo proposto nos últimos anos para as causas externas pelos organismos de saúde internacionais e nacionais. Certamente, com aspectos específicos que o diferencia do modelo para as doenças infecciosas.

**Objetivos:** a) Monitoramento rotineiro das informações de mortalidade e morbidade hospitalar no sistema público de saúde por causas externas – entendido como o passo inicial do sistema de vigilância; b) notificação dos maus-tratos contra a criança e o adolescente – tornando visível um problema invisível; c) notificação e estabelecimento de uma rede de atendimento às vítimas de violência sexual – o papel da área da saúde no atendimento a essas vítimas é fundamental na prevenção do HIV e DSTs, gravidez indesejada e suporte psicológico.

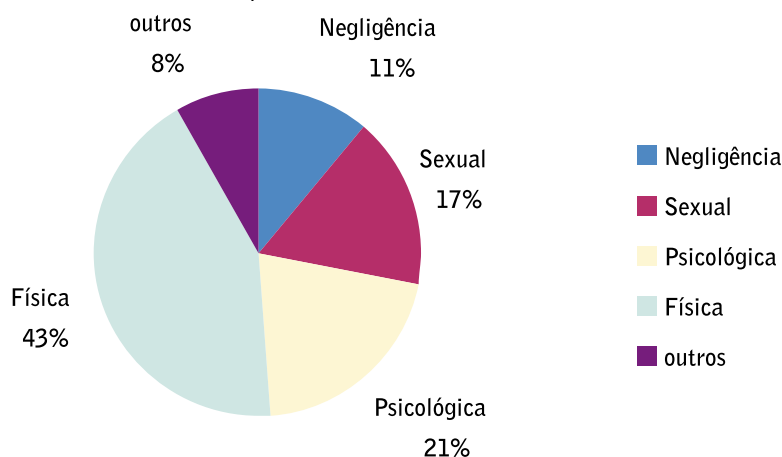
Em 2005, o Centro de Vigilância Epidemiológica estabeleceu uma área para implantar um sistema de vigilância para as causas externas.

**Resultados:** Descentralização do sistema com 28 interlocutores de violências nos Grupos de Vigilância Epidemiológica. Parceria com o Ministério da Saúde (Dasis/SVS). Trabalho em parceria com os municípios, serviços de referência, universidades e segurança pública. Implantação da Notificação de Violência Sexual e Outras Violências. Algumas das atividades mais importantes foram: capacitação para extração e análise de dados do SIM e SIH em TabWin para os interlocutores das GVEs; condução da pesquisa de morbidade por acidentes e violências (em emergências); reuniões mensais com o Comitê de Violência Sexual; realização do 1º Seminário de Prevenção contra Acidentes e Violên-

cias (20/06/2006); participação como representantes da SES no Conselho Estadual de Prevenção de Acidentes de Transportes Terrestres (Cedatt) e tradução e edição do *Manual de Lesões* (em sua segunda edição) *Guia de maus-tratos contra crianças e adolescentes*.

### Notificação de violência segundo tipo.

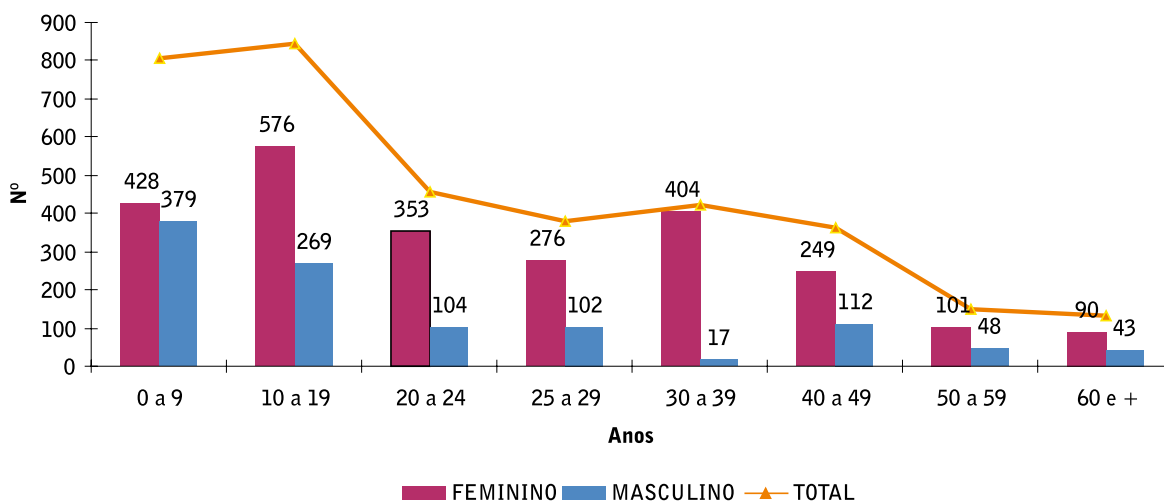
Estado de São Paulo, 2006



Fonte: Fichas de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais Núcleo VIVA SP/CGDANT/CVE/SES SP

### Notificação de violência segundo sexo e faixa etária.

Estado de São Paulo, 2006



Fonte: Fichas de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais Núcleo VIVA SP/CGDANT/CVE/SES SP

## DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTES: ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Grupo de Vigilância Epidemiológica VIII – Mogi das Cruzes/CVE/CCD/SES.

Nilce Helena de Paula Kezh

nilce.kezh@bol.com.br | (11) 4790-7534

**Parcerias:** Município de Mogi das Cruzes; diversas ONGs atuantes no município; membros do Conselho Tutelar, Promotoria da Infância e Juventude, Representantes de abrigos, Secretaria Municipal de Educação, Universidades de Mogi das Cruzes.

**Recursos Financeiros:** As ações não contaram com alocação de recursos financeiros. Todo o material utilizado é resultado de doações para realização dos trabalhos e da disponibilização de estrutura já existente nas organizações envolvidas.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A implantação, pelo GVE8, da notificação de violência e maus-tratos nos municípios do Alto Tietê (139 notificações em 2006, 70% envolvendo crianças e adolescentes), aponta para a necessidade de articulações intersetoriais que possam responder à demanda e diminuir a subnotificação. O decreto 47.171 que institui o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica sobre Acidentes e Violência (Seviv) estabelece a necessidade de articulação com órgãos que atuam nas áreas de justiça, segurança pública, educação e assistência social. O Estatuto da Criança e do Adolescente é um instrumento legal de garantia da dignidade e valor da pessoa humana, necessitando ser disseminado e apropriado pela sociedade.

**Abrangência:** desenvolvidas com a comunidade de Mogi das Cruzes, as atividades abrangem educadores, estudantes, adolescentes, profissionais de saúde, e grupos organizados da população.

**Objetivos:** Construção do Fórum Municipal de defesa da criança e do adolescente para implementar ações de proteção da criança e do adolescente.

**Atividades:** Assinatura e implantação de protocolo de intenções entre as instituições de educação de Ensino Superior para inserção do ECA como conteúdo programático nos cursos de graduação das três universidades da cidade de Mogi das Cruzes; desenvolvimento de seminários e projetos pedagógicos envolvendo os artigos do ECA em todos os cursos de graduação da Universidade de Mogi das Cruzes e nos cursos da área de saúde na Universidade Brás Cubas; construção e implantação de ficha específica de notificação; formação da Comissão de Coordenação do Fórum Municipal de Defesa da Criança e do Adolescente (FMDCA/MC); realização do primeiro encontro formativo do FMDCA/MC definindo seus princípios e participação do FMDCA/MC no Fórum Mundial Infanto-Juvenil durante o 2º Fórum Mundial de Educação, ocorrido em Mogi das Cruzes, coordenando debates sobre os temas relacionados à criança e ao adolescente.

**Envolvimento intersetorial:** Participam desse fórum o Poder Executivo municipal, ONGs, Ministério Público, universidades, Grupo de Vigilância Epidemiológica Regional 8 (CVE/CCD/SES/SP), Conselho Tutelar e profissionais de diferentes áreas de atuação no município de Mogi das Cruzes.

**Resultados:** A partir das atividades desenvolvidas, o FMDCA/MC se consolida como um importante espaço, democrático, com finalidade formativa, implementando as ações no combate à violência e em defesa da criança e do adolescente. Com ações planejadas para 2008 o FMDCA fortalecerá as instituições que atuam na defesa da criança e do adolescente nos distritos e bairros de Mogi das Cruzes construindo uma rede de ações intersetoriais.

# GEAVIDAS: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL EM RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



- Informações gerais

**Responsáveis:** Divisão de Vigilância Epidemiológica SMS Ribeirão Preto-SP João Carlos da Costa; Regina Helena Brito de Souza; Patrícia dos Santos Melli; Sonia Aparecida Pires de Oliveira; Sílvia Genari Ridolfo Lúcio; Catalina Camas Cabrera; Magda Barbi Scavazzini, Silvana Maria Quintana; Maria Célia Cervi; Geraldo Duarte; Rosane Monteiro; Maria Elizabeth Monteiro

geavidas@hcrp.fmrp.usp.br; rhbrito@hcrp.fmrp.usp.br | (16) 3602-2699

**Parcerias:** *Viva São Paulo* – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Secretaria de Estado da Saúde através do Programa Estadual DST/Aids, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde DRS-13, GVE-24; SMS – Vigilância Epidemiológica, Programa da Saúde da Mulher, Programa da Saúde da Criança/Adolescente; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria da Assistência Social; Programa Sentinela; Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher; Delegacia de Defesa da Mulher; IML; Vara da Infância e Juventude; HCFMRP/USP (Unidade de Emergência e Campus); Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP; Departamento de Ginecologia e Obstetrícia FMRP/USP; Departamento de Pediatria e Puericultura FMRP/USP; Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP/USP; Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP; Núcleos de Saúde da Família; município de Ribeirão Preto e região; ONGs: Ceprev, Vitória Régia.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal do *Viva* (inquérito Acidentes e Violências pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde).

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Grupo de Estudos e Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual (Geavidas) é um grupo de trabalho do Hospital das Clínicas da FMRP/USP que tem se dedicado a pesquisar, estudar e intervir nas estratégias para a implantação de uma assistência humanizada às vítimas de violência. Desde 1999, o Geavidas promove a interlocução dos serviços e equipamentos públicos do município para a prevenção da violência e para a efetivação de uma rede de apoio subsidiando os profissionais da saúde em suas ações e procedimentos.

**Objetivos:** a) Análise dos dados dos sistemas de informação já existentes, como SIM, Sinan, SIH e outros inquéritos; b) treinamento, capacitação e sensibilização de gestores dos 26 municípios da DRS-13; c) intervenção pactuada entre SES e SMS; d) estabelecer uma política transversal, integrada e intersetorial, que se propõe a articular as diversas áreas do Setor Sanitário, outros setores do governo e da sociedade, para compor Redes de Apoio, compromisso e co-responsabilidade com a qualidade de vida da população; e) implementar a diminuição da morbimortalidade em decorrência dos agravos por causas externas das violências e a promoção de ambientes e entornos saudáveis; f) promover saúde e qualidade de vida, cidadania, inclusão social e a cultura da paz.

**Atividades:** No tocante à assistência às vítimas de violência recém-ocorrida, como no caso do abuso sexual, o Geavidas articulou com a Secretaria de Estado da Saúde através do Programa Estadual DST/Aids, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, a implantação do atendimento integral e diferenciado, garantindo assistência emergencial de nível terciário, em um ponto central do município. Nesse atendimento são realizados boletim de ocorrência e exame médico legal. O Geavidas dispõe, desde 2000, de assistência psicológica para pessoas recém-violentadas, que são acolhidas e preparadas, para maior aceitação de ajuda psicoterápica e adesão a uma modalidade de tratamento: psicoterapia individual ou em grupo, para adolescentes e mulheres adultas, e ludoterapia para crianças pelo *Projeto Brincando na vida*. Em 2003, foi firmada a parceria Delegacia de Defesa da Mulher e Geavidas, com a finalidade de promoção de assessoria à equipe policial (apoio técnico, material didático, informativos) e atenção (acolhimento) às pessoas que procuram ajuda na Delegacia de Defesa da Mulher. A partir de 2005 as mulheres vítimas de violência doméstica passaram a contar com o suporte psicológico do grupo de apoio Mulheres de Respeito. Em todas as situações são realizadas as orientações sobre a Rede de Apoio Social do município e informações sobre prevenção em álcool, drogas, DST e Aids.

Frente à constatação de violência, é preenchida a Notificação de Violência, que é posteriormente enviada ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde – *Viva Ribeirão*.

São realizados ainda: assistência às vítimas de violências de Ribeirão Preto e região; treinamento e capacitação permanente em Rede para Ribeirão Preto e região;

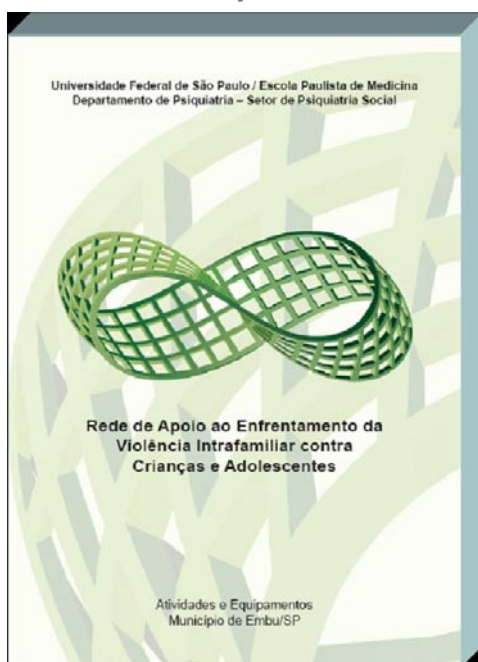


discussão de estratégias para casos complexos em Abuso Sexual e Violência Doméstica; estágio para alunos dos cursos de Psicologia e Serviço Social (estágio em atendimento psicossocial – Geavidas); articulação em Rede com os Programas Rede Crescer e Pacto para Enfrentamento da Violência contra criança e adolescente e articulação de eventos locais.

**Envolvimento Intersetorial:** Ministério da Saúde; Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde-Programa Estadual DST/Aids; Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Secretaria Municipal de Assistência Social; Secretaria Municipal de Segurança Pública; Instituto Médico Legal (IML), Delegacia de Defesa da Mulher (DDM); Vigilância Epidemiológica e HCFMRP/USP.

## IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO – UM MODELO DE INTERVENÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Embu/SP – Universidade Federal de São Paulo/Departamento de Psiquiatria/Setor de Psiquiatria Social



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Tereza Cristina Cruz Vecina; Andréa da Luz Machado; Isabel Altenfelder S. Bordin (Unifesp/EPM – Setor de Psiquiatria Social)

terezavecina@uol.com.br | (11) 3022-6786

**Parcerias:** Coordenadoria de Saúde Mental e Coordenadoria de Saúde do Adolescente da SMS Embu.

**Recursos Financeiros:** Recurso federal do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Programa Institutos do Milênio, 2005-2008 – Edital MCT/CNPq 01/2005 – Processo n. 420122/2005-2.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** A Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes (Vica) é um fenômeno multicausal que exige intervenções de diferentes segmentos sociais dentro da perspectiva de um trabalho em rede. A formação de redes de enfrentamento à violência, preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8069/90), vem sendo estimulada por diferentes órgãos governamentais. Este trabalho tem por objetivo

mostrar um modelo utilizado para a implantação da Rede de Atenção e Proteção à Infância e Adolescência no município de Embu com posterior avaliação.

**Objetivo:** Estimular profissionais, instituições e população do município de Embu para a realização de um trabalho em rede, voltado ao enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

**Atividades:** A partir de assessoria dada pela equipe da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) à equipe da Secretaria Municipal de Saúde, realizam-se as seguintes estratégias para o enfrentamento da Vica: (1) Formação de grupo de referência intersectorial: trata-se de um grupo aberto, formado por profissionais de diferentes setores (governamentais e não-governamentais) e pessoas da comunidade interessadas na defesa dos direitos da criança e do adolescente. Tem como tarefa discussão de políticas públicas e a implementação de ações voltadas às questões da infância e adolescência e, em especial, ao enfrentamento das situações de violência intrafamiliar, responsabilizando-se pela implantação, desenvolvimento e manutenção da Rede de Atenção e Proteção à Infância e Adolescência do município. (2) Formação de núcleo de apoio e supervisão ao profissional: trata-se de núcleo de discussão intersectorial e permanente de casos de violência contra crianças e adolescentes com o objetivo de troca de experiências, apoio e suporte ao atendimento de casos, dentro de uma perspectiva de rede. A supervisão fica a cargo dos profissionais/pesquisadores do projeto. (3) *Fóruns de debates para profissionais e população:* realização do I Fórum Caminhos para Construção da Paz, em abril de 2005, e do II Fórum Caminhos para a Construção da Paz em novembro de 2007. Os dois fóruns contaram com a participação de profissionais e representantes do poder público. (4) *Capacitação de profissionais:* realização de uma estratégia de oficinas de capacitação em violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes para agentes comunitários de saúde e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Foi proposta uma capacitação com metodologia participativa, realizando discussões em grupo que propiciaram questionamentos de conceitos e práticas em relação à violência intrafamiliar. Cada oficina de capacitação foi coordenada por uma dupla de facilitadores treinados pelos pesquisadores da Unifesp. (5) Identificação de uma rede de apoio ao profissional e à comunidade: com a publicação do guia *Rede de Apoio ao Enfrentamento da Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes*. (6) Avaliação da implantação por meio de métodos quali-quantitativos.

**Envolvimento intersectorial:** Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Ação Social, governo; Conselhos de garantia de direitos da criança e do adolescente, Justiça, comunidade e Unifesp.

**Resultados preliminares:** Aumento das notificações de casos de Vica; maior compromisso e participação de diferentes atores sociais; apropriação da importância do trabalho em rede; criação de novas estratégias de enfrentamento da Vica.

## IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM CAMPINAS

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Coordenadoria de Vigilância em Saúde – SMS Campinas

Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira

naoko@uol.com.br; naoko.silveira@campinas.sp.gov.br | (19) 2116-0187

**Parcerias:** CVE/Dant – Núcleo Viva; Coordenadoria da Mulher; Secretarias Municipais de Transportes; Cidadania, Trabalho, Assistência e Integração Social; Educação e de Segurança Pública; ONGs: Taba – ONG, que cuida dos autores de violência sexual; Unicamp; PUC Campinas; Conselhos Tutelares, Conselho de Defesa dos Direitos da Mulher e Conselho Municipal do Idoso.

**Recursos Financeiros:** Recurso federal do Edital n. 3 de set/06 e Edital n. 7 de dez/06.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** Campinas compõe o grupo de municípios prioritários na implantação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde seguindo diretrizes da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. Em Oficina de Planejamento Participativo em março de 2007, o Núcleo foi estruturado com os programas, projetos e redes de assistência, proteção, prevenção e promoção à saúde: a) Programa Iluminar - cuida das vítimas de violência sexual; b) Quebrando o Silêncio – cuida das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; c) Serviços Sentinelas para Violências e Acidentes; d) *Projeto Prevenção ao Suicídio*; e) Fórum de Dependência Química; f) *Projeto Vida sobre Duas Rodas* – prevenção do acidente com motociclistas profissionais; g) Central Integrada de Monitoramento de Campinas (Cim-

camp); h) Programa Preferência pela Vida – educação para o trânsito e Monitoramento de Mortalidade e Programa do Idoso. O Núcleo é composto por representantes das redes, integradas por vários setores governamentais (secretarias e coordenadorias da Prefeitura Municipal de Campinas), Conselhos, instituições universitárias e instituições não-governamentais (ONGs).

**Objetivos:** a) Promover a articulação das redes; b) articular ou contribuir na sistematização e disponibilização de dados; c) apoiar o desenvolvimento das políticas públicas, tendo o sistema de informação como importante instrumento integrador.

**Atividades:** a) Elaboração do plano estratégico de ação – em andamento a publicação da portaria para oficialização do núcleo; b) vigilância de violências e acidentes: violência sexual – doméstica e urbana de ambos os sexos – todas as idades; violência de gênero – violência doméstica contra crianças e adolescentes; acidentes de trânsito com ênfase ao acidente com motocicletas; acidentes graves (todos); homicídios/tentativas de suicídio e violência contra idoso; c) promover a articulação das redes: regulamentação do núcleo com regimento interno; análise das informações e identificação das dificuldades na produção e no fluxo; capacitação da rede e seminários internos; monitoramento e avaliação da Rede e criação de sistema de comunicação eficaz (boletins, relatórios, informes); d) políticas públicas de prevenção, assistência e combate: identificar, conhecer, divulgar, acompanhar e acionar as políticas públicas; levantar as necessidades de cada Rede para a implementação de suas políticas; estimular o controle social das políticas públicas (conselhos) e promover o cumprimento da legislação e propor mudanças.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias Municipais de Transportes; Cidadania, Trabalho, Assistência e Integração Social; Educação e de Segurança Pública, universidades (Unicamp e Puc-Campinas); Conselhos Tutelares, Conselho de Defesa dos Direitos da Mulher e Conselho Municipal do Idoso.

**Resultados:** Foram realizadas: Semana Mundial de Prevenção a Acidentes de Trânsito, Seminário Municipal de Trânsito e Inquérito de Violências e Acidentes em Unidades Sentinelas, entre outras.

## NÚCLEO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS

### Secretaria Municipal de Saúde de Itatiba



#### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Serviço Social

João Batista Chaves

gestorsaude@itatiba.sp.gov.br | (11) 4524-0934

**Parcerias:** Secretaria Municipal de Educação, Departamento de Trânsito, Secretaria Municipal de Ação Social; Conselho Tutelar.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal: Incentivo às Ações de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção das Violências começou a ser estruturado em janeiro de 2007 após aprovação do Projeto pelo Ministério da Saúde. Itatiba integra a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) desde 2003.

**Objetivo:** Implantar as estratégias de Promoção da Saúde e Prevenção de Violências de modo intersetorial e interinstitucional, organizando um Núcleo que reunirá dados que subsidiarão as ações políticas no município.

**Atividades:** Para estruturação do Núcleo foram realizadas reuniões e oficinas para levantamento e organização de dados no mapa do município; criação de Comitê Intersetorial do Núcleo; organização da participação da sociedade civil e envolvimento dos Agentes Comunitários do Programa Saúde da Família.

As principais estratégias de desenvolvimento do projeto foram: primeira oficina: O que você faz para combater a violência e para a busca da construção da paz?; segunda oficina: Compondo Redes: Reconhecendo áreas de risco e projetos preventivos; capacitação no atendimento às vítimas de violência sexual: direcionada aos profissionais dos seg-

mentos que trabalham nesse sentido; capacitação dos Agentes Comunitários voltada para a detecção e combate às violências contra o idoso, e na terceira oficina foram trabalhadas as propostas de ação baseadas nos levantamentos anteriores para serem desenvolvidas em 2008.

O plano de ação contempla mapear as áreas de riscos de violência; criação de ficha única de notificação para os diversos tipos de violência; integrar o Conselho Tutelar nas ocorrências; trabalhar para um atendimento mais humanizado às vítimas, especialmente nas delegacias; diagnóstico das causas que estão gerando a violência; envolvimento dos Conselhos Municipal e Locais de Saúde, conselhos afins, centros comunitários, associações de bairros e grêmios estudantis nas ações do Núcleo; envolvimento das auto-escolas do município para divulgação das ocorrências com acidentes de trânsito, buscando ampliação no processo educativo; trabalho educativo com *motoboys* e ciclistas, e incentivar a participação da unidade familiar nas ações com os projetos existentes.

**Envolvimento Intersetorial:** Conselhos Municipal e Locais de Saúde, Conselhos afins, centros comunitários, associações de bairros e grêmios estudantis nas ações do Núcleo; auto-escolas; dez Secretarias Municipais; Secretaria Municipal de Educação, Departamento de Trânsito, Secretaria Municipal de Ação Social. Apoio técnico: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), Unicamp (Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Medicina Preventiva e Social), Ipes.

**Resultados:** participação dos diferentes setores; criação do Comitê Intersetorial do Núcleo; capacitação e sensibilização provocando a mudança na forma de olhar dos Agentes Comunitários de Saúde; mapeamento de projetos desenvolvidos pelas Secretarias, ocorrências e locais das violências na cidade; trabalho em conjunto entre Conselho Tutelar, Conselho Local da Saúde e Programa de Saúde da Família; segunda edição do Manual de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e criação de uma minibiblioteca para que os gestores, técnicos e usuários possam consultar temas referentes a bibliografia de violências. Em 2008, o Núcleo tem como principal objeto de intervenção reduzir o número das vítimas de todos os tipos de violência e, no combate e enfrentamento desta, envolver a população em geral.

## PROGRAMA ILUMINAR VÁRZEA PAULISTA: CUIDANDO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Departamento de Atenção à Saúde

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

saudevarzeapaulista@gmail.com; mfaguedes@yahoo.com.br | (11) 4606-8113

**Parcerias:** Atenção Básica, Vig. Epidemiológica, UAU, Assistência Social, Ambulatório de Especialidades, Cia. Escola, todos da própria Secretaria Municipal de Saúde; Secretarias Municipais de Cidadania e Assistência social, Educação, Segurança Pública e de Governo; município: Várzea Paulista.

**Recursos:** Recursos próprios; recurso federal.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Programa Iluminar Várzea Paulista atua no acolhimento das vítimas de violência sexual urbana e doméstica, e se estende também a crianças e adolescentes.

**Objetivos:** Quebrar as barreiras de silêncio e solidão que envolve as vítimas, acolhê-las prontamente com cuidados iniciais, dar continuidade aos tratamentos e diminuir os índices de violência na cidade.

**Atividades:** Em março de 2006, iniciou-se a capacitação de servidores e funcionários públicos, que se estendeu por cinco meses, em oficinas e palestras semanais, totalizando 320 participantes. Foram abordados os seguintes temas: cidadania, Direitos da Mulher, Estatuto da Criança e do Adolescente, Direitos Humanos, entre outros.

Seu início oficial ocorreu com a entrega dos diplomas de certificação para os funcionários participantes da capacitação, em outubro de 2006, e com a distribuição



dos fluxos de atendimento a todos os setores envolvidos: todas as vítimas devem procurar qualquer unidade da Rede Municipal de Saúde; exceto os casos agudos, que devem procurar o Hospital da Cidade (Hospital Público Municipal).

Para o acompanhamento do programa foram criados dois grupos. O Grupo de Acompanhamento dos Casos do Iluminar (Graci), que além de acompanhar a assistência às vítimas, desenvolve o matriciamento e apoio técnico à rede pública de assistência. Esse grupo interdisciplinar é composto por: um médico infectologista, uma médica pediatra, com formação em saúde mental, três enfermeiras (representando a Vigilância Epidemiológica, o Ambulatório de Especialidades e o Hospital da Cidade), uma psicóloga (representante das UBS), duas psicólogas (Companhia da Escola), dois assistentes sociais (SMS) e três profissionais da Secretaria de Ação Social e Assistência.

E o Grupo de Acompanhamento do Programa Iluminar (GRAPI), que deve: acompanhar o projeto, avaliar o andamento nas diversas Secretarias, avaliar o funcionamento do fluxo, propor novas capacitações, avaliar dados e transformá-los em informação, divulgar o projeto e as informações sobre ele, sensibilizar outros parceiros e a sociedade Varzina para o problema.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretarias Municipais: Saúde, Cidadania e Assistência Social, Segurança e Educação. E ainda: Gabinete, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude e integrantes do orçamento participativo.

**Resultados:** No ano de 2007 foram atendidas e acompanhadas na rede do Programa Iluminar Várzea Paulista, 62 pessoas no total, tanto vítimas de violência doméstica, quanto sexual. Em 2008, até o mês de fevereiro, nove notificações foram registradas.

**Ações para 2008:** Em 2007 encaminha-se ao Ministério da Saúde projeto para a continuidade das ações visando a: novas capacitações; supervisão de apoio aos dois grupos: Graci e Grapi; qualificação das notificações; implementação do Núcleo de Combate à Violência e *Projeto de Atendimento a Alcoolistas e Familiares (Brindar)*.

## PROGRAMA PÉTALA – CRIAÇÃO DE REDE: UMA ESTRATÉGIA PARA O ATENDIMENTO ACOLHEDOR DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Hospital Regional de Assis



### ▪ Informações gerais

**Responsáveis:** Hospital Regional de Assis

Isabel Cristina Nucci de Souza; Teresa Cristina Prochet; Fátima Ap. Begosso Beviláqua; Luciana Miacri; Margarete Aparecida dos Santos Nóbile Ribeiro; Edinaldo Albino dos Santos; Cláudio Rodrigues

belnucci@hra.famema.br; belnucci@hotmail.com; hrassis\_dg@famema.br

(18) 3302-5016/6002

**Parcerias:** Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS SES/SP); Saúde da Mulher (SES/SP); Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo (Polícia Civil – Deinter – 4), Polícia Científica, Polícia Militar CPI-4, Unesp, Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Ação Social; municípios de Assis, Bernardino do Campo, Cândido Mota, Canitar, Chavates, Cruzália, Espírito Santo do Turvo, Florínea, Borá, Ibirarema, Ipaussu, Lutécia, Maracaí, Óleo, Ourinhos, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã e Timburi; Conselhos Tutelares, Conselhos Comunitários de Saúde e outros atores importantes para formação da rede.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; recursos do Ministério da Saúde.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, vem incentivando os serviços de saúde a capacitar seus profissionais para diagnosticar os casos de violência. Além disso, tem valorizado o estabelecimento de parcerias com diferentes setores sociais, comunitários e mesmo do governo. Essas ações têm por objetivo principal garantir uma assistência adequada e acolhedora à vítima. Movido por essa realidade, o Hospital Regional de Assis, em parceria, criou o Programa Pétala – Atendimento à Vítima de Violência Sexual. O programa teve seu início em junho de 2005, atende à área geográfica de 9000 km<sup>2</sup> que agrega 450.000

habitantes, atendendo à demanda de 25 municípios: Assis, Bernardino do Campo, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzália, Espírito Santo do Turvo, Florínea, Borá, Ibirarema, Ipaussu, Lutécia, Maracaí, Óleo, Ourinhos, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã e Timburi.

**Objetivos:** a) Construir uma rede integrada de serviço voltado ao fortalecimento do enfrentamento da violência sexual; b) prestar atendimento multidisciplinar às vítimas em situação de violência sexual, prevenindo e/ou tratando das conseqüências decorrentes da violência e contribuir na atuação profissional, fornecendo apoio técnico e científico, e desenvolver estudos e pesquisas na área.

**Atividades:** Após pactuar as co-responsabilidades entre as instâncias envolvidas e o Programa Pétala, cada município foi contemplado com um treinamento utilizando-se da técnica de estudo baseado em problema com duração de 8 horas, visando a sensibilizar e despertar o interesse pela temática e divulgar a importância da construção de um protocolo de atendimento à vítima de violência sexual. Durante esse encontro foi apresentado o panorama estadual e nacional da violência sexual, os marcos conceituais, os principais dados epidemiológicos, as legislações inerentes, bem como os aspectos burocráticos da notificação compulsória. Foram realizadas ações práticas voltadas à sensibilização da criação da rede de atendimento às vítimas de violência nos municípios citados. Participaram dessa etapa 329 pessoas representantes dos diferentes segmentos. No final do treinamento foram citados como pontos positivos do encontro: tipo de dinâmica pedagógica aplicada, postura acolhedora e técnica dos facilitadores, qualidade do material utilizado e disponibilizado, possibilidade de integração dos diferentes profissionais, ampliação do conhecimento pelo assunto, aumentando o foco, a visão e as ações relativas à violência sexual, valorização da importância da criação do fluxo de atendimento e do acolhimento das vítimas, compreensão do papel dos diferentes segmentos da sociedade, incentivo de novas atitudes frente ao combate da violência, oportunidade de expressão e participação de todos os presentes, reflexão e enriquecimento pessoal, partilha das situações-problema vivenciadas e a divulgação do Programa Pétala. Atividade similar foi desenvolvida com os 120 funcionários do hospital e teve por objetivo compreender como as ações técnicas e administrativas do cotidiano interferem na qualidade do atendimento direto às vítimas de violência. Como forma de expressar a continuidade do trabalho desenvolvido, o impacto da sensibilização e a supervisão que a equipe do Programa Pétala desenvolveu, foi realizado um encontro no qual os participantes puderam apresentar uma súmula do trabalho desenvolvido em seus respectivos municípios. A seguir, consolidamos a primeira etapa do trabalho realizando o I Encontro Regional de Formação de Rede e Atenção à Vítima de Violência Sexual com a participação de 250 representantes dos segmentos municipais e estaduais.

**Envolvimento Intersetorial:** Secretaria de Estado de Segurança Pública (Polícia

Civil Deinter 4, Polícia Científica, Polícia Militar CPI 4), Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Marília, Secretarias Municipais (Saúde, Educação, Ação Social), Direção Regional de Saúde VIII, atual Departamento Regional de Saúde IX, Conselhos Tutelares, Conselhos Comunitários de Saúde e outros atores importantes para formação da rede.

**Resultados:** Favoreceu a reflexão das práticas cotidianas, trouxe oportunidade de integração, despertou o sentimento de empatia, reconhecimento dos diferentes papéis, relevância do acolhimento, subsidiou ações independentes dos municípios.

## REDE ILUMINAR DE CUIDADOS ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



- **Informações gerais**

**Responsável:** Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres

Verônica Gomes Alencar

vgalencar@hotmail.com | (19) 2116-0781

**Parcerias:** Centros de Saúde, unidades de saúde da família; prontos socorros, Samu, centros de referências, departamento de informática; vigilância em saúde da própria Secretaria Municipal; Secretarias Municipais de Cidadania, Trabalho e Inclusão Social; Educação; Cultura; Coordenadoria da Juventude, Coordenadoria de raça e etnia; ONGs: Associação de mulheres de Campinas; Acadec; Taba; Ação mulher e família; Conselhos Tutelares, Conselhos de Direito; Disque-Denúncia; Unicamp; PUC/Campinas.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios; recurso federal.

- **Resumo**

**Justificativa:** Campinas, o segundo maior município do estado de São Paulo, tem como um dos seus principais problemas a violência em suas diversas manifestações. Para enfrentar o problema da violência sexual e da violência doméstica, a Prefeitura de Campinas criou a Rede Iluminar. A inovação do projeto reside na concepção de violência como um fenômeno multifacetado que não pode ser reduzido a um único campo de saber ou serviço específico, envolvendo vários segmentos como a segurança pública, a educação e a saúde.

**Objetivos:** a) Cuidar da saúde física, mental, social e civil das crianças, mulheres, adolescentes e homens vítimas de violência sexual urbana ou doméstica aguda, antes de 72 horas, possibilitando a prevenção da gravidez por estupro, das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo Aids e Hepatite; b) cuidar da saúde física, mental, social e civil de todas as vítimas de violência sexual doméstica crônica, e das suas famílias; c) identificar, capacitar, integrar, monitorar e avaliar a Rede de Cuidados para evitar a revitimização, qualificar, humanizar e avaliar os serviços; d) elaborar e implantar ficha de notificação

compulsória para construção de banco de dados e possibilitar implementação de políticas públicas mais eficientes; e) cuidar das pessoas autoras de violência em ambiente não policial para intervir na cadeia de violência; f) garantir o abortamento permitido por lei.

**Atividades:** Funciona com duas redes de atendimento interligadas: a rede de cuidados indiretos e a rede de cuidados diretos. A rede de cuidados indiretos é formada pelas escolas, creches municipais e Escola Municipal de Educação Infantil (Emeis), serviços municipais de assistência social, Guarda Municipal, Conselhos de Direitos da criança e Adolescentes, da Mulher, do Idoso, do Deficiente, e os Conselhos Tutelares, ONGs que trabalham com mulheres, crianças e adolescentes, Instituto de Medicina Legal, Delegacias da Mulher e de Polícia, Centro de Referência e Apoio à Mulher (Ceamo), serviços de assistência jurídica e psicológica da PUC-Campinas e da Universidade Paulistana Unip e Abrigo de Mulheres Sara M. Acolhe as vítimas, ouve a queixa, realiza o cuidado específico necessário, aciona a guarda municipal que conduz a vítima ao pronto socorro de referência definido pelos fluxos de funcionamento da rede, notifica o caso no sistema de notificação de violência (Sisnov), e ao Conselho Tutelar, no caso de crianças e adolescentes, e aciona a rede de cuidados diretos.

A rede de cuidados diretos é formada pelos Centros de Saúde, Pronto-Socorros Municipais, Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Caism) Unicamp, Pronto-Socorro Infantil do HC – Unicamp, Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (Samu), Centros de Apoio Psicossociais (Caps), Centro de referência de DST/Aids, que realiza os cuidados de urgência (atendimento médico, prevenção à gravidez por estupro), às DST/Aids e hepatite, colhe as sorologias necessárias, realiza coleta de sêmen, orienta a vítima para realização do Boletim de Ocorrência e exame de corpo de delito, encaminha para o Centro de Referência de DST/Aids para seguimento da medicação anti-retroviral e vacinação contra hepatite, e encaminha novamente aos serviços da rede indireta para cuidar das questões sociais e jurídicas, então aciona a guarda municipal que conduz a vítima até sua residência.

O Caism é o serviço responsável pela realização do abortamento garantido por lei. Os centros de saúde e os Caps acompanham as vítimas durante seis meses juntamente com a sua família. Todos os procedimentos realizados pela rede de cuidados à saúde são válidos como laudo indireto para uso do IML, para que a vítima não necessite fazer exame de corpo de delito no período do trauma, e os Boletins de Ocorrências são impedidos de ser divulgados pela imprensa para garantir a saúde civil das vítimas. Todo esse trabalho interligado é acompanhado por planilhas de monitoramento, discutidas em reunião bimensal dos representantes da rede para garantir a qualidade e continuidade das ações. Os dados do Sisnov são gerenciados por um comitê gestor do sistema formado por representantes da rede.

**Envolvimento intersetorial:** O Iluminar Campinas integra o Plano Nacional de Assistência e combate à violência contra a mulher, da Secretaria Especial de Políticas

Públicas para as Mulheres, do governo federal, e o Plano Nacional de enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes, do Ministério da Justiça e Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Isso é feito por meio do cumprimento dos acordos municipais e seguimento dos protocolos e portarias definidas por esses órgãos, e também participando e contribuindo nas capacitações e planejamentos para os demais estados e municípios.

**Resultados:** Aumento do número de atendimentos; atualmente 88% das vítimas chegam aos hospitais antes de 24 horas, diminuindo o número de abortamento legal; a responsabilização da Guarda Municipal pelo transporte possibilitou segurança às vítimas e viabilizou a chegada mais rápida aos serviços; a implantação do fluxo de cuidados impediu a revitimização, e a eficácia no trabalho das equipes impossibilita duplicidade de ação; houve a transformação do IML em um serviço de saúde humanizado; há um cuidado com os adolescentes autores – que antes iriam para a prisão – e com suas famílias; a criação do Sisnov possibilita o conhecimento dos dados de ocorrência e de cuidados com possibilidades de construção de políticas públicas eficazes. Três municípios do estado de São Paulo – Várzea Paulista, Sumaré e Guarulhos – já implantaram programa idêntico, apenas adaptando-se à realidade de cada um.

## SANTOS E A CULTURA DA NÃO-VIOLÊNCIA

### Secretaria Municipal de Saúde Santos

#### ▪ Informações gerais

Responsável: Seção de Vigilância Epidemiológica (Seviep)

Vera Lúcia Rivas Caldas; Maria da Conceição Santos Moraes; e Nádia Aparecida dos Santos Imakawa

seviep@santos.sp.gov.br | (13) 3201-5647

**Parcerias:** SMS – Seção de Vigilância Epidemiológica; Secretarias de Saúde e de Segurança; Secretarias Municipais de Educação, Assistência Social, Segurança Pública

**Recursos Financeiros:** Recurso federal: projeto financiado pelo Ministério da Saúde.

#### ▪ Resumo

**Justificativa:** No município de Santos, a partir de junho/2006, iniciou-se o Sistema de Notificação das Fichas de Violência Doméstica, Sexual e outras violências interpessoais, e a Seção de Vigilância Epidemiológica implantou o Sistema de Vigilância das Violências. No período de sete meses de implantação da Ficha de Notificação, recebemos um total de 670 notificações de violências. Observamos que as faixas mais atingidas foram as de 20-29 anos, 22,1%, e 0-4 e 30-39 anos com 15,1%. A incidência é de 160/100.000 habitantes. Aproximadamente duas pessoas em cada 1000, sofrem violência. Fazendo a “projeção” para o ano, aproximam-se de 270 casos/100.000 habitantes. Mas o período é muito curto para este tipo de avaliação, e também devido à subnotificação, não se oferece um panorama real do quadro. Entre os agravos notificados, ocorreram 76 óbitos por causas externas nesse período (não incluído óbito por acidentes de trânsito), com letalidade de 11,3%.

### Tipo de violências, por idade, notificadas em Santos, 2006

TIPOS DE VIOLÊNCIAS: Por idade (anos)

TIPOS DE VIOLÊNCIAS	00-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	TOTAL
SEXUAL	9	9	7	2	9	2	5	0	0	0	0	0	43
AGRESSÃO FÍSICA	4	8	8	18	53	42	26	8	3	3	4	1	178
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	38	3	2	3	2	1	5	4	3	0	0	0	61
TENTATIVA DE SUICÍDIO	0	0	5	6	19	14	18	5	2	3	0	0	72
ARMA BRANCA	1	0	0	0	8	2	3	3	0	0	0	0	17
ARMA DE FOGO	0	0	0	11	10	9	4	1	2	0	0	0	37
AFOGAMENTO	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	5
SUICÍDIO	0	0	0	1	3	2	3	7	2	0	3	0	21
ABORTO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ANIMAL	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	5
ABUSO FINANCEIRO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
NEGLIGÊNCIA	42	10	4	3	2	2	3	1	3	5	6	0	81
PSICOLÓGICA/MORAL	6	12	8	7	42	25	20	9	6	5	2	0	142
TRABALHO INFANTIL	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
EXPLORAÇÃO SEXUAL	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>53</b>	<b>148</b>	<b>101</b>	<b>91</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>670</b>
<b>%</b>	<b>15,1</b>	<b>6,4</b>	<b>5,4</b>	<b>7,9</b>	<b>22,1</b>	<b>15,1</b>	<b>13,6</b>	<b>6,3</b>	<b>3,3</b>	<b>2,5</b>	<b>2,2</b>	<b>0,149</b>	<b>100</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP



Por meio da implantação da Ficha de Notificação é notória a subnotificação, o que provavelmente ocorre pela desinformação das ações que podem ser desenvolvidas a partir dela mesma. Pode ser também o caso das instituições particulares, daí a importância de estimular ações de vigilância e prevenção de violência, como a capacitação de profissionais. Apesar de 71,6% das notificações referirem-se ao setor saúde, as fichas vêm, em sua maioria, incompletas.

**Objetivos:** Capacitação de profissionais de saúde, assistência social, segurança pública, educação, estudantes universitários, entre outros, para prevenir, diagnosticar, notificar e encaminhar as vítimas de violência adequadamente.

**Atividades:** Capacitação de 300 profissionais de diversas áreas; distribuição de material educativo como cartilha, pôster e organização do I Simpósio “Santos e a Cultura da Não-Violência” da Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

**Envolvimento Intersetorial:** Universidades conveniadas à Prefeitura de Santos, profissionais da Secretaria de Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Saúde, organizações não-governamentais entre outros.

**Resultados:** Esse projeto é resultado da implantação do Sistema de Vigilância das Violências, que apesar da subnotificação mostra a necessidade de se investir na cultura da não-violência. Espera-se com isso “treinar o olhar” para reconhecer sinais, comportamentos de pessoas vítimas de violência, integrando ações na rede para qualificar a atenção às vítimas.

## SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM CAMPINAS (SISNOV)

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



### ▪ Informações gerais

**Responsável:** Coordenadoria de Informação e Informática – Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional

Carlos Alberto Avancini de Almeida

sisnov@campinas.sp.gov.br | (19) 3235-1813/3232-8232

**Parcerias:** Centros de saúde; pronto-socorros; Samu; Centros de Referência; Caps; Hospital Municipal; Secretarias de Estado de Assistência Social; Educação; Segurança Pública; Coordenadorias da Mulher: de Etnia e Raça; da Juventude; do Idoso; Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (Crami), Progen, Obra Social São João Bosco, Conselho Comunitário de Campinas, Casa da Criança Meimei, Centro Comunitário Jardim Santa Lúcia, SOS ação Mulher e Família; Unicamp; PUCC; Unip; conselhos tutelares; conselhos de direitos da Mulher e da Criança e do Adolescente.

**Recursos Financeiros:** Recursos próprios.

### ▪ Resumo

**Justificativa:** O Sistema de Notificação de Violências (Sisnov) em Campinas/SP é um sistema informatizado de notificação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes e de violência sexual em qualquer idade, sexo e local de ocorrência. O sistema atende a duas redes distintas: a rede de proteção e assistência contra a violência doméstica em crianças e adolescentes coordenada pela Comissão de Violência Doméstica do CMDCA e a rede do Programa Iluminar de cuidados às vítimas de violência sexual de Campinas, que se integram no campo comum das violências, da violência sexual e dos profissionais que atendem os casos.

**Objetivo:** Desenvolver um banco de dados local, que identifique e localize vítimas e agressores, constituindo uma base de dados que produza indicadores para análise do problema, avalie a rede assistencial e contribua no desenvolvimento da política pública.

**Atividades:** O sistema foi desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde, com base em *software* livre. O acesso é restrito a profissionais da rede, treinados e autorizados pelo CII/-Sisnov. O sistema entrou em operação em 01/06/2005. A gestão do sistema é

compartilhada pelas secretarias municipais e instituições de outras esferas no Comitê Intersetorial e Interinstitucional (CII-Sisnov).

**Resultados:** Após dois anos, apresenta 1.016 casos notificados, sendo 162 no segundo semestre de 2005, 363 em 2006 e 491 no primeiro semestre de 2007. Há um predomínio de notificações de violência de ocorrência doméstica, 619 notificações (61%), sobre as de ocorrência urbana, 397 notificações (39%). Quanto às faixas etárias, as violências de ocorrência doméstica predominam na faixa entre 0 e 19 anos (87,5% dos casos) e as urbanas nas faixas entre 10 e 24 anos (64,2%). No total, a maioria dos casos notificados corresponde a pessoas com idade entre 0 e 24 anos (82,6%). Esses e outros dados, específicos de cada tipo de violência, compõem o boletim Sisnov/2007 e mostram conformidade com a literatura disponível.

