



**Conass Documenta n. 17**

**VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA**

**PARTE 1: SEMINÁRIO NACIONAL**

**PARTE 2: PROPOSTAS, ESTRATÉGIAS E PARCERIAS POR ÁREA DE ATUAÇÃO**

## **Equipe de Elaboração**

### **ORGANIZAÇÃO**

Lourdes Almeida

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### **RELATORIA DO SEMINÁRIO NACIONAL “VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA”**

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Márcia Huçulak

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Viviane Rocha de Luiz

### **REVISÃO TÉCNICA**

Nereu Henrique Mansano

René Santos

### **EDIÇÃO**

Adriane Cruz

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Violência: uma epidemia silenciosa./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

– Brasília: CONASS, 2008.

86 p. (CONASS Documenta; 17)

ISBN 978-85-89545-53-2

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

NLM WA 525

CDD – 20.ed. – 362.1068



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**PRESIDENTE**

Osmar Terra (RS)

**VICE-PRESIDENTES**

**Região Centro-Oeste**

Augustinho Moro (MT)

**Região Nordeste**

Geraldo de Almeida (PB)

**Região Norte**

Eugênio Pacelli (TO)

**Região Sudeste**

Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

**Região Sul**

Gilberto Berguio Martin (PR)

**VICE-PRESIDENTES ADJUNTOS**

**Região Centro-Oeste**

Beatriz Dobashi (MS)

**Região Norte**

Eugênia Ferreira (RR)

**Região Sudeste**

Anselmo Tozi (ES)

**Região Sul**

Luiz Eduardo Cherem (SC)

**COMISSÃO FISCAL**

**Titulares**

Laura Rossetti (PA)

Luiz Eduardo Cherem (SC)

Milton Moreira (RO)

**Suplentes**

Eugênia Ferreira (RR)

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**Representantes do CONASS**

**Titular**

Osmar Terra (RS)

Presidente

**Primeiro suplente**

Jurandi Frutuoso

Secretário Executivo do CONASS

**Segundo suplente**

Armando Raggio

Secretaria Executiva do CONASS

**CONSELHO CONSULTIVO DA AGÊNCIA  
NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Titular**

Osmar Terra (RS)

Presidente do CONASS

**Suplente**

Viviane Rocha de Luiz

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

**HEMOBRÁS**

Jorge Gomes (PE)

**DIRETORIAS EXTRAORDINÁRIAS**

**Financiamento**

Marcus Pestana (MG)

**Saneamento, Meio Ambiente e Saúde Indígena**

Augustinho Moro (MT)

**Mercosul**

Beatriz Dobashi (MS)

**Atenção Primária**

João Ananias (CE)

**Amazônia Legal**

Eugênio Pacelli (TO)



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

AGNALDO GOMES DA COSTA (AM)  
ANSELMO TOZI (ES)  
ASSIS CARVALHO (PI)  
AUGUSTINHO MORO (MT)  
AUGUSTO SILVEIRA DE CARVALHO (DF)  
BEATRIZ FIGUEIREDO DOBASHI (MS)  
EDMUNDO DA COSTA GOMES (MA)  
EUGÊNIA GLAUCY MOURA FERREIRA (RR)  
EUGÊNIO PACELLI DE FREITAS COELHO (TO)  
GEORGE ANTUNES DE OLIVEIRA (RN)  
GERALDO DE ALMEIDA CUNHA FILHO (PB)  
GILBERTO MARTIN (PR)  
HÉLIO ANTONIO DE SOUSA (GO)  
HERBERT MOTTA DE ALMEIDA (AL)  
JOÃO ANANIAS VASCONCELOS NETO (CE)  
JOÃO SOARES LYRA NETO (PE)  
JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLA (BA)  
LAURA NAZARETH DE AZEVEDO ROSSETT (PA)  
LUIZ EDUARDO CHEREM (SC)  
LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA (SP)  
MARCUS VINÍCIUS CAETANO PESTANA DA SILVA (MG)  
MILTON LUIZ MOREIRA (RO)  
OSMAR TERRA (RS)  
OSVALDO DE SOUZA LEAL JUNIOR (AC)  
PEDRO PAULO DIAS DE CARVALHO (AP)  
ROGÉRIO CARVALHO (SE)  
SÉRGIO LUIZ CÔRTEZ (RJ)



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS**

**SECRETÁRIO EXECUTIVO**

Jurandi Frutuoso

**CONSULTORES**

Alethele de Oliveira Santos

Armando Raggio

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Cupertino

Gilson Cantarino

Júlio Müller

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Márcia Huçulak

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Regina Nicoletti

René Santos

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

**ASSESSORIA DE IMPRENSA**

Renata Freitas

**GERÊNCIA ADMINISTRATIVA**

Ana Lúcia Melo

**GERÊNCIA FINANCEIRA**

Luciana Tolêdo Lopes

**NÚCLEO ADMINISTRATIVO**

**E FINANCEIRO**

Adriano Salgado de Farias

Alberto Paim

Carolina Abad

Emanuela Ferreira

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Ilka Costa

Luciana Toledo Lopes

Lucília de Melo Souza

Luiza Monteiro

Luiza Tiné

Rodrigo Fagundes Souza

Sheyla Ayala Macedo

Tatiane Toledo Santos

# ÍNDICE

	PG	
	07	<b>Apresentação</b>
<b>Parte 1: Seminário Nacional Violência: uma epidemia silenciosa</b>	09	
Introdução	10	
O Seminário Nacional	12	
	43	<b>Parte 2: O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas</b>
	44	Introdução
	47	Propostas, estratégias e parcerias por área de atuação

## Apresentação

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem contribuído, ao longo dos anos, na formulação de propostas que visem consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), seja mediante a construção de consensos internamente entre os Secretários de Estado da Saúde, seja buscando parceiros que possam juntar esforços e construir propostas para uma ampla mobilização nacional.

No período de setembro de 2007 a abril de 2008, o CONASS coordenou uma mobilização nacional, juntamente com o Ministério da Saúde, o Conasems, a Opas, a Unesco, o Unodc, a Unifem e o Pnud, reunindo milhares de pessoas em todo país num processo de reflexão sobre o tema “Violência: uma epidemia silenciosa”, e de conhecimento das experiências para enfrentamento dessa epidemia, que já estão sendo realizadas em vários estados e municípios. Esta mobilização teve como ponto culminante a realização do Seminário Nacional “Violência: Uma epidemia silenciosa”, cuja síntese publicamos na primeira parte deste caderno.

A violência não é apenas uma questão de segurança pública. É, antes de tudo, um problema de saúde. O grande avanço é levantar o debate nacional sobre problema da violência como uma epidemia que pode ser prevenida.

Esta edição contém, em sua segunda parte, um conjunto de propostas, estratégias e parcerias para o enfrentamento deste grave problema. O documento com estas propostas foi entregue formalmente ao Ministério da Saúde no dia 27 de agosto de 2008 e é fruto da contribuição imprescindível, durante os seminários, dos profissionais de saúde que labutam diariamente no atendimento às vítimas de violência e desenvolvem ações de vigilância e prevenção nas grandes cidades e municípios mais longínquos das fronteiras e do interior do país.

Pretende-se, a partir da discussão tripartite entre os gestores do SUS, aprofundar este debate, construindo de forma conjunta uma política nacional de enfrentamento da violência, com foco nas possibilidades de atuação da área de saúde e seu papel de articulação com as demais políticas públicas e organizações sociais, considerando a dimensão total desse fenômeno, bem como seus modos de produção e suas repercussões sociais, em especial no setor saúde.

Os resultados das diversas ações propostas (como as que envolvem a atenção à primeira infância) virão somente em médio e longo prazo, urge, porém, implementá-las como um compromisso com as futuras gerações. Cabe a todos nesse momento assumir o desafio do enfrentamento da violência e a construção de uma sociedade onde a cultura da paz seja a prática de todos os dias.

Osmar Terra  
Presidente do CONASS





**I. Introdução**

**II. O Seminário Nacional**

**PARTE I**

**SEMINÁRIO NACIONAL  
“VIOLÊNCIA: UMA  
EPIDEMIA SILENCIOSA**

## I. INTRODUÇÃO

A partir da deliberação da Assembleia do CONASS de ampliar a discussão da violência como um problema de saúde pública, a Secretaria Executiva da entidade iniciou a elaboração de um projeto visando à organização e à realização de cinco seminários regionais e um seminário nacional.

Para subsidiar as discussões ocorridas nos seminários regionais, o CONASS elaborou e publicou o CONASS Documenta n. 15, denominado “Violência: Uma epidemia silenciosa” (disponível para *download* no [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)), 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 de 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 e Conasems – e com os organismos internacionais envolvidos no enfrentamento dos diversos aspectos da violência como a Promoção da Saúde da Opas, a Unesco, o Unifem, o Pnud e o UNODC, com os quais foram realizados vários contatos e reuniões para definir as estratégias de participação dessas entidades no projeto.

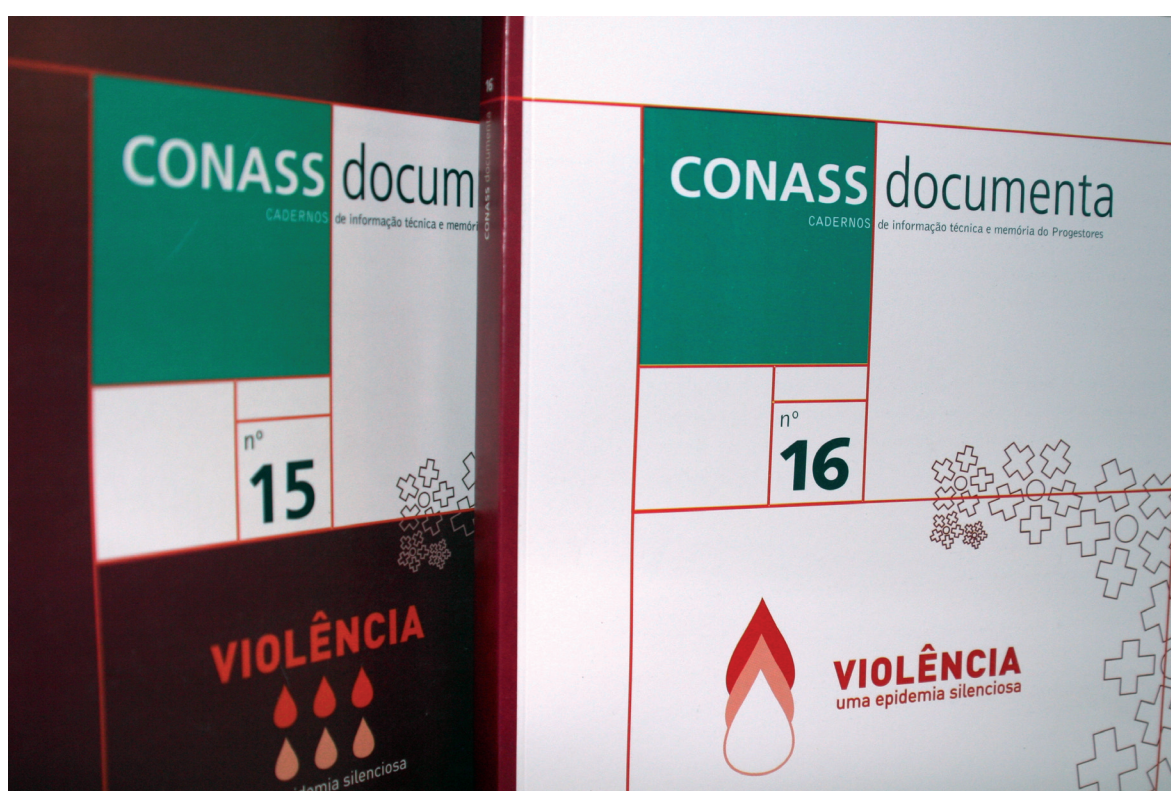
Os seminários regionais contemplaram a apresentação do impacto da violência na saúde com enfoque para a situação em cada região; uma mesa-redonda com apresentação das experiências bem-sucedidas no plano internacional e a atuação dos organismos internacionais no enfrentamento da violência com participação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

Os encontros foram realizados de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 nos estados do Paraná – região Sul; Mato Grosso do Sul – região Centro-Oeste; Amazonas – região Norte; Maranhão – região Nordeste, e Rio de Janeiro – região Sudeste. O seminário nacional, detalhado na primeira parte desta publicação, foi realizado em abril de 2008 no Rio Grande do Sul.

Para a organização dos seminários foi de fundamental importância o envolvimento das 27 Secretarias de Estado da Saúde (SES), 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. O resumo das referidas experiências foi publicado no CONASS Documenta n. 16 (disponível para *download* no [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)), distribuído aos participantes do seminário nacional.



Imagens das publicações Conass Documenta n. 15 e 16. Ambos abordam o tema violência e estão disponíveis no *site* do conass

## II. Seminário Nacional “Violência: uma epidemia silenciosa”

Realizado nos dias 29 e 30 de abril de 2008, em Porto Alegre o “Seminário Nacional – Violência: uma epidemia silenciosa” reuniu mais de 1500 pessoas no Hotel Plaza São Rafael. O objetivo do encontro foi discutir a violência como um problema de saúde pública, aprofundando questões relevantes como o impacto do uso de álcool e drogas; a violência na adolescência; a violência no trânsito; e a prevenção dos suicídios. Foi ressaltada ainda a importância da atuação intersetorial e da ação política para o enfrentamento da mesma.



**O EVENTO REUNIU MAIS DE 1500 PESSOAS**

O evento, promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, recebeu em sua abertura autoridades com a governadora do estado Yeda Crusius e o ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Participaram ainda: o representante da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), no Brasil, Vicent Defourny; o representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil, Diego Victoria; o representante do Escritório das Nações Unidas contra Crime e Drogas (UNODC), Giovani Quaglia; o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior; e o representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Francisco Cardoso.



**ABERTURA DO SEMINÁRIO NACIONAL “VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA”**

Osmar Terra abriu o evento citando a frase da Unesco: “Se a guerra nasce na mente dos homens é na mente dos homens que nós temos que erguer as defesas da paz”. E completou: “Atrás de cada ato de violência tem um estado mental alterado que pode ser prevenido. A falta de cuidados na primeira infância, por exemplo, pode refletir diretamente em possíveis comportamentos violentos no futuro. Portanto, estamos sim falando de temas pertinentes à saúde, onde a saúde pode dar sua contribuição articulada com a educação, com a segurança e com diversos outros setores a fim de construir políticas adequadas”. Osmar Terra defendeu ainda que o setor tem como aliado na prevenção e no combate à violência a rede formada pelos trabalhadores do SUS, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e destacou o apoio do Ministério da Saúde para promover a mobilização em torno do tema violência, que “foi decisivo para impulsionar o compromisso de que as políticas mais abrangentes, surgidas dos estados e dos municípios, sejam adotadas pelo Ministério da Saúde, configurando-se como propostas para a elaboração de uma política nacional de prevenção e combate à violência”.



**PRESIDENTE DO CONASS, OSMAR TERRA**

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão ratificou a fala do presidente do CONASS, dizendo que é preciso atuar com políticas interinstitucionais, envolvendo a sociedade, a escola, a mídia e os movimentos comunitários. “Só é possível enfrentar e combater a violência atuando junto às famílias. A saúde pública tem uma grande contribuição a dar por meio da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários da Saúde e com políticas como a que existe no Rio Grande do Sul – o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) – que orienta as famílias para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças”. Salientou que a expectativa é que o resultado do seminário se transforme em medidas práticas e objetivas que possam ser formalizadas. “Esperamos que o Ministério da Saúde possa utilizar os projetos apresentados para o aperfeiçoamento de suas políticas, apoiando estados e municípios. Precisamos estabelecer uma estratégia que não seja silenciosa para o enfrentamento da violência, uma estratégia aberta, corajosa e transparente e que as bases para a superação dessa questão possam partir da reflexão sobre a realidade, por mais violenta e agressiva que seja”.



**MINISTRO DA SAÚDE, JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

A governadora do Rio Grande do Sul, Yeda Crusius, reafirmou que o papel do Estado é garantir a educação, a saúde e a segurança para a população. “Prevenção e combate à violência são duas coisas que se complementam. Por isso mesmo, quebramos paradigmas ao dizer que violência é uma questão de saúde pública, pois, se não atuarmos na origem, nunca iremos barrar o crescimento da sociedade violenta”.



GOVERNADORA DO RIO GRANDE DO SUL, YEDA CRUSIUS

## Temas que compuseram o primeiro dia do evento

- “Trajetórias de agressão física na infância: fatores de risco e programas de prevenção”, na Conferência Magna, proferida por Sylvana Cote e por Richard Tremblay, da Universidade de Montreal/Canadá.
- “O impacto da violência na saúde pública”: apresentado pelo gerente do Núcleo de Epidemiologia do CONASS, Nereu Henrique Mansano.
- “Violência: um problema de saúde pública no Brasil e no mundo”, coordenado pelo Secretário de Estado da Saúde do Tocantins e vice-presidente do CONASS na região Norte, Eugênio Pacelli, com apresentações de Otaliba Libânio Neto, do Departamento de Análise de Situação de Saúde, do Ministério da Saúde; Marie-Josée Guérette, do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebec; Henry Murrain, da Corpovisionarios da Colômbia; e Alberto Concha, da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).
- “Violência: as várias faces de um mesmo problema”, coordenado pelo Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e vice-presidente do CONASS na região Sudeste, Sérgio Côrtes. Nesta mesa foram apresentados os temas: “Violência na Adolescência”, pelo médico José Outeiral; “O impacto do uso de álcool e drogas na violência”, pelo coordenador da Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, Sérgio Paula Ramos; e “Capacitação das equipes de Saúde da Família para o enfrentamento da violência”, pelo médico psiquiatra da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Alan Índio Serrano.

## Temas que compuseram o segundo dia do evento

O segundo dia do seminário começou com a “Troca de experiências para o enfrentamento da violência como um problema de saúde pública”, espaço onde mais de 100 projetos e experiências de prevenção e combate à violência envolvendo o setor saúde

foram expostos em formato de pôsteres para que o público pudesse conhecê-los.

Nas mesas de discussão foram apresentadas:

- “A importância da ação intersetorial no combate à violência”, coordenada pelo Secretário de Estado da Saúde do Mato Grosso e vice-presidente do CONASS na região Centro-Oeste, Augustinho Moro, e apresentada por Marco Antônio Moura, da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul.
- “A ação política para o enfrentamento da violência como um problema social e de saúde pública”, coordenada pelo presidente do CONASS, Osmar Terra, e que contou com a presença do senador Marconi Perillo; do governador de São Paulo e ex-ministro da Saúde, José Serra; do prefeito de Teresina, Silvio Mendes.
- “Violência no trânsito”, coordenada pelo Secretário Executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso e apresentada por Alfredo Peres, do Denatran.
- “A violência como um problema de saúde pública: da teoria à prática”, que contou com a participação de representantes da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Edinilsa Ramos de Souza; do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Silvio Fernandes; do CONASS, Osmar Terra; e do Conasems, Antônio Carlos Figueiredo Nardi.

## **Apresentações do seminário**

A seguir, apresentamos a síntese das apresentações ocorridas durante o seminário. Acesse no *site* do CONASS ([www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)), clicando no *banner* virtual da página principal, as apresentações e os vídeos exibidos durante o evento.

### **Conferência Magna: “Trajetórias de agressão física na infância: fatores de risco e programas de prevenção”**

**EXPOSITORES: RICHARD E. TREMBLAY E SYLVANA M. CÔTÉ – UNIVERSIDADE DE MONTREAL**

Richard Tremblay iniciou sua exposição mencionando que trabalha com o tema da violência há 40 anos, tendo começado suas atividades num presídio em Montreal, onde trabalhou durante três anos, na intenção de reabilitar pessoas de comportamento violento.

Segundo o professor Tremblay os estudos demonstram o ponto máximo da violência entre a adolescência e o início da idade adulta, especialmente no que se refere às ações violentas e aos crimes contra a propriedade, fato já apontado pela Curva Idade-Crime (França, 1826-1829) idealizada por Adolphe Quetelet e, ao se analisar os homicídios em diferentes países da Europa, em diferentes séculos, o mesmo tipo de distribuição é encontrado.



Relatou o trabalho científico que acompanhou 100 jovens de Montreal que mostrou que a agressão física estava presente em crianças de até seis anos de idade, declinando a partir daí, com o aumento da idade. Na adolescência, percebeu-se um pequeno acréscimo entre 13 e 17 anos. Então, porque os jovens aprendem a ser violentos na adolescência? Na análise das trajetórias da agressão física, percebeu-se que 14% jamais usaram a violência; 50% foram violentos até os seis anos, diminuindo daí até os 15 anos e 4% mantiveram alto nível de violência dos seis aos 15 anos. Importante: a agressão não aumenta depois dos seis anos de idade.

Segundo Tremblay, há uma importante correlação entre os problemas de comportamento na infância e álcool, drogas, tabaco, sexualidade precoce, pobreza, depressão e insucesso escolar. Foi feita uma experimentação utilizando-se dois grupos controle. Um primeiro grupo com intervenção preventiva e um segundo grupo sem intervenção preventiva. Concluiu-se que o grupo com intervenção preventiva tinha uma redução de 50% no insucesso escolar e na probabilidade de desenvolver uma trajetória elevada de agressão física. O seguimento já acontece há dez anos, a partir do nascimento.

“Há um instinto de propriedade desde o início da vida, que impele a criança a preservar o que já tem e a querer o que os outros têm. Isso não se aprende, pois é um instinto natural. O conflito pela propriedade aumenta na medida em que as crianças adquirem a capacidade de agredir. Não se trata da TV, como muitos culpam, mas de um comportamento natural, desde o início da vida. A agressão física na primeira infância é um comportamento normal. Como intervir e com quem?”

**Sylvana M. Côté** iniciou sua exposição ressaltando que a violência acontece, sobretudo entre as pessoas do sexo masculino, mas a chance de se obter sucesso reside em trabalhar com as jovens mães, a partir da concepção do novo ser. Nicotina, álcool, nutrição, pobreza, baixo nível de educação das mães e mães jovens, são fatores de risco que interferem ainda na vida intra-uterina com o desenvolvimento do cérebro e levam a dificuldades de aprendizagem, etc. Além disso, o baixo nível de educação impede a adoção de práticas sadias para o desenvolvimento da criança.

Explicou que, no período de aleitamento, a violência familiar, os abusos, a negligência, os maus tratos, a psicopatologia dos pais interferem decisivamente para a geração de um comportamento agressor. No período escolar, o insucesso e a repetência, são também causadores de comportamento violento.

Abordou ainda o papel dos serviços existentes, como por exemplo, o papel das creches, que exercem um efeito protetor sobre as crianças de risco. Os que permanecem no seio de famílias complicadas têm um risco três vezes maior de se tornarem violentos. Por outro lado, se a creche começa antes de nove meses de idade, o risco é cinco vezes menor sobre aqueles que nunca foram à creche.

Em famílias sem instrução, descreveu Côté, depois dos três primeiros anos de vida a criança é exposta a cerca de 13 milhões de palavras – três vezes menos que numa família de bom nível educacional. Nas creches, há um nível semelhante ao encontrado nas famílias mais instruídas. Assim, a criança melhora o desenvolvimento da linguagem, o conhecimento dos números e a maturidade escolar. Para as crianças de famílias ditas “normais” também há um ganho, com aumento do desenvolvimento da capacidade de memória para aprendizagem escolar. Como muitas vezes, no Canadá, as crianças de creches vêm das famílias de melhor condição (ainda que as mais beneficiadas fossem as crianças de famílias pobres), isso termina por aumentar ainda mais a distância entre elas.

“Na tentativa de redução das desigualdades, alguns projetos de educação pré-escolar de qualidade foram idealizados para crianças de famílias pobres e sujeitas às más condições de vida já mencionadas. Quarenta anos mais tarde, pôde-se avaliar que houve um melhor rendimento escolar; uma menor criminalidade na adolescência; menos prisão na idade adulta; e melhores empregos. O custo-benefício aos 27 anos de idade foi de sete vezes; já aos 40 anos, foi de 13 vezes, quando leva-se em conta o investimento e os gastos potenciais com as pessoas de comportamento violento.”

Sylvana M. Côté, citou o Projeto Elmira (EUA) que pretendia mostrar o retorno do investimento na primeira infância trabalhou com gestantes pobres, primigestas, com visitas em domicílio, desde a segunda semana de gestação até seis meses depois do parto. Depois do nascimento, visitas mensais, dos seis aos 24 meses de idade. Quais foram os impactos sobre a mãe: menos gravidez; melhor educação e emprego; menor uso de álcool e drogas. Nas crianças: menos negligência e abusos; menos sexualidade precoce; menos delinquência na adolescência.

Conclusões: quanto mais cedo é feito o investimento no capital humano, mais retorno pode ser obtido; assim, quanto mais tarde, mais caro e menos eficaz. É possível aprender a prevenir a agressão na primeira infância. “A prevenção eficaz começa a partir da concepção.”

### **“O impacto da violência na saúde pública”**

**EXPOSITOR: NEREU HENRIQUE MANSANO, GERENTE DO NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS**

Nereu Henrique Mansano iniciou a apresentação com algumas informações preliminares do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, entre elas o número de óbitos por homicídios (47.477), mortes no trânsito (34.954) e suicídios (8.344), no ano de 2006 (249 óbitos/dia). Ressaltou que os óbitos correspondem apenas à “ponta do *iceberg*”, uma vez que o número de pessoas vitimadas é muito maior, pois, se destacam alguns episódios, mas, não se tem a percepção da dimensão total deste grave problema, com grande repercussão social, especialmente no setor saúde.

Informou que o CONASS optou por incluir, entre os eixos a serem discutidos nos seminários, os acidentes no trânsito, considerando a relevância epidemiológica dos mesmos, a tendência de importantes autores nacionais – que o incluem como uma forma de violência – a dificuldade em excluir a intencionalidade, e que, geralmente, envolvem infrações de trânsito que na verdade poderiam ser chamados de crimes.

Abordou o impacto da violência na mortalidade e na morbidade e destacou as questões relacionadas ao uso abusivo de álcool na violência e nos custos dos serviços públicos de saúde, conforme dados apresentados no CONASS Documenta n. 15 – Violência: uma epidemia silenciosa e na introdução da Parte 2 deste documento.

### **“Violência um problema de saúde pública no Brasil e no mundo”**

**COORDENAÇÃO: EUGÊNIO PACCELI – SECRETÁRIO DE SAÚDE DO TOCANTINS E VICE-PRESIDENTE DO CONASS**

**EXPOSITORES: OTALIBA LIBÂNIO DE MORAIS NETO, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE (DASIS), SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS), MINISTÉRIO DA SAÚDE; MARIE-JOSÉE GUÉRETTE – MINISTÉRIO DA SAÚDE E DOS SERVIÇOS SOCIAIS DO QUEBEC – CANADÁ; HENRY MURRAIN – DIRETOR DE PROJETOS DA CORPROVISIONARIOS DA COLÔMBIA – CULTURA CIDADÃ E A SEGURANÇA CIDADÃ; E ALBERTO CONCHA – ASSESSOR DA OPAS NA ÁREA DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E LESÕES**

Otaliba Libânio de Moraes Neto apresentou um panorama sobre a violência no Brasil e destacou que trata-se de um fenômeno complexo de natureza diversa que está fortemente associado à pobreza e às desigualdades culturais e sociais e é determinado também por aspectos culturais, comportamentais e relacionais. A violência está entre as principais causas de morte no Brasil.

Chamou atenção para a grande elevação do número de mortes por homicídio e informou que os estados com maior taxa de mortalidade são Alagoas e Pernambuco e as regiões metropolitanas com maiores taxas são Maceió, Vitória, Recife. Ressaltou as iniciativas do Ministério da Saúde e as políticas públicas com impacto na redução da violência: retomada do crescimento econômico – entre 2001 e 2003 o número de trabalhadores ocupados aumentou de 75,5 milhões para 89,3 milhões; entre 2003 e 2007, 12 milhões de brasileiros saíram da linha de pobreza; entre 2001 e 2005, a desigualdade caiu 1,2% ao ano; entre 2001 e 2006, o coeficiente de Gini reduziu de 0,593 para 0,559.

Entre as políticas sociais, citou: em novembro de 2003, o Programa Bolsa Família tinha 3.615.596 famílias cadastradas e, em dezembro de 2007, eram 10.965.810 famílias; Plano Nacional de Segurança Pública; Estatuto do Desarmamento – a redução da taxa de mortalidade por armas de fogo de 21,7 para 17,0 por 100 mil entre 2003 e 2006 evitou 12.864 mortes. São Paulo reduziu a taxa em 35,2% e o Rio de Janeiro em 14,1%; Código de Trânsito Brasileiro; Política Nacional de Trânsito; Política de Redução

da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Destacou o papel do Ministério da Saúde nas áreas de Vigilância, Promoção da Saúde, Prevenção, Cuidado à Vítima, Legislação e Avaliação de Políticas e Programas. Citou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Promoção à Saúde, a redução de morbimortalidade por uso abusivo de álcool e a redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito.

“Atualmente, estão implantados 197 núcleos de prevenção de violência, sendo 29 sob a responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde (SES), 16 em universidades, dois em Organizações Não Governamentais (ONG). Em 2007, foram alocados R\$ 13 milhões em 130 projetos. Atenção às vítimas: Samu – com uma cobertura populacional de 97,9 milhões de habitantes. Saúde da Mulher – redes de mulheres e adolescentes em situação de violência. Legislação – Medida Provisória n. 415/2008, que proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas nas rodovias federais. Projeto de lei que modifica a definição de bebida alcoólica e possibilita a regulação de propagandas.”

Destacou, ainda, a realização de cursos de educação a distância e cursos de especialização e que no Pacto pela Saúde estão incluídos indicadores de monitoramento do Pacto pela Vida e a implantação da ficha de notificação.

**Marie-Josée Guérette** iniciou a sua apresentação com um panorama do Quebec: 7,6 milhões de habitantes; uma democracia parlamentar com um Produto Interno Bruto (PIB) de U\$ 37, 137; 16 milhões de km<sup>2</sup>; um território três vezes maior que a França, com baixa densidade populacional – 4,6 habitantes por km<sup>2</sup>; no Quebec, 77% dos habitantes são de descendência francesa, 5% britânicos, 1% indígena, e 17% de outras descendências. A expectativa de vida é de 78 anos para os homens e 82 anos para as mulheres. A mortalidade infantil é de 4,6/1000 nascidos vivos. O sistema de saúde é universal, de fácil acesso a todos, com integralidade de atendimentos, com transferência interterritorial de serviços, e a administração é pública. A competência é exclusiva das províncias, e os seguros saúde e medicamentos cobrem todos os custos. Os serviços são prestados por uma vasta rede de prestadores. A rede tem 18 agências de saúde regionais e 95 centros de saúde e de serviços sociais.

Explicou que o Quebec não tem política nacional específica de enfrentamento da violência, no entanto, o Programa Nacional de Saúde Pública (2003-2012), adotado pelo Conselho de Ministros, estabelece os objetivos em relação à melhoria do estado de saúde e do bem-estar da população. Os principais objetivos no que diz respeito à problemática da violência são: diminuição dos problemas de abusos físicos e psicológicos, agressões sexuais e negligência de crianças e adolescentes; diminuição de problemas de conduta, inclusive em relação às outras pessoas, e de delinquência de crianças e adolescentes; diminuição dos problemas relacionados ao consumo de drogas e álcool; diminuição dos

problemas de agressão sexual e de violência conjugal implicando mulheres. O modelo é de intersectorialidade e trabalha a violência conjugal, os maus tratos a crianças e o uso de drogas. A violência conjugal caracteriza-se por uma série de atos repetitivos que, em geral, seguem uma curva ascendente. Os especialistas denominam esta progressão de “escalada de violência”. As estatísticas quebequenses em 2006 apresentam os seguintes dados – criminalidade em contexto conjugal: 22% de todas as infrações registradas foram cometidas em um contexto conjugal; 54% de destas infrações foram atos de violência; 29% das vítimas tinham de 30 a 39 anos de idade; 43% das vítimas foram feridas no momento da infração; 33% de todos os raptos ou sequestros foram efetuados em contexto conjugal.

“Para uma boa compreensão do teor da presente política é preciso saber que houve um período da tomada de consciência social em relação ao problema da violência conjugal. No início da década de 1970, militantes feministas suscitam uma reflexão sobre o aspecto social do fenómeno da violência conjugal. A partir de então, grupos de mulheres implantam os primeiros recursos para oferecer abrigo às mulheres violentadas.”

Citou como eventos marcantes. 1975: implantação dos primeiros recursos de abrigo para mulheres violentadas; 1985: Política de Auxílio às Mulheres Violentadas; 1995 Política de Intervenção em Violência Conjugal: Prevenir, Detectar, Combater a Violência Conjugal; 2004: Plano de Ação do Governo (2004-2009) sobre Violência Conjugal. Política Governamental de Intervenção em Violência Conjugal adotada em 1995. A conciliação é retratada por uma política cujos signatários são das seguintes áreas: saúde e serviços sociais, justiça, educação, emprego, família, imigração. Esta política apoia a importância da adoção de uma abordagem global, coerente, complementar e conciliada, fundamentada na compreensão conjunta da problemática da violência conjugal com o propósito de suscitar uma responsabilização coletiva.

Segundo Marie-Josée Guérette, após a elaboração de um relatório sobre a implantação desta política foi iniciado um plano de ação do governo (2004-2009) sobre violência conjugal com os seguintes eixos de intervenção e engajamentos: prevenção – 14 engajamentos; detecção – três engajamentos; adaptação a realidades peculiares – 16 engajamentos; intervenção sociojurídica – 29 engajamentos; condições essenciais para ações bem-sucedidas – cinco engajamentos; acompanhamento da implantação do plano de ação – cinco engajamentos.

Descreveu as ações realizadas: organização de campanhas de comunicação de carácter social sobre: promoção de habilidades pessoais e sociais das crianças e adolescentes; prevenção de problemas psicossociais; prevenção da violência conjugal e de agressões sexuais para adultos; financiamento de 106 casas de abrigo para as mulheres vítimas de violência conjugal e seus filhos, totalizando em 2007-2008 cerca de 65,4 milhões de dólares. Medidas governamentais para assegurar a proteção das vítimas: os endereços das casas de abrigo são confidenciais; os endereços das mulheres vítimas de violência

conjugal não são registrados nos arquivos de informações do governo; disponibilização de uma linha telefônica para informações SOS 24 horas, que possibilita, principalmente, o encaminhamento da vítima para a casa de abrigo mais próxima de sua residência ou por meio da qual o auxílio da polícia pode ser solicitado; informações enviadas às vítimas sobre a liberação do agressor encarcerado.

Sobre os maus tratos de crianças e adolescentes, explicou que o trabalho tem sido realizado por meio de uma colaboração intersetorial bem sucedida: intervenção em casos de maus tratos de crianças e adolescentes, abandono e exposição a agressão familiar. No Quebec, a Lei de Proteção da Juventude protege as crianças e os adolescentes cuja segurança ou desenvolvimento estejam comprometidos em virtude de abandono, negligência, maus tratos psicológicos – inclusive exposição à violência conjugal ou em família –, abuso sexual, abuso físico, e sérios distúrbios de comportamento. Em cada uma das 16 regiões do Quebec, há um conselho tutelar cuja atribuição principal é zelar pela aplicação da lei. O conselho tutelar ouve todas as denúncias de situações de crianças ou adolescentes que podem precisar de proteção; trabalha em colaboração com todos os recursos de auxílio de sua região; trabalha em um centro para adolescentes – estabelecimento que oferece vários serviços (avaliação, acompanhamento psicossocial, abrigo infanto-juvenil para indivíduos com problemas, serviços a crianças e adolescentes infratores, adoção, etc.).

“Apesar dos dispositivos legislativos e administrativos implantados, haviam algumas lacunas na continuidade e na complementaridade dos serviços prestados às vítimas de abuso. Em 2001, foi assinado um acordo entre cinco ministérios das seguintes áreas: Saúde e Serviços Sociais (hospitais, centros de saúde pública e de serviços sociais, centro para jovens, centros de readaptação, organismos comunitários); Justiça (Promotoria Pública); Segurança Pública (polícia); Educação, Lazer e Esportes (escolas, organizações esportivas e de lazer); Família e Infância (estabelecimentos diurnos de assistência a crianças de tenra idade).

Trata-se de um acordo multisetorial para atuar no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, maus tratos físicos ou privação de assistência com risco iminente à saúde física, quando houver motivos justificáveis para acreditar que a segurança ou o desenvolvimento de uma criança ou de um adolescente estejam comprometidos e que um crime envolvendo os aspectos mencionados tenha sido cometido contra estes indivíduos. A concentração fundamenta-se em: abertura e colaboração necessárias para a transmissão de informações pertinentes; preocupação em evitar múltiplas intervenções; desejo de evitar prejudicar as intervenções dos diferentes parceiros ou obstruí-las; todo parceiro reconhece e respeita as competências peculiares e os poderes de cada um; toda intervenção deve ser rápida e concertada, respeitando sempre o ritmo da criança ou do adolescente; toda intervenção tem o propósito de levar o indivíduo opressor a reconhecer sua responsabilidade e abandonar a prática de seus atos. As seguintes etapas de intervenção são observadas: denúncia de uma situação opressora ao conselho tutelar;

vínculo e planejamento – conselho tutelar; investigação policial e avaliação do conselho tutelar; tomada de decisão – conselho tutelar; ação e informação dos parceiros.”

Descreveu a toxicomania como um importante problema de saúde pública – o consumo de álcool e drogas resulta em importantes consequências para a saúde e para o aspecto social dos indivíduos: síndrome do alcoolismo fetal; doenças cardíacas; distúrbios hepáticos; intoxicações; tentativas de suicídio; acidentes; violência; e criminalidade. Os consumidores excessivos de álcool estão envolvidos em 33% dos casos de homicídios, 54% dos homicídios não dolosos, 42% dos delitos sexuais e 61% dos atos de violência. Mais de 2/3 dos indivíduos em tratamento de problemas de alcoolismo ou toxicomania já cometeram um delito criminoso em suas vidas (fonte: Governo do Quebec – 2006/2011).

Ações interministeriais de abrangência nacional para correção da situação (março de 2006) descritas por Marie-Josée: lançamento do Plano de Ação Interministerial em Toxicomania (2006-2011), intitulado “Unidos na Ação”. Nove ministérios colaboram para a implantação de 41 ações, principalmente: Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais; Ministério da Segurança Pública; Ministério da Justiça; Ministério dos Transportes; Ministério da Educação, do Lazer e Esportes; Ministério do Emprego e Solidariedade Social. Uma ação governamental conciliada e coordenada que engaja os parceiros, com base em um diagnóstico compartilhado e uma abordagem e princípios em comum, a agirem segundo quatro eixos de intervenção: prevenção; intervenção precoce; tratamento e reinserção social; e pesquisa.

Como exemplos de parceria, foram citados o Programa Toxicomania que possibilita um maior desempenho de cada setor envolvido em prol das clientelas atendidas conjuntamente; a detecção sistemática da clientela (toxicomania, ideação suicida); a intervenção nos estabelecimentos de detenção; a referência aos serviços especializados em toxicomania. A implantação deste projeto em uma região do Quebec possibilitou a diminuição de 75% de suicídios nos estabelecimentos de detenção, importante redução da criminalidade, conciliação dos setores policiais, jurídicos, correccionais, comunitários e da saúde. Foram realizadas, ainda, campanhas nacionais de prevenção destinadas aos jovens (tabaco, álcool, drogas, jogo compulsivo, doenças sexuais transmissíveis), propaganda na televisão, semana de prevenção contra a toxicomania (documentação elaborada pelos setores escolares e comunitários), peças de teatro nas escolas para jovens de 12 a 17 anos.

“Nas últimas décadas, Quebec tem combatido a condução de veículos sob efeito do álcool. Desde 1976, a estratégia implantada para o combate ao alcoolismo no volante revela conquistas importantes, já que os 800 falecimentos registrados anualmente caíram para 200. Apesar de tudo isso, a condução de veículos sob efeito do álcool ainda está associada a 32% dos falecimentos; 16% dos feridos graves; 5% dos feridos leves, causados por acidente automobilístico. Um estudo realizado entre 1999 e 2002 destaca a presença de drogas em cerca de 25% dos motoristas falecidos em acidentes, sendo a maconha a principal droga encontrada.”

Para concluir, enfatizou que a avaliação dos resultados e a prestação de contas são importantíssimas. Para cada política ou plano de ação intersetorial, o governo exige que todos os ministérios e organismos envolvidos apresentem, segundo um cronograma estabelecido, os resultados alcançados paralelamente aos objetivos almejados e à implantação de medidas. Todas as políticas intersetoriais públicas, ou planos de ação, são objeto de avaliações formais feitas pelas autoridades competentes a fim de verificar a eficiência das estratégias estabelecidas.

**Henry Murrain** iniciou sua apresentação com uma citação de Carlo Federici Casa: “O homem não é um dado; o homem é uma tarefa para o homem, é tensão, é antecipação, é um sendo”. Relatou que a Colômbia estabeleceu sistemas regulatórios com: a) regras formais – normas legais com o objetivo de criar nos cidadãos uma admiração pela lei ou obrigação moral de obedecer à lei e um temor à sanção legal; b) regras informais – normas morais e normas sociais na visão de autogratisação da consciência ou obrigação moral de atender a critérios morais pessoais e temor à culpa e também o reconhecimento social (confiança e reputação) e temor ao repúdio social. Foram definidos acordos com benefícios ou obrigação moral de cumpri-los e prejuízos de não cumpri-los.

Algumas ações realizadas em Bogotá: a) co-responsabilidade – regulação cultural quando os cidadãos se envolvem em mútua regulação, se reconhecem como co-responsáveis (ao enfrentar transgressões intentam pacificamente corrigi-las); b) cultura – cidade charmosa – reconhecimento social quando acontece a regulação cultural das interações entre desconhecidos e entre desconhecidos e funcionários com um mínimo de regras compartilhadas para aproveitar e usufruir da pluralidade cultural e moral. O objetivo dessas ações é aumentar o cumprimento voluntário das normas, a capacidade de celebrar e cumprir acordos, a comunicação e a solidariedade entre os cidadãos e a regulação social amável e consciente (ajuda mútua para agir conforme a própria consciência e em harmonia com a lei).

Passos cruciais: mudança de linguagem/ampliação de perspectiva: cultura cidadã (auto-regulação e mútua regulação). Primeiro Conselho de Segurança: unificar as cifras de homicídios e publicá-las mensalmente. Enfoque epidemiológico: trabalho sobre fatores de risco (arma de fogo, álcool, violência intrafamiliar). Mais que campanhas, trata-se de ações coletivas de alta visibilidade: dezembro bem comportado; desarmamento; cavalheiros das faixas de pedestres. Capacitação de policiais (cidadãos formadores de cidadãos). “Vacina contra a violência”. Comissarias de família. Mudança de linguagem – ampliação de perspectiva – cultura cidadã (auto-regulação e mútua regulação). Restrição do consumo de álcool – limitação do horário de fechamento de bares. Colocação de estrelas no chão onde morre uma pessoa.

“A segurança não é só um serviço que o Estado deve prover é também um bem público que se constrói por meio da co-responsabilidade com o Estado.”



Alberto Concha iniciou informando os endereços da página da Opas sobre violência: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention](http://www.who.int/violence_injury_prevention); e <http://www.paho.org>, que traz o informe mundial sobre a violência e a saúde (Organização Mundial da Saúde, 2002), um documento que oferece ferramentas para reduzir a violência. A violência é vista como um problema de saúde pública e tem como definição o uso intencional da força física ou o poder, real ou por ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que pode ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão ou dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. A violência é multicausal: social – iniquidades, normas que apóiam a violência, disponibilidade de armas de fogo; comunidade – posição social da mulher, concentração da pobreza, isolamento social, tráfico ilegal de drogas; relações interpessoais – amigos envolvidos em violência, pobres inter-relações com pais, conflitos de casais; individuais – desordens psicológicas e abuso na infância. Estudos realizados apontam o efeito esperado em taxas de crimes segundo a mudança de indicadores econômicos: um aumento de 1% do Produto Interno Bruto (PIB), diminui em 2,4% a taxa de homicídios e em 13,7% a taxa de roubos.

Explicou que, no Programa de Prevenção de Violência, sob o enfoque da saúde pública, estão definidos os seguintes itens: decisão – liderança e ética dos dirigentes; intersectorialidade – nenhum setor sozinho pode ter a responsabilidade de todos os planos; participação comunitária; sustentabilidade política e financiamento e avaliação. Para a Opas são três os momentos históricos de intervenção sobre a violência: 1) Controle e repressão – castigo intimidação – polícia e justiça; 2) Prevenção e multicausalidade; 3) Recuperação ética, controle e tecido social. Isto significa a participação do governo, da sociedade e das comunidades. “A saúde pública tem quatro enfoques: vigilância – sistema de informação; identificação dos fatores de risco e de proteção; definição de intervenções; e disseminação de evidências.”

### **“Violência: as várias faces de um mesmo problema”**

**COORDENAÇÃO: SÉRGIO CÔRTEZ, SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

**EXPOSITORES: JOSÉ OUTEIRAL – MÉDICO – VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA; SERGIO PAULA RAMOS – COORDENADOR DA UNIDADE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA DO HOSPITAL MÃE DE DEUS – O IMPACTO DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS NA VIOLÊNCIA; E ALAN ÍNDIO SERRANO – MÉDICO PSIQUIATRA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA – CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO**

José Outeiral iniciou apresentando uma estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que cita as primeiras causas de morte por violência no Brasil, que são respectivamente: homicídios, acidentes, suicídios e doenças orgânicas. Em seguida, convidou a todos para uma reflexão: “temos que nos perguntar sobre o conflito permanente da sociedade, nos encontramos num momento de barbárie. O que se passa?” A sociedade passa por intensas transformações: até 1950, 75% da população vivia no

campo ou em pequenas cidades, onde havia uma rede de amparo familiar muito grande. Com a migração para os grandes centros urbanos, que inverteu esse percentual, há um paradoxo: quanto maior a cidade, maior o desamparo. Quanto maior a multidão, maior o isolamento. A partir de 1970, houve uma terceirização das funções paternas e maternas, o que levou, nas grandes cidades, os adultos serem chamados de "tios", isso significa uma tentativa de cerzir o tecido familiar, que se encontra esgarçado. Na última década, nos encontramos com novas situações familiares, com diferentes estruturas e esgarçamento, onde, em 1/3 dos lares, o pai não está presente, mudou muito o lugar e o ambiente. Mudou o conceito de infância e adolescência. Estamos a desinventar o conceito de infância com a mudança de conceito de pós-modernidade para automodernidade. Desinventando a infância com a erotização precoce. A modernidade desinventa o brincar, levando as crianças ao tédio, o que as leva ao caminho da violência. A adolescência começa a invadir o mundo adulto, é a "adultoscência", termo utilizado no dicionário de *Oxford*, ao mesmo tempo o mundo adulto é uma espécie em extinção. O adulto quer parecer adolescente, com uma conduta descompromissada, inclusive vestindo-se como tal.

"A escola é o espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção da doença, onde os alunos convivem mais com os professores do que com os próprios pais. A escola tem essa função, preservar a utopia, o sonho e o desejo. É preciso um novo olhar na educação, onde se ensine a pensar", concluiu.

**Sergio Paula Ramos** iniciou sugerindo uma reflexão sobre o tema da violência sob a perspectiva da bebida alcoólica: o alcoolismo afeta, no Brasil, algo em torno de 10% da população adulta, o que dá 12 milhões de brasileiros com dependência de álcool, sem contar os que bebem ocasionalmente, o que dá mais 10%, temos então algo em torno de 20 milhões de pessoas que causam problemas decorrentes do uso nocivo do álcool, sendo uma boa razão para rever o tipo de relacionamento com a bebida alcoólica e não há aparato de saúde no mundo que esteja preparado para receber essa quantidade de pessoas. O uso e a dependência é o menor problema, sendo a intersecção do álcool com a violência o maior problema.

Apresentou alguns dados que comprovam essa afirmação: 36,2% dos suicídios têm alcoolemia positiva; 47,7% dos que se envolveram em agressões físicas disseram estar sob efeito de bebida alcoólica nos últimos 12 meses; 55,7% das mulheres agredidas pelos maridos informaram que os mesmos estavam alcoolizados no momento da agressão; 76,2% dos processos criminais, o autor ou a vítima, ou ambos, estavam alcoolizados no momento do delito; 81,8% das vítimas fatais em acidentes de trânsito no carnaval em Recife estavam alcoolizados e, no Rio Grande do Sul, fora do período de carnaval, 75% estavam alcoolizados.

"Algumas propostas, que contam com apoios relevantes, tem pouca efetividade. Há 40 anos vemos na TV "se beber não dirija, se for dirigir, não beba", no entanto, o problema só cresce. A indústria de bebidas fala que o problema deve ser enfrentado por

meio da educação, porque sabem que isso não funciona. O *marketing* da televisão é muito mais forte, o estímulo à bebida por meio de pessoas famosas nos comerciais é o que de fato funciona. Falta vontade política para enfrentar essas questões. O Brasil é um caso mundial de sucesso no caso do tabaco, o mesmo deveria ser feito para o consumo do álcool. O município de Diadema, na grande São Paulo, proibiu a abertura de bares após as 23 horas, o que diminuiu sensivelmente o número de acidentes e agressões. Se quisermos diminuir a violência temos que aplicar uma política responsável sobre o álcool”.

Alan Índio Serrano iniciou informando que o tema suicídio começou a ser discutido quando do lançamento do livro *Die Leiden des Jungen Werther*, de Goethe. Houve uma contaminação do suicídio. Somos gratos aos jornalistas por colaborar com a saúde pública com esse tema do contágio. A internet hoje é um grande veículo de comunicação, mas não tem ajudado nessa questão. Nos Estados Unidos e na Europa há um aumento gradativo de suicídios nos idosos. O jovem tem se voltado para a violência.

Argumentou que, no momento da tentativa do suicídio, o profissional de saúde não está presente, frequentemente quem atende é a polícia, o bombeiro, o Samu, técnicos de saúde, que não estão devidamente preparados. Além disso, não há, na literatura, material para atender essa demanda. O livro *Chaves do óbito auto-provocado*, da sua autoria, trata de técnicas de negociação, quando da tentativa do suicídio.

“A prevenção do suicídio deve começar na escola, porém, não basta passar informação. É preciso trabalhar as questões psíquicas, evitar o alarmismo e a banalização. Não deve ser abordado por pessoas sem a devida qualificação e deve ter o acompanhamento de um orientador educacional e psicólogo escolar, o que praticamente não existe nas nossas escolas. Nas equipes da Estratégia Saúde da Família, todo profissional se defronta com alcoolismo, esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos, de personalidade, de afetividade e depressão. Temos um problema: quem vai tratar, como, e para onde encaminhar? Ainda não estamos preparados para essas questões.”

Alan Índio Serrano falou ainda sobre as sérias dificuldades enfrentadas pelas equipes de Saúde da Família, pois, segundo ele, os programas breves falham, não há métodos efetivos. As iatrogenias são muito comuns, devido a má escolha da medicação, subdoses nas terapêuticas e prescrição de antidepressivos sem indicação. Alguns equívocos são comuns entre os profissionais. Todos esses problemas acarretam perigo aos profissionais, como convívio com pacientes destrutivos, esgotamento e ambiente sujeito a regressão emocional.

“Devem-se criar serviços específicos para suicidas? Na maioria das cidades, não. Deve-se dar acesso a integralidade sem estigmas. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde, é muito importante treiná-los sobre registro de tentativas de suicídio, fluxo-grama de encaminhamento, noções de negociação e monitoramento dos casos. O enfoque deve ser sempre a atenção e o cuidado à vida e a troca de experiências. Às secretarias,

competete monitorar, controlar e avaliar. Quantos suicidas estão escondidos nas causas de morte indeterminadas? Como melhorar a atenção básica existente? Os Centros de Apoio Psicossocial (Caps) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são uma boa saída, porém, é necessário implantá-los de forma adequada.”

### **“A importância da ação intersetorial no combate à violência”**

**COORDENAÇÃO: AUGUSTINHO MORO – VICE-PRESIDENTE DO CONASS REGIÃO CENTRO-OESTE E SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MATO GROSSO**

**EXPOSITOR: MARCO ANTONIO MOURA DOS SANTOS – TENENTE-CORONEL DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL, REPRESENTANDO O SECRETÁRIO JOSÉ FRANCISCO MALMAN**

Marco Antonio Moura dos Santos iniciou sua apresentação com a missão da secretaria que é, principalmente, preservar a ordem pública, garantindo os direitos fundamentais das pessoas por meio das políticas públicas de controle da criminalidade e da violência e a realização de ações integradas de desenvolvimento social com ampliação da qualidade de vida no estado. Apresentou os 12 indicadores de maior repercussão do primeiro trimestre de 2008 que estão sendo acompanhados e ressaltou os homicídios como o indicador de maior impacto com controle de 91% dos homicídios: 54,69% concentrados em 10 municípios e 36,98% em cinco municípios. Concentração de 39,84% nos finais de semana com prevalência à noite e de madrugada. 73,9% têm relacionamento com o possível suspeito do homicídio; 20% têm relação muito próxima da vítima. O Rio Grande do Sul está no 23º lugar dos homicídios do país e 45% das vítimas têm idade entre de 18 e 29 anos. Instrumento usado: arma de fogo com 75,62%, porém deve-se trabalhar sobre o delito, que seria cometido de qualquer forma independente do meio ou arma a ser usada. Antecedentes da vítima: 67% apresentam antecedentes criminais de diferentes tipos, com inquéritos e 49% dos autores de crimes de homicídio possuem antecedentes de lesão corporal e de ameaças.

Informou sobre as alternativas legais para restringir horários para a venda e o consumo de bebidas alcoólicas implantando a lei seca no estado, ressaltando as diversas medidas que estão sendo propostas ou adotadas nos municípios de maior criminalidade. Entre elas, reuniões com prefeitos, com a área de segurança pública com o objetivo de aumentar as medidas de segurança para minimizar os danos. O foco principal é a atuação sobre o consumo de bebida alcoólica, considerando que 40% dos inquéritos têm relação com a bebida alcoólica.

“As estatísticas comprovam que, quando são realizadas ações para atuar sobre o consumo de bebidas alcoólicas, há redução imediata dos crimes de diferentes naturezas. O estado está propondo alterações na legislação municipal para disciplinar a venda e consumo, como, por exemplo, proibir a venda de segunda a domingo de 0 às seis horas e

por 24 horas na faixa de domínio das rodovias; duas horas antes e depois do término do horário das aulas no raio de 500 metros dos estabelecimentos escolares e restrição total nos campos de futebol. É uma medida efetiva e corajosa, com resultados imediatos, mexe na cultura das pessoas mudando hábitos e quebrando paradigmas.”

Ressaltou a importância das ações intersetoriais e citou o exemplo de Diadema/SP, que adotou 16 medidas, sendo duas delas de controle de venda de bebidas alcoólicas, o que resultou em redução significativa da violência. Em visita ao Rio Grande do Sul, o psicólogo Ken Winters corroborou que as medidas de prevenção de violência devem ser tomadas por vários setores da sociedade e que as medidas de combate ao consumo de álcool em bares com restrição de horários trazem benefícios. A droga que gera mais problemas é o álcool, sendo a maior causa de mortes de adolescentes do que todas as outras combinadas nos Estados Unidos. Enfatizou que 6% do PIB brasileiro é gasto nas consequências do uso nefasto das bebidas alcoólicas e que o Produto Interno Bruto gerado pelas indústrias não cobre este gasto. 76% da população defendem a restrição de consumo por horários. Ressaltou como avanços a edição da Medida Provisória n. 415, de 21 de janeiro de 2008, que restringe a venda de bebida nas estradas; o Projeto de Lei n. 107, de 18 de março de 2008, que restringe o uso de bebidas em campo de futebol. Proposta de restrição de propagandas de bebidas.

Encerrou enfatizando que é correto afirmar que medidas isoladas não resolverão o problema da criminalidade, entretanto, é verossímil afirmar que um amplo conjunto de medidas sincronizadas contribuirá sensivelmente para a redução da criminalidade a índices toleráveis para todos nós.

### **“A ação política para o enfrentamento da violência como um problema social e de saúde pública”**

**COORDENAÇÃO OSMAR TERRA – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL E PRESIDENTE DO CONASS**

**EXPOSITORES: MARCONI PERILLO – SENADOR DA REPÚBLICA, REPRESENTANDO TAMBÉM O PRESIDENTE DO SENADO FEDERAL; JOSÉ SERRA – GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO E SÍLVIO MENDES – PREFEITO DE TERESINA/PIAUI**

O senador Marconi Perillo iniciou a apresentação citando Hipócrates, que adotou o termo epidemia correlacionando o grande número de casos de uma doença em um curto período de tempo. Considerou que a violência é agravada pela ausência do poder público, devendo-se ampliar a visão simplificada da violência apenas em seus efeitos e de que há necessidade de ampliar o leque de reflexão sobre os fatores que a propiciam, por exemplo, questões políticas, urbanas, armamentos e trânsito.

Segundo o senador, a falta de oportunidades, a evasão escolar, as deficiências médico-hospitalares, as ineficiências e omissões levam à violência, mesmo quando não são

percebidas pela população. Para isso são necessárias soluções legislativas. Propôs uma reflexão sobre alguns dados da violência que abordam a população *versus* infraestrutura. O Brasil apresenta uma frota automobilística crescente sem a correspondente infraestrutura de rodovias. É uma das 20 maiores economias do mundo e apresenta a 13ª posição em volume de rodovias, das quais, somente 12% são pavimentadas, enquanto a Rússia possui 84% e a China 81% das rodovias pavimentadas. Temos 159,3 veículos por quilômetro pavimentado e somos vice-campeões em acidentes, atrás da Coreia. Com base no mesmo raciocínio, o caos aeroportuário era anunciado e poderia ser evitado, pois era previsível.

“Há ausência de políticas públicas para tratar da violência e ela não deve ser vista como política de governo e sim de Estado. O aparato se volta a atender as ocorrências e não a prevenir a violência. Os cidadãos são transformados em vítimas e a saúde é obstruída pela emergência. O quadro é tão grave que não se atende à prevenção.”

Enfatizou que, atualmente, há um deslocamento do quadro da violência com desconcentração para o interior, com estagnação nas grandes metrópoles – nova dinâmica territorial. Há internalização do crescimento e essa dinâmica tem impacto no aumento da violência nos municípios do interior. Portanto, é de grande relevância a atuação municipal.

Ressaltou que é necessário percorrer alguns caminhos para combater a epidemia silenciosa e, entre eles, citou as ações legislativas e as ações preventivas: bloquear celulares em estabelecimentos prisionais; reduzir a maioria penal; novo modelo de reinserção do apenado (atividade laboral); policiamento comunitário; conscientização para a cidadania; formação superior dos policiais; relevância coletiva. Essas medidas reduzem a sobrecarga que a violência atualmente exerce sobre os equipamentos de saúde. É necessário também um novo pacto federativo com distribuição de recursos para os níveis de governo estadual e municipal, com a finalidade de dar mais autonomia financeira. Finalizou que a experiência de Goiás que uniu as polícias e a sociedade civil resultou, em um ano, na diminuição das ocorrências registradas.

O governador **José Serra** iniciou ressaltando que os homicídios matam mais que doenças graves no país, só superado pelas doenças cardíacas e por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Elogiou os indicadores da área de segurança em São Paulo que, segundo ele, são extremamente positivos. A taxa de homicídios no estado caiu de 36 para 100 mil, em 1999, para menos de 12 por 100.000 em 2007, uma queda de 64%. Somados aos homicídios dolosos os homicídios por latrocínio, a taxa cai mais ainda, de 39,5 para 12,5%. Neste período, no Brasil, a queda foi de 5%. Se excluído o estado de São Paulo deste dado, a taxa cresce para 20%, considerando o período de 1999 a 2006. As evidências da queda de ocorrência em diversos crimes são significativas, mas a população não se sente segura. É importante que se discuta a atualização dos dados disponíveis, considerando

que hoje as informações são de 2005. Fazendo uma analogia com a economia, é como se trabalhássemos com um dado de inflação de três anos atrás. Além disso, os dados são provenientes dos atestados de óbito, enquanto que São Paulo utiliza os dados do boletim de ocorrência e da natureza jurídica do homicídio. Os diferentes critérios de medição levam a resultados distintos. Na saúde se trabalha com local de residência e, em São Paulo, por local onde ocorreu o crime. Isto ajuda a identificar onde deve ser a atuação.

“O que aconteceu em São Paulo que pode ter contribuído para a melhoria observada? Em primeiro lugar a melhora da estrutura de combate ao crime: em 13 anos, passou de 50.000 para 150.000 presos. Segurança exige mais prisões e deve haver uma ação mais efetiva nesta direção (prender mais). Destes presos, 146.000 estão na Secretaria de Administração Penitenciária (sentenciados) e 11.000 estão em cadeias; 5.500 jovens estão na Fundação Casa (antiga Febem), e 14.000 jovens estão em liberdade assistida. Na Secretaria de Segurança Pública de São Paulo há 171.000 funcionários e os gastos com segurança são de R\$ 11,5/ bilhões ao ano. Em segundo lugar, podemos citar o desarmamento: ações nessa área tiveram início no estado em 1995, antes do estatuto do desarmamento (2003) com recadastramento de armas e muito rigor na obtenção de porte de arma. A apreensão de armas ilegais é muito importante e de grande efetividade, considerando que grande parte dos homicídios é por conflito.”

Citou outros fatores, entre eles o aumento da efetividade na investigação dos homicídios (índice de resolução aumentou de 21 para 65%); a criação do Sistema Infocrime, que favorece o planejamento em tempo real e permite mais efetividade na distribuição do efetivo policial; a separação da polícia científica da polícia civil e militar e maior investimento em pesquisa e tecnologia; o policiamento comunitário da Polícia Militar, que soma esforços da polícia municipal; a criação do disque denúncia, uma iniciativa da sociedade civil. E ainda ações como a linha de continuidade em São Paulo tanto na área financeira, como de segurança, que tem contribuído no desempenho estadual com respeito aos direitos individuais e humanos e o aumento do rigor contra o crime.

Outro aspecto ressaltado foram as questões de natureza legal que aguardam decisão do Congresso Nacional: mudança na legislação dos menores de idade infratores, o uso de pulseira eletrônica em caso de regime semiaberto e o depoimento por videoconferência. Em São Paulo, a Defensoria Pública e o Supremo Tribunal Federal foram contra essa medida.

Relatou ainda outras iniciativas, tais como a ação integrada entre secretarias estaduais e municipais de Segurança e Bem Estar Social em determinados locais e regiões, citando como exemplo a realização de uma operação de saturação com presença maciça de policiais militares e após essa ação, entra uma força tarefa que trabalha com a população nas áreas de direitos de cidadania, saúde, infraestrutura, cultura, iluminação, reforma de escolas, saneamento e integração comunitária, com grande aprovação da população residente. Em seis meses houve queda de 80% dos homicídios dolosos nestes

locais. A experiência “Sou da Paz” ampliada para cinco regiões de grande criminalidade e tem efeito concreto a médio e longo prazos. Outro programa, lançado em setembro de 2007, previne crimes e infrações de trânsito: atua nos cruzamentos da cidade de São Paulo com redução de 44% dos assaltos. Outra experiência exitosa é a Inteligência Policial, um sistema de comunicação policial com bloqueio de escuta externa e um sistema de câmaras nas ruas para vigiar a cidade.

O prefeito **Sílvio Mendes** ressaltou ser necessário discutir a violência política, ética e moral e comentou a importância da abordagem da apresentação feita pelo Canadá sobre atendimento pré-natal de qualidade e ações na idade pré-escolar.

Apresentou as ações que estão sendo realizadas em Teresina: Violência e Urbanismo – respeito e preservação da cultura, relações entre as pessoas (vizinhança sentada nas calçadas conversando); Emprego e Renda e Violência – projetos de geração de emprego e renda; Educação e Violência – considerou este o maior desafio; ressaltou que Teresina dispõe de 304 escolas com vagas para todas as crianças no ensino fundamental; pré-escolar de qualidade – as escolas abrem nos finais de semana e foram agregadas outras atividades na escola. A prefeitura oferece curso de pré-vestibular para ingresso nas universidades públicas e há uma universidade do campo que evita migração para zona urbana. Tem sido realizado o Projeto Cultura da Paz nas escolas e as crianças têm oportunidade de participar de trabalho comunitário como agentes mirins na educação no trânsito. A Prefeitura tem também uma casa de abrigo para crianças em situação de risco. O prefeito considera que são necessárias políticas públicas articuladas entre muitos setores para que se produza algum resultado no enfrentamento da violência.

### **“Violência no trânsito”**

**COORDENAÇÃO: JURANDI FRUTUOSO, SECRETÁRIO EXECUTIVO DO CONASS**

**EXPOSITOR: ALFREDO PERES DA SILVA – DIRETOR DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (DENATRAN)/MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**Alfredo Peres da Silva** abordou como pontos principais de sua apresentação os acidentes de trânsito e sua interface com a violência e as políticas públicas para enfrentamento da violência no trânsito e suas consequências. Citou que em 15 de setembro de 2004, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Trânsito (Contran) a Política Nacional de Trânsito (PNT), cujas diretrizes são a segurança de trânsito, a educação para o trânsito, mobilidade, acessibilidade, qualidade de vida e cidadania e a promoção da participação e a comunicação com a sociedade.

“O índice brasileiro de fatalidade na circulação viária é muito superior aos dos países desenvolvidos. Essa tragédia, em parte previsível e evitável, impõe perda da ordem de R\$ 28 bilhões/ano. Na área urbana, o custo dos acidentes de trânsito está na ordem



de R\$ 6,8 bilhões/ano e nas rodovias R\$ 21,2 bilhões/ano. É muito difícil quantificar o custo da vida humana, mas, é necessário para mostrar como é importante a prevenção. A grande tarefa é reduzir as ocorrências de morte e custo. Há necessidade de se ter relação, não só com os órgãos de trânsito, mas, também, com as áreas da saúde e da educação. O Denatran está fazendo um trabalho muito grande no sentido de levar educação de trânsito para as escolas. Para imprimir civilidade ao trânsito brasileiro a tarefa tem que ser multidisciplinar: social, econômica, laboral e de saúde.”

Apresentou os números de acidentabilidade em 2005: 383 mil acidentes; 34 mil mortes; 400 mil feridos; a frota de veículos era de 42 milhões; índice de 9 mortos/10 mil veículos/ano e 20% foram atropelamentos, o que demonstra que o que mais mata no trânsito são os atropelamentos e principalmente de crianças e de idosos. Relatou ainda, as causas de acidentes que mais chamam a atenção em relação ao condutor (embriaguês alcoólica, falta de atenção, desobediência, imperícia, erro e excesso de velocidade como fator agravante), em relação ao veículo (falta de manutenção preventiva e dificuldade inspeção veicular) e em relação à via (conservação deficiente e sinalização insuficiente/errada). Aliado a esses problemas temos a evolução da frota brasileira de veículos que de 1990 até 2007 quase triplicou, crescendo 171,77 % e tem sido um fator importante para o crescimento do número de acidentes em especial a evolução dos condutores de motocicletas, que em 1998 eram 26 milhões, passando para 40 milhões em 2006.

Falou sobre a Política Nacional de Trânsito que prevê centrar a educação e a fiscalização no uso excessivo de bebida alcoólica (política antialcool), no uso obrigatório de cinto de segurança por todos os ocupantes de veículo automotor, no uso obrigatório de capacete por motociclista e passageiro de motocicleta e no excesso de velocidade.

Citou a criação do Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito (Decreto de 19 de setembro de 2007), com o objetivo de diagnosticar a situação de saúde, segurança e paz no trânsito e promover a articulação e definição de estratégias intersetoriais para a melhoria da segurança, promoção da saúde, e da cultura de paz no trânsito, composto por instituições governamentais e por dez entidades representativas da sociedade civil, entre elas o CONASS.

Apresentou também as propostas do Comitê de Anteprojeto de Lei alterando o Código de Trânsito Brasileiro e o Projeto de Lei de Conversão, conforme Medida Provisória n. 415, de 2008.

Concluiu dizendo: “o caminho a percorrer é longo sendo dever de todos a busca permanente da reversão do alarmante quadro de violência no trânsito, objetivo e anseio de toda sociedade brasileira.”

**“A Violência como um problema de saúde pública: da teoria à prática”****COORDENAÇÃO: OSMAR TERRA – PRESIDENTE DO CONASS****EXPOSITORES: EDINILSA RAMOS DE SOUZA – ABRASCO; VICENTE TREVAS – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SÍLVIO FERNANDES – CEBES E ANTÔNIO CARLOS NARDI – CONASEMS**

Edinilsa Ramos de Souza começou sua exposição mencionando que estaria falando enquanto pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência em Saúde (Claves), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com experiência de 19 anos na abordagem do tema enquanto grupo de estudos, pesquisas e capacitação de pessoal, pretendendo sistematizar como o tema foi sendo inserido na área de saúde, como o setor tem buscado abordar esta questão, bem como as dificuldades para atuar conforme seria o ideal ou necessário.

Abordou a importância da violência nos indicadores de saúde, lembrando que em 2005 as causas externas causaram 127.633 mortes – 12,7% do total de óbitos ocorridos no Brasil. Destas, 47.578 foram por agressões (37,3% das mortes por causas externas) e 36.611 por acidentes de transporte (28,7%), 83% destes óbitos envolveram homens, em sua maioria na faixa de 20 a 29 anos de idade. Destacando daí a necessidade do setor saúde dar respostas a estas questões, considerando também que, em 2007, 830.428 internações ocorridas no país envolveram causas externas (7,3% do total), sendo as lesões acidentais (principalmente quedas) responsáveis por 67,6% (561.606 internações), os acidentes de transporte por 14,9% (123.952 internações), as agressões por 5,3% (44.201 internações) e 34.404 internações com intenção indeterminada (4,1%). Também as internações em 70% dos casos envolvem homens jovens, geralmente de bairros periféricos e de cor negra.

No atendimento de urgência e emergência, citou as informações do Projeto Viva, inquérito promovido pelo Ministério da Saúde em 63 unidades de urgência/emergência do SUS de 39 municípios, com o registro das informações por 30 dias em plantões de 12 horas, que em 2006 registrou 47.263 atendimentos, dos quais 89,6% causados por acidentes, sobretudo devido a quedas (40%) e acidentes de transporte (26,6%).

Quanto ao atendimento ambulatorial, lembrou que se sabe ainda muito pouco ou quase nada sobre os casos que chegam à rede básica de saúde e mesmo aos serviços ambulatoriais de referência do SUS, sendo este um ponto crítico sobre o qual precisamos nos debruçar, com a necessidade de sistemas que forneçam estas informações.

Entre os marcos da inserção do tema no setor saúde, destacou a questão da violência contra crianças e adolescentes quando, a partir de 1960, pediatras norte americanos identificaram a “síndrome do bebê espancado”, dando origem a um movimento de pressão para a sociedade com vistas a dar respostas aos maus tratos contra crianças e adolescentes. Em 1990, no Brasil, é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de Organizações Não Governamentais voltadas a este atendimento (Crami/SP, Abrapia/RJ, entre outras).

A violência contra idosos é nomeada pela primeira vez em 1975, sendo publicada em 1994 a Lei n. 8.842 (Política Nacional do Idoso), e, em 1999, a Portaria n. 1.395 (Política de Saúde do Idoso). Em 2003, é promulgado o Estatuto do Idoso e, em 2006, a Portaria n. 2.528 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

Já a inserção do tema da violência contra a mulher tem início no final da década de 70, quando o movimento feminista traz questões sobre o tema para o setor saúde, com foco, principalmente, nos direitos reprodutivos. Em 2003, é publicada a Lei n. 10.778, que institui a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em 2004, a Lei n. 10.886 tipifica a violência doméstica no Código Penal Brasileiro e define juridicamente o que é crime de violência doméstica. Em 2006, a Lei n. 11.340 (Lei Maria da Penha) aumenta o rigor das punições das agressões contra a mulher ocorridas no âmbito doméstico ou familiar, entre outras medidas.

Comentou, a seguir, a necessidade de ampliar a discussão de alguns temas ainda pouco discutidos na área de saúde, como a violência racial e a violência contra pessoas com deficiência. Destacou, ainda, entre os marcos da inserção do tema no setor saúde nos anos 90, a adoção pela OMS, em 1993, da prevenção de traumas e acidentes como mote do Dia Mundial da Saúde, sendo ainda realizada em 1994, pela Opas/OMS, uma conferência, em Washington sobre o tema. Em 1997, a Assembleia Geral da OMS considerou a violência um dos principais problemas que afetam a saúde pública no mundo e nas Américas. Em 1998, o Conasems, o Unicef e a Unesco instituem o plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Nos anos 2000, destacou a publicação, em 2001, da Portaria n. 737, que oficializou política específica sobre acidentes e violência, a divulgação, em 2002, pela OMS, do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a instituição, em 2004, por meio da Portaria n. 936, da Rede Nacional de Prevenção da Violência, a produção de publicação pelo Ministério da Saúde/Opas, em 2005, de informe sobre o tema no Brasil e que, no início de 2005, passou a vigorar o Plano de Ação de Prevenção dos Acidentes e Violência.

Explicou que a abordagem da violência é multifacetada, multicausal, multidisciplinar e multisetorial, tornando, assim, necessária a construção de redes. Passou a discutir, então, as ações e propostas em andamento. Entre os projetos de prevenção destacou, inicialmente, o projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito (implantado a partir de 2001 em cinco capitais e ampliado para mais 11 cidades a partir de 2004) e a implantação dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, iniciada em 2005 com 40 núcleos, estimando-se que já estejam em funcionamento, atualmente, 200 núcleos. Ambas, iniciativas do Ministério da Saúde. Na área de notificação, lembrou a realização pelo, Ministério da Saúde, dos inquéritos em unidades de urgência e emergência selecionadas durante um mês a cada ano e a coleta contínua da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais.

Entre os estudos realizados, destacou a inclusão, em 2003/2004, pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, dos acidentes de trânsito e violência entre parceiros íntimos em inquérito nacional realizado em 17 capitais sobre agravos não transmissíveis. Outras iniciativas importantes foram a inserção dos acidentes e violências na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, o lançamento de vários editais do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MS) dirigidos ao tema, além de diversos estudos do Claves e outras instituições de pesquisa.

Entre as publicações realizadas, destacou: "Notificação de Maus Tratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde" (MS); "Violência Faz Mal à Saúde" (MS); "Famílias: Parceiras ou Usuárias Eventuais" (Unicef/Claves); "Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros" (MS), além do lançamento de números temáticos de periódicos científicos importantes.

"Diversas têm sido também as iniciativas na área de formação de pessoal em pós-graduação, como cursos de atualização, mestrado e doutorado."

Considera, portanto, que a incorporação do tema pelo setor saúde tem sido lenta e fragmentada, porém, progressiva. Considera também positivo o fato de que muitas secretarias municipais de saúde criaram estratégias e serviços de prevenção e de assistência aos agravos provocados pela violência e que estas iniciativas estão se multiplicando.

Entre as principais dificuldades observadas neste processo, destacou:

- A ainda deficiente formação e capacitação dos profissionais para abordar, investigar, diagnosticar, atender e encaminhar os casos.
- Sistemas de informação ainda desarticulados; carentes de informações sobre várias formas de violência. Notificação sistemática com baixa adesão.
- Descontinuidade das ações e dos serviços e rotatividade dos profissionais.
- Vencer barreiras do paradigma biomédico para atuar na prevenção dos agravos acidentais e violentos e atender às suas vítimas.
- O baixo investimento no financiamento para implementação destas políticas (Ministério da Saúde investiu, em 2006, R\$ 3, 9 milhões e, em 2007, R\$ 13 milhões; enquanto a província de Quebec, no Canadá, para uma ação como a implantação de casas de abrigo investiu US\$ 36 milhões).

**Vicente Trevas** iniciou sua apresentação com um convite para realizar, em Brasília, uma reunião de trabalho para apropriação das discussões realizadas durante os seminários regionais e o seminário nacional "Violência: Uma epidemia silenciosa". Propôs um diálogo estratégico entre o conhecimento já consolidado do SUS com a embrionária estratégia do Sistema Nacional de Segurança Pública (Susp) e do Programa Nacional de Segurança com Cidadania (Pronasci).

Lembrou que o Ministro da Justiça está convocando, para 2009, a Conferência Nacional de Segurança Pública e Cidadania e destacou que existe a consciência do esgotamento do modelo adotado atualmente, daí a necessidade de um novo paradigma.

“O Pronasci traz uma nova agenda de segurança pública para o país, buscando superar a discussão da natureza policial ou social da questão da violência e se a responsabilidade é federal, estadual ou municipal e pretende atuar na prevenção e integração, considerando que precisamos ser capazes de articular organicamente as ações de contenção com as ações de prevenção, sendo fundamental deslocar o foco na criminalidade para a segurança pública. Lançado em agosto de 2007, por decisão do governo federal, o Pronasci precisa agora se tornar um programa federativo, com uma agenda federativa compartilhada, constituindo-se, assim, em uma política de Estado e ganhando uma nova articulação. Vivemos assim um grande desafio: transformar a segurança pública numa política de Estado, fortalecer a federação brasileira, especialmente quanto a dois princípios, da aliança e da autonomia. Os analistas sabem que as crises se dão pelo tensionamento da aliança ou pela restrição à autonomia.

Considera fundamental trazer os municípios ao protagonismo da área de segurança pública. O Pronasci já está sendo implantado em 12 regiões metropolitanas, envolvendo 84 municípios. É necessário privilegiar a territorialidade das questões, que se desenvolva uma inteligência estratégica especialmente nos municípios, com vistas a entender o perfil da violência, daí a importância da implantação de observatórios da segurança pública nas cidades.

Finalizando, Vicente Trevas destacou o esforço do CONASS com a realização dos seminários regionais e do seminário nacional, comentando estar muito feliz por poder participar desta construção.

**Sílvio Fernandes** iniciou sua exposição com comentários sobre o conceito e causas da violência, lembrou que não podemos reduzir a violência a sua dimensão física (agressão, homicídio, criminalidade), é necessário valorizar a dimensão inerente à desigualdade social, valorizar a dimensão inerente às relações interpessoais, ao desrespeito que se expressa no cotidiano, na família e no trabalho.

“O debate sobre a violência é de natureza complexa e múltiplas causas. Não se conhecem todas as causas e não há consenso sobre o tema, porém, não parece haver dúvidas sobre alguns aspectos em que a desigualdade está sempre presente: visibilidade entre os que têm e os que não têm; cultura do ‘levar vantagem em tudo’ (degradação da ética social) e ineficiência de políticas sociais e de segurança pública.”

Abordou, a seguir, questões como a crise dos estados redistributivos com a drenagem de recursos sul/norte (na América Latina), gerando maior desigualdade social; o desfinanciamento das políticas sociais na década de 1990, no Brasil, em que o movimento da reforma sanitária, com a implantação do SUS, vem “remando contra a maré”. Considera

que a viabilização do SUS é por si uma prática contra a violência. Perguntou se existe algo de mais violento, por exemplo, na área de saúde mental, do que manter milhares de cidadãos em nosocômios, enquanto o que poderia ser mais preventivo, positivo contra a violência do que tirar os cidadãos dos nosocômios e efetivar os serviços de atenção à saúde mental, aumentando o acesso da população a estas ações e serviços. Destacou, a seguir, a questão da violência como um desafio das gestões da saúde, lembrando iniciativas como a do CONASS (com a agenda do enfrentamento à “Epidemia Silenciosa”) e do Conasems (Cultura de Paz e Não Violência). Ilustrando com o exemplo do município de Londrina, no Paraná, destacou experiências de gestões locais. Em 1993, foi criado no município o Núcleo de Informações de Mortalidade (NIM), buscando aprimorar as informações de mortalidade, especialmente, as por causas externas. Neste mesmo ano, foi criada a Secretaria da Mulher, com projetos como o Centro de Atenção à Mulher (CAM), Rosa Viva e Casa Dália. Em 1994, o município tornou obrigatório o cinto de segurança. Em 2001, implantou-se o Projeto Sentinela e, em 2003, o Projeto de Terapia Comunitária. Apesar destas e de diversas outras iniciativas, o número de homicídios no município aumentou de 43, em 1994, para 162, em 2002.

Lembrou que muitas vezes temos um olhar reduzido sobre algumas situações, como, por exemplo, o cidadão que sai do trabalho, faz uso de álcool e aumenta o risco de atropelamento. Colocamos toda a responsabilidade sobre o cidadão e não nos atentamos que este cidadão utiliza vias rápidas sem ciclovias ou áreas para pedestres, que a saída do trabalho ocorre em horários de luminosidade baixa, havendo, portanto, a necessidade de ações de governo condizentes com esta situação.

Destacou, também, a necessidade dos governos locais fazerem vigilância à saúde compatível com necessidades, e que as experiências expostas neste evento mostram como diversos gestores locais estão motivados. Considera importante dar organicidade a estas ações, levando em conta o pacto federativo, de forma articulada em uma política de governo. “Cabe a nós abraçar esta causa e construir uma política de prevenção à violência no Brasil”.

**Antônio Carlos Nardi** lembrou a necessidade de envolvimento intersetorial, e que o poder público dificilmente dará conta de cumprir todas as lacunas e necessidades.

Destacou que a ONU proclamou o ano 2000 como o “ano internacional por uma cultura de paz” e a década de 2001 à 2010 como a década internacional para uma “cultura de paz e não-violência para as crianças do mundo” e que, segundo a Opas (1994), “a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constituiu a encruzilhada para onde convergem todas as consequências da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.”

A seguir, comentou alguns números do Mapa da Violência no Brasil, destacando que, apesar da queda de 8,5% no número de homicídios entre 1993 e 1996, as taxas continuam ainda muito elevadas quando comparadas a de outros países (Brasil – 25 mortes por 100.000 habitantes; Equador – 16,2; Argentina – 6,8; EUA – 6,2 mortes por 100.000 habitantes). O mapa enfatiza a interiorização dos homicídios e alta participação dos jovens entre as vítimas de homicídios.

Considera que um dos maiores obstáculos a ser enfrentado pelos gestores, com vistas à construção de alternativas à violência é a naturalização e banalização desta, da dor e do sofrimento. Que muitas pessoas não se sentem sujeitos de direitos para buscarem os mecanismos de reparação da violência. A cultura de paz passa pela superação desta cultura da subalternidade. A propagação da proposta pela cultura de paz e não violência tem sido uma das principais bandeiras do Conasems.

Citou três as políticas públicas fundamentais que organizam todas as outras: o combate às desigualdades sociais, a superação da cultura da violência e o enfrentamento da crise ambiental.

“Na saúde existem interfaces importantes com o tema: a questão epidemiológica – com a definição de uma política com vistas à diminuição da incidência de doenças e mortes. É importante também verificar a questão do orçamento, priorizando o investimento na promoção e prevenção e buscar a otimização dos recursos e maior resolubilidade da atenção à saúde.”

Destacou a necessidade de ações intersetoriais por uma cultura da paz, bem como de atividades de comunicação com discurso que contemple a plataforma da paz, com vistas a desinstalar a naturalidade da dor e do sofrimento para a instalação da paz. Lembrou que a cultura da paz é mais corajosa que a cultura da violência, pois, não tem nada a ver com a aceitação das desigualdades ou covardia. Apresentou a seguir a proposta do Conasems de agenda para o gestor por uma cultura de paz:

1. Educação para a paz, com base na Política de Educação Permanente em Saúde.
2. Estruturação do fluxo da atenção à saúde com redes e linhas de cuidado.
3. Desarmamento e segurança humana.
4. Participação social e democrática.
5. Respeito às diferenças e solidariedade entre os povos.
6. Implementar um sistema de informação com notificação compulsória da violência.
7. Respeito aos direitos humanos.
8. Igualdade entre homens e mulheres.

“O Conasems realizou, em 2008, o “V Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência”, no município de Belém, no Pará. Os cinco congressos foram idealizados para a sensibilização da gestão municipal frente ao tema da violência. Editou

também em parceria com o Cebes várias revistas com artigos sobre a cultura de paz e não-violência. Estas revistas somam inúmeras experiências municipais sobre o trabalho contra a violência. Participa também da Rede Gandhi, que conta com grupo que realiza estudos e pesquisas, visando aprofundar a discussão e subsidiar os gestores sobre o tema.”

Destacou, a seguir, a necessidade de se criar uma agenda tripartite com vistas ao enfrentamento da violência como uma política de Estado; implementar câmaras setoriais, núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde nas diversas regiões do país; implementar e fortalecer as políticas públicas que reduzam a morbimortalidade por acidentes de trânsito. Defendeu também a implantação da notificação da violência, tendo em vista a necessidade de obter outras informações; dimensionar a demanda por violências e acidentes; identificar lesões de menor gravidade; conhecer a magnitude das violências e acidentes; tipificar as várias formas de violências; conhecer melhor a violência silenciada, principalmente, doméstica e sexual; caracterizar o perfil das vítimas e dos agressores/as.

Finalizando, ressaltou: “a essência do ser humano é reescrever o seu futuro”, conclamando a todos para criar uma força de resistência criativa que desinstale a violência e instale a paz.

**Osmar Terra** iniciou sua apresentação considerando que, para obter êxito no enfrentamento da violência, será necessária uma prática objetiva e impactante, com pressupostos como abrangência, intersetorialidade e necessidade de foco, uma vez que medidas focadas causam impacto.

Destacou a interface da violência com os transtornos mentais e a responsabilidade do setor saúde neste enfrentamento. Lembrou que o alcoolismo atinge 10 % da população geral e 16 % da população masculina, as drogas ilícitas – 4 a 6%, a depressão – 10%, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – 5,6%, a esquizofrenia – 1% e o transtorno de personalidade anti-social (TPAS) – 2%.

Abordou os estudos que mostram que 60% dos envolvidos em acidentes e 50% dos envolvidos em homicídios estavam alcoolizados. Os depressivos representam 60% dos suicidas. As pessoas com TPAS (psicopatas) são somente 2% da população, mas, representam 40% dos apenados e estão envolvidas em 60% dos homicídios mais cruéis. O transtorno de conduta, padrão de comportamento em que se desrespeitam os direitos básicos dos outros, tais como a integridade física e a propriedade, aparece na infância, e mais de 50% desenvolvem TPAS a partir dos 18 anos.

“As pessoas com TPAS apresentam pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: são incapazes de manter comportamento consistente para o trabalho; falham em se adaptar às normas sociais; são facilmente irritáveis e agressivos; falham em honrar obrigações financeiras; têm dificuldade em planejar o futuro de curto, médio e longo prazo; não têm preocupação com a verdade; são negligentes com a sua segurança e com a dos demais; não são capazes de desempenhar a função parental; não conseguem manter relações monogâmicas; não sentem remorso.”



Segundo Osmar Terra, outro transtorno psíquico comum na infância que merece atenção é o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), que como citado atinge 5,6% da população. Devemos levar em consideração especialmente a sua comorbidade: somente 31% apresentam TDAH de forma isolada, 40% apresentam transtorno desafiador de oposição, 34% apresentam também ansiedade, 11% tiques, 4% problemas de humor e 14% transtorno de conduta (que como citado anteriormente em 50% evoluem para TPAS).

A seguir, enfocou a situação atual e algumas das ações desencadeadas para enfrentamento da violência no estado do Rio Grande do Sul: atualmente as maiores taxas de mortalidade por acidentes de transporte encontram-se nas coordenações regionais de saúde da região norte do estado e por homicídios na grande Porto Alegre. Entre as ações desencadeadas no estado, foram selecionados 23 hospitais sentinela (Observatórios de Acidentes e Violências) em que a equipe foi treinada para notificar e identificar as situações de violência e acidentes. Nestes serviços foram identificados, entre as ocorrências de acidentes e violências, em 2005 (28.237 ocorrências) 31,7% envolveram violência doméstica; 17,1% acidentes de trabalho; 16,3% acidentes de trânsito; 11,3% acidentes no esporte ou lazer; e em 11,1% por agressões interpessoais. As informações coletadas permitiram focalizar ações de prevenção nas áreas de maior risco: nos 50 municípios com maiores taxas de violência foram identificados os três bairros com maior percentual de ocorrências. Nestes estão sendo priorizadas a implantação de Centros de Atenção Psico-Social e reduzidos o número de famílias por equipe da Estratégia Saúde da Família, que estão também participando de atividades de educação permanente, especialmente na área de saúde mental e prevenção da violência.

Destacou a importância da intervenção precoce, desde a gestação e nos três primeiros anos de vida. Citou estudos que demonstram a importância do controle do uso de tabaco e de álcool na gestação, que o cérebro apresenta um rápido crescimento nos três primeiros anos, quando as conexões se formam e se organizam de acordo com os estímulos do meio. Segundo Kandel & Jessel (1991): "O detalhamento da formação da rede de neurônios do cérebro é dependente de interações específicas com o meio ambiente. A influência do ambiente no cérebro muda com a idade. Profundos efeitos ocorrem nas fases iniciais do desenvolvimento pós-natal." Assim, as vias cerebrais que afetam a capacidade de ler e escrever, o comportamento e a saúde, se organizam muito cedo no cérebro humano.

"Se uma criança não tem os estímulos adequados, o afeto e o cuidado, diversas das funções cerebrais não se organizam, entre as quais o controle de instintos agressivos. Assim, o padrão de *stress* que teremos ao longo da vida é organizado na primeira infância. O cuidador abusivo não somente não brinca e interage menos com a sua criança, mas, também induz um estado traumático de efeito negativo duradouro. Porque não acalma a criança, não proporciona um consolo interativo. Assim, o aumento de glicocorticóides

induzido pelo *stress* (provocado pelos maus tratos), no período pós-natal imediato, induz à morte neuronal nos “centros afetivos” (KATHOL ET AL. 1989), criando circuito límbico anormal (BENES, 1994), e danos permanentes no direcionamento da emoção em canais adaptativos (DEKOSKY ET AL. 1982). Podem aparecer, entre as consequências, segundo Teicher (2002) ‘depressão, ansiedade, pensamentos suicidas, síndrome do *stress* pós-traumático, ou agressão. Também aparecem impulsividade, delinquência e abuso de substâncias’. Comprova-se, portanto, que a intervenção deve ocorrer o mais precocemente possível. Estudos mostram que para cada dólar investido em programas voltados à primeira infância, foram economizados 7,16 dólares até a idade de 27 anos e 12,9 dólares até os 40 anos.”

Este conhecimento levou à organização, no Rio Grande do Sul, do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), que, por meio de trabalho em rede com articulação intersetorial (envolvendo as secretarias de Saúde, Educação, Justiça e Desenvolvimento Social e Cultura, os municípios as comunidades e famílias), instituiu equipes de visitantes da primeira infância, que já atuam em 230 municípios e acompanham 70.000 crianças. As equipes do PIM atuam de forma integrada com a Estratégia Saúde da Família, com foco nas quatro dimensões do desenvolvimento da criança (linguagem, motricidade, socioafetiva e cognitiva).

**I. Introdução**

**II. Propostas,  
estratégias e  
parcerias por área  
de atuação**

---

**PARTE 2**

**O DESAFIO DO ENFRENTAMENTO  
DA VIOLÊNCIA: SITUAÇÃO  
ATUAL, ESTRATÉGIAS  
E PROPOSTAS**

## I. INTRODUÇÃO

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), as violências são caracterizadas pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”.

A violência pode ser classificada, também segundo a OMS, em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida); violência interpessoal (classificadas em 2 âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos); e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do estado). Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados.

Com base na definição acima, estariam excluídos os incidentes não intencionais, tais como as lesões ocasionadas pelos acidentes de trânsito, quedas e queimaduras, entre outros. Considerando, porém, a relevância epidemiológica dos acidentes de transporte, bem como a tendência de importantes autores nacionais, como Minayo, que o incluem como uma forma de violência (uma vez que nem sempre podemos excluir a intencionalidade, além de envolver, geralmente, infrações de trânsito – que na verdade poderiam ser chamados de crimes), optamos por incluir este tema entre os eixos a serem discutidos.

As propostas aqui apresentadas enfocam, assim, os seguintes eixos:

- Violência auto-infligida (suicídios).
- Violência/acidentes no trânsito.
- Violência interpessoal (no âmbito domiciliar, comunitário e coletivo; de natureza física, psicológica, sexual ou envolvendo abandono e negligência; envolvendo gênero e grupos etários mais vulneráveis).

## O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA

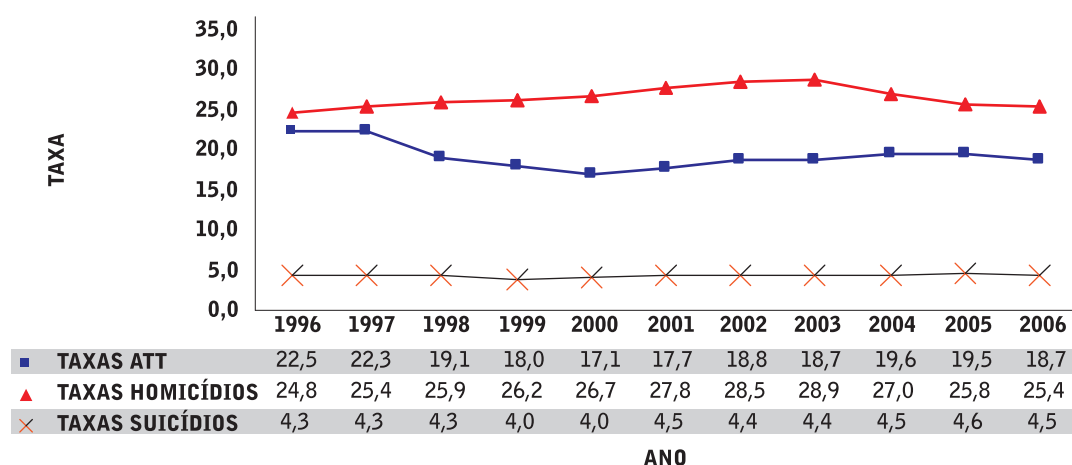
Apesar do grande destaque que a mídia vem dando ao tema violência, este ainda é frequentemente abordado como um assunto restrito à segurança pública. Acontecimentos trágicos envolvendo homicídios, violência no trânsito e suicídios são relatados quase todos os dias, de forma a serem, muitas vezes, considerados como acontecimentos banais. A dimensão total do fenômeno, bem como seus modos de produção e, em especial, suas

repercussões sociais (especialmente na área de saúde) passam, porém, muitas vezes despercebidas.

Dados preliminares do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, referentes a 2006, indicam que em 2006 ocorreram 47.477 óbitos por homicídio (130 por dia), 34.954 mortes no trânsito (96 por dia), e 8344 suicídios (23 por dia), o que equivale a 249 mortes ocorrendo a cada dia (número superior ao de recente desastre aéreo).

Conforme pode ser observado na figura 1, ocorreu tendência de crescimento das taxas de mortalidade por homicídio até 2003, quando atingiu coeficiente de 28,9 óbitos por 100.000 habitantes. Desde então, observam-se taxas um pouco menores. A taxa de mortalidade por homicídio no Brasil em 2006 foi de 25,4 por 100.000 habitantes, considerada ainda alta segundo classificação da OMS (são consideradas baixas as taxas até 10 por 100.000 habitantes, médias as taxas entre 10 e 20, altas as taxas maiores que 20 até 30, e muito altas aquelas acima de 30 por 100.000 habitantes).

**FIGURA 1: EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS, SUICÍDIOS E ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, 1996 A 2006\***



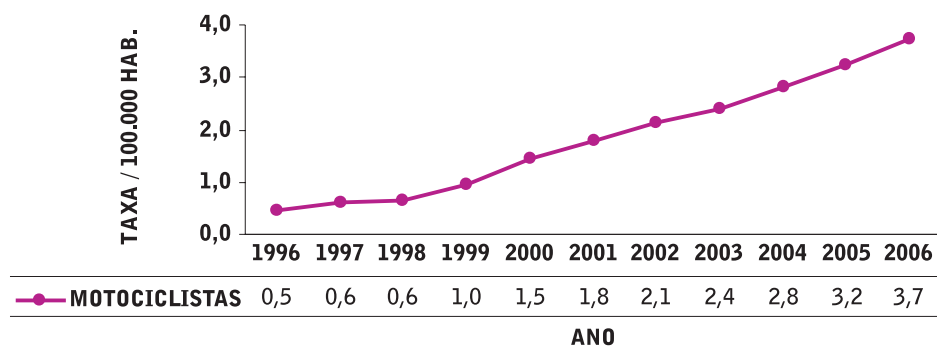
ANEXO  
**FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Sistema de Informações de Mortalidade**  
 \*2006: dados preliminares

A taxa de mortalidade por suicídio em 2006 foi de 4,5 óbitos por 100.000 habitantes. Esta taxa permaneceu relativamente estável nos anos recentes (figura 1).

As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito eram crescentes até 1996 (quando a taxa foi de 22,5 por 100.000 habitantes), apresentando queda significativa a partir de 1998 (ano de implantação do Código Nacional de Trânsito), voltando a apresentar discreto aumento entre 2000 e 2004, com sutil diminuição em 2006, quando a taxa foi de 18,7 óbitos por 100.000 habitantes (figura 1). Chamam atenção neste grupo os óbitos envolvendo motociclistas (figura 2), cujas taxas aumentaram mais de 600% nos últimos 10 anos (de 0,6 por 100.000 habitantes em 1997 para 3,7 por 100.000 em 2006).

Em números absolutos, foram 956 óbitos em 1997 e 6941 mortes em 2006 envolvendo acidentes com motocicletas.

**FIGURA 2: TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES POR ACIDENTES DE TRANSPORTES ENVOLVENDO OCUPANTES DE MOTOCICLETAS, 1996 A 2006\***



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Sistema de Informações de Mortalidade

\*2006: dados preliminares

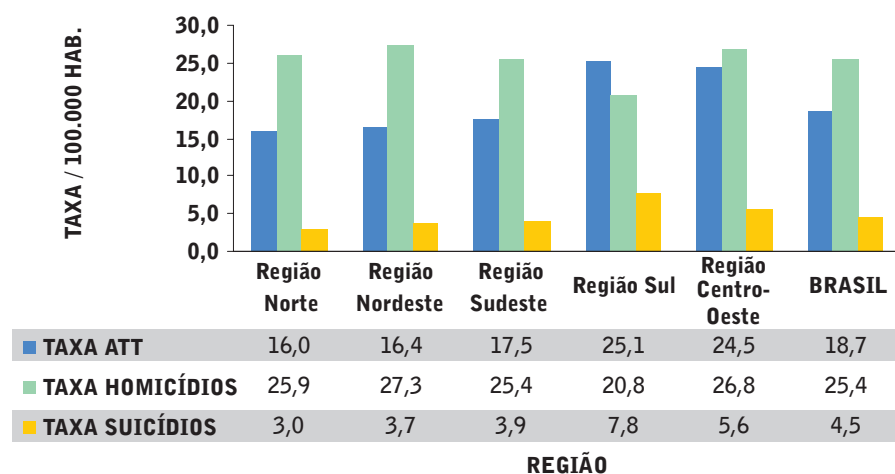
Na análise das taxas de mortalidade segundo regiões brasileiras referentes aos dados preliminares de 2006, nota-se que as maiores taxas de mortalidade por homicídios ocorreram nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (27,3 e 26,8 homicídios por 100.000 habitantes, respectivamente), e que não existem grandes diferenças nas taxas médias das regiões, exceto a taxa da região sul, que foi de 20,8 por 100.000 habitantes. Todas as regiões, porém, apresentaram taxas consideradas altas segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde citados anteriormente (veja figura 3).

As maiores taxas de mortalidade por suicídios ocorreram na região Sul e Centro-Oeste (7,8 e 5,6 suicídios por 100.000 habitantes, respectivamente). A menor taxa ocorreu na região Norte (3,0 por 100.000 habitantes).

As maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito também ocorreram nas regiões Sul e Centro-Oeste (25,1 e 24,5 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente). As menores taxas foram das regiões Norte e Nordeste (16 e 16,4 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente).

Devemos considerar que os dados informados devem ser analisados com cuidado, principalmente, quando comparamos as taxas regionais. Os indicadores podem ser influenciados pelos diferentes níveis de qualidade das informações de mortalidade, especialmente quanto à determinação da intencionalidade dos óbitos por causas externas.

**FIGURA 3: TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, HOMICÍDIOS E SUICÍDIOS, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO - BRASIL, 2006\***



**FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Sistema de Informações de Mortalidade**  
 \*2006: dados preliminares

Não podemos nos esquecer que as mortes correspondem à "ponta do *iceberg*", uma vez que o número de pessoas vitimadas (muitas vezes com sequelas) é muito maior. Diariamente, os serviços de saúde recebem as vítimas em situações de urgência e emergência e no acompanhamento necessário para o restabelecimento das condições de saúde e reabilitação. A violência impacta nos custos do sistema público de saúde valores de quase 1 bilhão de reais por ano (cerca de 206 milhões de reais por agressões e 769 milhões de reais por acidentes de transporte), segundo estimativa feita pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), com base em dados de 2004. Porém, o sofrimento familiar e o impacto emocional nas famílias e nas vítimas nas áreas urbanas não podem ser quantificados.

## II. PROPOSTAS, ESTRATÉGIAS E PARCERIAS POR ÁREAS DE ATUAÇÃO

Com base nas experiências apresentadas nos seminários regionais, no seminário nacional e no consenso estabelecido com as entidades parceiras em oficina de trabalho realizada em junho de 2008, são descritas, a seguir – por área de atuação, diretrizes e propostas contidas nas políticas em implementação pelo Ministério da Saúde –, as propostas e estratégias de ação dos estados e municípios expostas nos seminários, bem como as propostas evidenciadas nas apresentações dos palestrantes e, ainda, as parcerias necessárias.

As propostas foram organizadas em seis áreas de atuação: Vigilância, Pesquisa, Formação e Educação Permanente, Organização da Assistência, Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social), e Legislação.

## I. VIGILÂNCIA

“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... 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.”.

(Trecho extraído do resumo da experiência “Observatório da Violência: Articulação Intersetorial de Registros dos Serviços de Atenção a Pessoas Vítimas de Acidentes e Violências na Bahia” – CONASS Documenta n. 16 – p. 151 a 153).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria GM/MS n. 737, em janeiro de 2001, já incluía a monitorização e a melhoria das informações sobre a ocorrência de acidentes e violências como uma prioridade à qual deveria ser concedida atenção especial, considerando fundamental a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de forma a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção. Considerava também que a retro alimentação das informações relacionadas aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, contribuiria para “melhorar o atendimento prestado a estes segmentos”.

Entre as ações propostas na referida portaria/política, com vistas a aprimorar a vigilância e as informações sobre acidentes e violências, destacavam-se:

- Capacitar e mobilizar os profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.
- Elaborar normas técnicas e adequar os instrumentos de registros, introduzindo questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes e incluindo novos procedimentos ou especificações do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS).
- Sensibilizar os gestores do SUS, profissionais de saúde e gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, adotando estratégias como o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.
- Sensibilizar os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância para o



setor dos dados existentes nestes serviços, promovendo também a mobilização e capacitação de médicos que atuam nesses institutos, assim como estimulando o provimento de recursos físicos e materiais necessários para este fim.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também trazia, entre suas propostas diversas, ações com o objetivo de ampliar a abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade existentes:

- Promover auditorias da qualidade de informação destes sistemas.
- Elaborar normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho).
- Criar um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar, otimizando o “sistema de informação de morbidade”, de modo que incorporasse dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios.
- Efetivar o disposto na Portaria GM/MS n. 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar.
- Incluir as “lesões e envenenamentos” (com detalhamento do tipo de causas externas) entre os agravos sujeitos à notificação, o que permitiria o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial.
- Estabelecer ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco, utilizando os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme.
- Criar um banco de dados para reunir as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis.
- Inserir o serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia – Centros de Intoxicação –, em hospitais de atendimento médico de urgência.
- Identificar e implementar mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.
- Estabelecer ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação aos acidentes de trânsito, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências trazia a proposta de implantar, com recursos eletrônicos, uma rede de informação estatística destes acidentes, incluindo a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deveria estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal, possibilitando a análise não apenas dos dados dos acidentes, mas, também, de outros parâmetros de segurança para auxiliar na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicariam na definição de um boletim de ocorrência padrão e na formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito. O setor saúde deveria, ainda, participar da monitorização dos acidentes, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências e os recursos envolvidos na sua mitigação.

A partir de 2004, começa a ser instituída pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação da Portaria MS/GM n. 936, de maio de 2004, a Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, por meio da implantação de "Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde", constando, entre suas atividades, a "implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacional de atenção integral para populações estratégicas".

Em setembro de 2005, durante o Seminário Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Dant) e Promoção da Saúde foi discutida uma "Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências" constando, entre suas prioridades, a "Implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências". Na ocasião foram propostas as seguintes ações/estratégias:

- Definir e implantar uma Rede de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, selecionando municípios prioritários (com alto risco de violências) e serviços sentinela; priorizando as violências contra mulher, criança, adolescente, idoso, deficiente físico e trabalhadores; capacitando as equipes da rede de serviços sentinela de vigilância para a detecção/identificação dos casos de violências e seu adequado encaminhamento; definindo o conteúdo de relatórios para análise e divulgação dos dados e articulando a Rede de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela com as políticas de prevenção e atenção integral às vítimas (formando redes de proteção).
- Implantar/implementar o Sistema de Informação de Acidentes e Violências, aprofundando a discussão conceitual sobre a metodologia de Vigilância em Serviços Sentinela; integrando os bancos de dados existentes (buscando-se evitar a criação excessiva de novos sistemas), utilizando os sistemas de informações já existentes (Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), articulando e integrando outras diversas fontes de dados

por meio de parceria com as áreas de segurança, justiça, transporte, educação, direitos humanos, entre outros. Propunha-se, ainda, implantar fichas de notificação de acidentes e notificação de violência sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais; selecionar e disponibilizar para os serviços sentinela os indicadores definidos pelo Comitê Temático Interdisciplinar de Violências da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa); implantar projeto piloto de geoprocessamento de acidentes de trânsito (Geotrans) em alguns municípios, assim como manter e aperfeiçoar as atividades de monitoramento da morbimortalidade por violências.

Em março de 2006 é publicada a Portaria GM/MS n. 687, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, que entre suas ações propostas com vistas à prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, propõe:

- Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Implementar a ficha de notificação de violência interpessoal (incorporando em uma única ficha todas as formas de violência interpessoal).
- Monitorar e avaliar os planos estaduais e municipais de prevenção da violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações (cuja elaboração também seria incentivada).
- Implantar os Serviços Sentinela, que seriam responsáveis pela notificação dos casos de violências.

Em Agosto de 2006 é publicada a Portaria GM/MS n. 1876, que institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio entre as diretrizes para a vigilância e o aprimoramento da qualidade da informação sobre suicídios, o texto propõe:

- Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos.
- Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações.

Em 14 de março de 2008 foi realizada em Mérida, Yucatán, no México, a Reunião dos Ministros sobre Prevenção de Violências e Lesões, com a participação de Ministros da Saúde (ou seus representantes) de todos os países americanos, sendo adotada nesta ocasião a Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas, que propôs “fortalecer, no âmbito de sua competência, os mecanismos de coleta de informação sobre fatores de risco e de proteção, assim como dados de mortalidade, morbidade e custos

econômicos ocasionados pela violência e as lesões, e fazer que esta informação esteja disponível para uma tomada de decisões baseada em evidência científica”.

Também no início de 2008, os gestores do SUS pactuaram na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), entre as prioridades do Pacto pela Vida para 2008 a “atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência”, definindo entre seus objetivos “ampliar a cobertura da Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências”, com meta para este ano de implantação da referida ficha em pelo menos 80% dos estados e 50% dos municípios prioritários.

Percebemos, assim, que desde o início desta década a vigilância e a análise da situação de saúde, bem como o aprimoramento das informações sobre violências foram consideradas prioritárias para o delineamento de uma política para enfrentamento da violência como problema de saúde pública. As ações desde então propostas e pactuadas foram sendo implementadas em menor ou maior grau. Muitas se mostram ainda como importantes iniciativas a serem estimuladas, outras se mostraram menos factíveis. Diversas se concretizaram na prática, conforme pôde ser observado por meio das experiências municipais e estaduais apresentadas durante os seminários “Violência: uma epidemia silenciosa”.

Também durante os seminários promovidos pelo CONASS, as ações de vigilância tiveram destaque tanto nas discussões, como nas experiências expostas, onde estão inseridas diversas propostas e estratégias que em sua maioria trazem diversas iniciativas e ações propostas ao longo da década.

## **PROPOSTAS**

### **1.1 Implementar os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde**

Além de executar estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes, os núcleos vêm contribuindo na sistematização, análise e disponibilização das informações sobre violência. Para que estes núcleos alcancem estes objetivos, são estratégias fundamentais:

- A articulação de uma rede de atenção e proteção social, com parcerias intra-setoriais (buscando o envolvimento dos serviços de vigilância e assistência à saúde), intersetoriais e interinstitucionais, tanto para o aprimoramento das informações, como para apoio ao desenvolvimento de políticas públicas.
- Fortalecer a capacidade de análise da situação de saúde nestes núcleos, por meio da capacitação em epidemiologia e do uso de ferramentas tecnológicas como o geoprocessamento, *linkage* de bancos de dados dos diversos sistemas de informação e aplicativos para extração de dados e indicadores como *tabwin* e outros;

- Estabelecer fonte de financiamento estável, com vista a garantir não só a implantação, mas, também, a manutenção e custeio dos núcleos.

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; e urbanismo das esferas de governo federal, estadual e municipal; organizações sociais; movimentos populares; e organismos internacionais.

Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde devem estar envolvidos na articulação e execução de todas as demais propostas apresentadas a seguir:

## **1.2 Instituir Observatórios de Acidentes e Violências**

Com vistas a articular as informações e troca de experiências entre os serviços e instituições que lidam com acidentes e violências, produzindo e difundindo análises integradas e compartilhadas de modo a permitir maior visibilidade e melhor compreensão das expressões dos acidentes e violências, favorecendo o enfrentamento intersetorial tanto na perspectiva da ação dos organismos de Estado, como a participação da população e do controle social.

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; e urbanismo das esferas de governo federal, estadual e municipal; organizações sociais; movimentos populares; e organismos internacionais.

## **1.3 Implementar em toda a rede de assistência à saúde a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**

(Obrigatória por Lei nos casos de violência contra a mulher, criança, adolescente e idoso). Por meio de ficha padronizada que inclui, também, os casos de violência auto-provocada. Inserir a notificação das violências entre os agravos monitorados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

A notificação da violência é essencial para:

- Dimensionar a demanda de casos destas formas de violência.
- Identificar lesões de menor gravidade.
- Conhecer a magnitude das violências e acidentes.
- Tipificar as várias formas de violências.
- Conhecer a violência "silenciada", principalmente a doméstica e sexual.
- Caracterizar o perfil das vítimas.
- Caracterizar o perfil dos/as autores/as de violência.

Parcerias: Para incentivar o adequado preenchimento das fichas de notificação, são essenciais as parcerias com as instituições formadoras de profissionais de saúde, bem como com entidades de classe dos profissionais de saúde: conselhos federal e regionais de medicina, de odontologia e de enfermagem; sociedades brasileiras de medicina legal, de pediatria, de ginecologia e de obstetrícia, entre outras especialidades médicas; associações brasileiras de enfermagem, de odontologia, entre outras categorias profissionais. Também podem ser envolvidos no processo de notificação, profissionais de outras áreas como educação, promoção social, entre outros. As notificações que envolvem crianças e adolescentes devem ser encaminhadas, obrigatoriamente, também aos conselhos tutelares da infância e da adolescência.

#### **1.4 Implementar e ampliar os Serviços Sentinela de Violências e Acidentes**

Em hospitais de referência para violências e acidentes e serviços de urgência e emergência, priorizados por critérios epidemiológicos, demográficos e em municípios com Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados, com o objetivo de monitorar indicadores, situações de risco e tipos de agravos decorrentes de acidentes e violências a fim de identificar o perfil da morbimortalidade por causas externas.

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa, serviços hospitalares e de urgência e emergência.

#### **1.5 Mapear as áreas com maior frequência de lesões e mortes ligadas à violência e acidentes**

Integrando os dados dos diversos sistemas de informações, tanto da área de saúde como também da segurança, trânsito, entre outros. Ferramentas tecnológicas (como o geoprocessamento) podem ser muito úteis para este fim. Esta ação é fundamental para o planejamento e organização das demais ações de promoção, prevenção e assistência, bem como para articular as forças sociais para intervenção em áreas e populações de maior risco social.

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; e urbanismo das esferas de governo federal, estadual e municipal; organizações sociais; movimentos populares; e organismos internacionais.

#### **1.6 Aprimorar a qualidade e agilizar as informações dos sistemas de informações já existentes**

Com especial atenção ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH):

- Agilizar o fluxo de coleta, processamento e divulgação das informações.
- Aprimorar a qualidade das informações referentes ao tipo de violência que ocasionou a lesão que levou à internação (no caso do SIH) ou a morte (no caso do SIM), ou seja, se a lesão foi devida a uma agressão, a um acidente ou a uma lesão auto-infligida.
- Implantar a investigação de óbitos por causas externas (por meio de estratégias como busca de informações e coleta de dados em institutos médico-legais, boletins de ocorrências, notícias de jornais, entre outras), priorizando aqueles com intenção indeterminada, para melhor definição da causa básica constante nas declarações de óbito. A investigação dos demais óbitos por causas externas pode, também, subsidiar a adoção de políticas públicas para a prevenção de acidentes e violências.

Parcerias: Para reduzir o percentual de óbitos por causas externas e internações por lesões com intenção indeterminada é fundamental agilizar parcerias com a área de justiça e segurança pública, aos quais estão vinculados os institutos médico-legais, e com entidades médicas como os conselhos federal e regionais de medicina, a Sociedade Brasileira de Medicina Legal, os serviços hospitalares, entre outros.

### **1.7 Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de suicídio/suicídio nos estados e municípios**

Com vistas a discutir o tema da violência auto-infligida e aumentar possibilidade de ações em vigilância, prevenção e cuidado. Para este fim sugerem-se as seguintes estratégias:

- Constituir comitês de atenção (assistência, prevenção e vigilância) a tentativas de suicídio e suicídios.
- Promover a notificação e investigação de tentativas de suicídio/suicídio por meio da ficha padronizada de notificação (Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências).

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; serviços ambulatoriais e hospitalares; institutos médico-legais; entidades médicas como os conselhos federal e regionais de medicina; a Sociedade Brasileira de Medicina Legal; a Sociedade Brasileira de Psiquiatria; e organismos internacionais.

## 2. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

“...O agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação. Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas...”

(Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006 - Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p 12)

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria GM/MS n. 737, em janeiro de 2001, ao incorporar os acidentes e violências como problemas de saúde pública, já considera em seu texto que o setor tem um papel na construção da cidadania e da qualidade de vida da população, participando em conjunto com outros setores e a sociedade civil. Considera também que a saúde tem seu papel específico, destacando a utilização de instrumentos que lhe são próprios, como a adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação e as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Incluía, assim, diversas ações de prevenção e promoção entre as suas propostas:

- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do Instituto Médico Legal (IML), conselhos tutelares e varas de infância e juventude.
- Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.



- Promover o cumprimento, no âmbito da ação específica do setor, dos preceitos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (artigos 7 e 14).
- Apoiar a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.
- Participar da promoção de medidas preventivas, considerando os artigos 77 e 78 do Código de Trânsito Brasileiro, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM n. 936, de maio de 2004), implementando, em parceria com as esferas de gestão do SUS e instituições acadêmicas, o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, a partir dos propósitos e diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, tendo como principal proposta o incentivo ao desenvolvimento de núcleos de prevenção da violência e promoção da saúde. A Portaria propõe a criação de núcleos estaduais, municipais e em instituições acadêmicas, tendo, entre suas principais atribuições, (dentro das ações de prevenção e promoção):

#### Núcleos Estaduais

- Elaborar Plano Estadual de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Qualificar a gestão para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde.
- Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde.
- Assessorar, qualificar e articular em rede as ações de prevenção da violência e promoção da saúde desenvolvidas pelos núcleos dos municípios de sua região.
- Acompanhar e monitorar o desenvolvimento dos planos municipais de prevenção da violência e promoção da saúde.

#### Núcleos Municipais

- Elaborar Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde.
- Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência

e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis.

- Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas.

#### Núcleos nas Instituições Acadêmicas

- Elaborar o Plano Institucional de Apoio à Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Desenvolver indicadores para sistematização de monitoramento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Assessorar tecnicamente as coordenações dos níveis federal, estadual e municipal no desenvolvimento dos referidos planos de prevenção à violência e promoção da saúde.
- Desenvolver espaço eletrônico para favorecimento da comunicação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Desenvolver metodologias de comunicação para apoio à prevenção da violência e promoção da saúde em mídia eletrônica, impressa e rádios comunitárias.
- Desenvolver metodologias de avaliação sistematizada dos planos federal, estadual e municipal de prevenção à violência e promoção da saúde.

Em setembro de 2005, durante o Seminário Nacional de Vigilância de Dant e Promoção da Saúde, com a discussão da Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, coloca-se como prioridade expandir e implementar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (proposta em 2001, conforme citado) além de implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, no âmbito do SUS e nas três esferas de governo. Para tal propõe que conste entre as prioridades de gestão, viabilizar repasse de recursos e estruturar um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (instituído pela Portaria MS/GM n. 1.190, de julho de 2005). Propõe-se, também, ampliar, implementar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, efetivando a implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (conforme proposto pela Portaria n. 936, em maio de 2004). Sugere ainda as seguintes atividades:

- Articulação e integração dos Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, utilizando-se estratégias de mobilização e comunicação (entre elas a construção de um site desenvolvido pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul).
- Viabilização de incentivo financeiro à implantação/implementação de Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais.
- Divulgação da agenda de trabalho com o conjunto de atores participantes do processo

sanitário (gestores, trabalhadores de saúde e usuários), e mobilização da sociedade para o enfrentamento das violências.

- Articulação, apoio e participação na Campanha Nacional pelo Desarmamento como forma de prevenção de violência por arma de fogo.
- Articulação, participação e contribuição nas ações de enfrentamento do abuso, exploração e turismo sexual em parceria com organizações governamentais (Justiça, Turismo, Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres) e não governamentais.
- Estímulo à gestão participativa da sociedade civil organizada e não organizada no desenvolvimento e implantação dos planos de prevenção às violências e promoção da saúde nas três esferas de governo.
- Expansão e implementação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: mobilizando a sociedade” em articulação e integração com os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.
- Realização de campanha nacional de mídia de prevenção de acidentes de trânsito em parceria com Departamento Nacional de Trânsito (Denatran)/Ministério das Cidades.

Entre as propostas para a agenda de prioridades discutidas no seminário de 2005, foi bastante destacada também a necessidade de articulação e desenvolvimento de políticas permanentes de mídia e de comunicação, com vistas a ampliar a divulgação do problema da violência e alimentar campanhas de mobilização, prevenção e conscientização para o enfrentamento das violências e construção de uma cultura de paz, priorizando as populações com maior grau de vulnerabilidade. Entre as atividades propostas para este fim podemos destacar:

- Articulação, pactuação e repasse de informações e análises de situação de saúde para a mídia e outras instituições.
- Produção de material instrucional e educativo nas três esferas de governo.
- Divulgação de análises de situação de saúde com produção de mapas e publicações.
- Informação para a mídia sobre aspectos epidemiológicos e sociais do trânsito (conteúdo da campanha adequado à promoção de comportamentos saudáveis no trânsito, enfocando grandes problemas – pedestres/atropelamentos, motocicletas, bicicletas).
- Sensibilização dos profissionais de mídia e ampliação de parcerias com os meios de comunicação buscando a divulgação de ações positivas e de prevenção de violências.
- Incentivo a mudanças de pautas nos programas jornalísticos, estimulando o jornalismo responsável, a democratização da comunicação e divulgação de informações corretas e oportunas aos jornalistas.
- Criação de um manual para profissionais de mídia.

Com vistas a não só aumentar o escopo das parcerias para outras possíveis instituições, mas, também, contextualizar a participação em parcerias já existentes, foram propostas diversas ações com enfoque na articulação das políticas e estratégias de promoção da saúde, prevenção de violências e redução das desigualdades sociais, com outros setores governamentais e comunitários (sociedade civil, terceiro setor e iniciativa privada), como:

- Políticas de integração regional, prioritariamente nos municípios de fronteira e áreas de alto risco para violências.
- Integração na Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno (Ride), em parceria com o Ministério da Integração Nacional.
- Programa Sentinela do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Projeto PAIR – Programa de Atividades Integradas Referenciais da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.
- Atividades de enfrentamento das violências realizadas pelas secretarias especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.
- Mapeamento e mobilização de recursos das redes familiares, comunitárias e sociais disponíveis (locais e regionais).
- Estabelecer planos de ação conjuntos com projetos de cultura, lazer e geração de renda.
- Construir espaços para inclusão social e efetiva proteção à vida.
- Linhas de ação e políticas junto às áreas de assistência social e trabalho na criação de espaços de convivência na comunidade, oportunidades de desenvolvimento cultural e para o trabalho.
- Construção de espaços educativos sobre a cultura de paz com a política de segurança.
- Articulação com a área de educação e o Ministério da Educação (MEC) para envolver universidades, escolas e centros de educação infantil.
- Introdução nos currículos das escolas e universidades de temas transversais sobre cultura da paz e prevenção de violências, além de inclusão de disciplinas voltadas para cursos específicos sobre violência e saúde, inclusive cursos sobre a assistência à pessoa em situação de risco ou vítima de violência.
- Sensibilizar professores/docentes quanto ao tema.

Em março de 2006, é publicada a Portaria GM/MS n. 687, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo geral de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Consta também, entre seus objetivos específicos, o estímulo à adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país. Para este fim, o documento traz as seguintes propostas de prevenção e promoção da saúde:

Para a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito:

- Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação.
- Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema.
- Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito.

Para a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz:

- Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.
- Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intra-familiar e sexual.
- Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual.
- Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência.

Para a redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas:

- Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências.
- Produção e distribuição de material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.
- Promoção de campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da direção alcoolizada.
- Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população.
- Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências.
- Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

A Portaria GM/MS n. 1876, publicada em agosto de 2006, ao instituir diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, propõe:

- Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos.
- Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido.
- Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas.
- Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade.
- Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio.
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Estratégia Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Durante a Reunião dos Ministros sobre Prevenção de Violências e Lesões, realizada na cidade de Mérida, em Yucatán, México, citada anteriormente, os Ministros da Saúde de todos os países americanos (ou seus representantes) se comprometem a incrementar esforços para prevenir a violência e as lesões, por meio de ações de promoção da saúde e a articulação intersetorial, com uma perspectiva de construção de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis.

Entre as prioridades pactuadas no Pacto pela Vida para 2008, foi incluída a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, bem como as ações de promoção da saúde, sendo definido como um de seus objetivos "ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios" com meta de implantar Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde em 50% das Secretarias de Estado da Saúde, 70% das capitais e 60% dos municípios prioritários.

Assim como comentado na discussão das propostas de atuação para a área de vigilância, nota-se que desde o início desta década a questão da violência vem sendo objeto de discussão na formulação das políticas de saúde, e que dentro de um contexto de atuação intersetorial e interinstitucional, a área de saúde tem um papel importante na articulação de medidas de prevenção e promoção. Apesar de diversas propostas terem sido aplicadas de forma ainda bastante incipiente, as apresentações de experiências realizadas durante

os seminários “Violência: Uma epidemia silenciosa” demonstram que muito já está sendo implementado na prática cotidiana das gestões estaduais e municipais, como resultado também do importante papel indutor das ações desencadeadas pela esfera federal.

A promoção da saúde e prevenção da violência foi o principal objeto de discussão durante os seminários tanto nas apresentações de experiências, como na programação de mesas, palestras e debates, dando origem a diversas propostas de intervenção, apresentadas a seguir. Várias já estavam inseridas no conjunto de políticas já apresentadas, diversas, porém trazem novos aspectos e abordagens:

## **PROPOSTAS**

### **2.1 Incentivar a promoção, o acompanhamento do desenvolvimento integral e o atendimento às necessidades essenciais da primeira infância**

Estudos realizados no Canadá e apresentados durante a conferência magna do Seminário Nacional, pelos Profs. Richard Tremblay e Sylvana M. Côté, da Universidade de Montreal (páginas 16 a 18 deste documento) demonstram que ao contrário do conceito comum de que o comportamento violento tem seu ponto máximo e se inicia na adolescência, na verdade a agressão física já está presente em crianças menores de 6 anos de idade, declinando a partir daí, com o aumento da idade.

Foram também destacadas a importância de investir no acompanhamento das jovens mães, a partir da concepção do novo ser, o efeito protetor das creches sobre as crianças de risco com melhora no desenvolvimento da linguagem, no conhecimento dos números e na maturidade escolar e que o custo-benefício comparado do investimento na primeira infância com os gastos potenciais com as pessoas de comportamento violento aos 27 anos de idade foi de sete vezes e já aos 40 anos, foi de 13 vezes.

Portanto, é possível prevenir a agressão já na primeira infância e a partir da concepção, quanto mais cedo se investe no desenvolvimento humano, melhor o retorno, quanto mais tardio, mais caro e menos eficaz.

Com base no exposto e em experiências que já estão em desenvolvimento no Brasil, como o Programa Primeira Infância Melhor, do Governo do Rio Grande do Sul, propõem-se as seguintes estratégias:

- Incentivar o acompanhamento familiar mais próximo pelas equipes de saúde, especialmente em áreas identificadas como de maior risco, desde a atenção pré-natal, enfocando a questão dos primeiros cuidados, o incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do desenvolvimento infantil.
- Incorporar nesta atividade a Estratégia Saúde da Família, reduzindo, se necessário, em áreas consideradas como de maior risco (avaliando as questões sociais e epidemiológicas),

o número de famílias a serem acompanhadas por equipe ou por agente de saúde.

- Buscar a articulação das equipes de saúde com as equipes de creches e centros de educação infantil.
- Buscar articulação com as áreas de educação e ação social para qualificar e ampliar a oferta de vagas em creches e centros de educação infantil em regiões de maior risco.

Parcerias: Áreas de educação e ação social das esferas de governo federal, estadual e municipal; organizações sociais e movimentos populares envolvidos na atenção às gestantes e à primeira infância; creches e centros de educação infantil; universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; conselhos tutelares; Unicef; Unesco e outros organismos internacionais.

## **2.2 Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, por meio da implantação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde**

Com o objetivo de executar estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes, articulando uma rede de atenção intersetorial e interinstitucional, apoiando o desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento da violência e promoção da saúde e da cultura de paz. Para este fim, é essencial estabelecer fonte de financiamento estável para sua manutenção e custeio destes núcleos. Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde podem estar envolvidos na articulação e/ou execução das diversas propostas aqui apresentadas.

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa, áreas de segurança, justiça, educação, ação social, trânsito e urbanismo das esferas de governo federal, estaduais e municipais, organizações sociais, movimentos populares e organismos internacionais.

## **2.3 Inserir na organização da rede de atenção à saúde, as ações de prevenção da violência e promoção da saúde nas atividades cotidianas das equipes, especialmente na atenção primária e Estratégia Saúde da Família**

Que devem ser envolvidas em todas as demais ações aqui propostas:

- Identificar e mapear situações de risco na comunidade (alcoolismo, drogas, violência doméstica, doença mental, meio ambiente, ambientes que estimulam situações de risco e violência).
- Desenvolver estratégias por meio da articulação com as escolas e centros de educação infantil, para detecção precoce e encaminhamento adequado das crianças com Transtorno



de Déficit de Atenção e com hiperatividade.

- Apoiar, quando necessário, o conselho tutelar, as escolas e as creches na avaliação de situações que indiquem violência e negligência.
- Registrar o acompanhamento familiar de casos notificados pela unidade de saúde, ou por ela acompanhados, averiguando reincidências, dificuldades na realização dos encaminhamentos propostos, prestando orientação às famílias ou aos responsáveis, encaminhando-os a outros serviços existentes na comunidade.
- Capacitar/sensibilizar os componentes da equipe da unidade de saúde para o reconhecimento de sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias.
- Viabilizar a socialização, a participação e o convívio do idoso com as demais gerações.
- Capacitar as equipes para que estejam aptas a garantir o respeito às diversidades nas relações humanas; a preservação da identidade imagem e dados pessoais das vítimas; para que fiquem alertas para os sinais de violência e promovam mecanismos de negociação e mediação nos conflitos na família e na comunidade.
- Preservar a identidade, a imagem e os dados pessoais do protegido e dos seus familiares.
- Garantir os encaminhamentos/procedimentos necessários para o atendimento.
- Comunicar os casos moderados e graves aos respectivos órgãos.
- Receber as solicitações do conselho tutelar, das escolas, das creches e da comunidade para apoio na avaliação de sinais de violência.
- Incluir o tema violência intradomiciliar nas ações educativas promovidas pelas unidades de saúde e destinadas a grupos de mães, gestantes, idosos e a comunidade.
- Identificar grupos sociais na comunidade (igrejas, escolas, clubes, associações) que possam interagir contribuindo para a promoção da solidariedade e cultura da paz.
- Estabelecer projetos de intervenção que promovam a saúde e o desenvolvimento sustentado.
- Estabelecer ações intersetoriais (escolas, clubes, igrejas, associações, creches, centro de convivência) para a discussão dos problemas que estimulam a violência na comunidade e propostas de intervenção.
- Propor ações de mobilização social na comunidade para o desenvolvimento de atividades que visem combater a violência.
- Apoiar a disseminação de informações sobre os dados da violência e suas causas, sobre os direitos das vítimas de violência, e promoção da cultura da paz e não violência.

Parcerias: Área da educação por meio das escolas; área de ação social (emprego, renda e assistência social); clubes de serviços; igrejas; associações; creches e centros de educação infantil; centros de convivência (idoso, adolescente e jovens); órgãos de polícia e segurança pública; conselho tutelar; defensoria pública; varas especializadas; comunidade por meio dos conselhos de saúde; e organismos internacionais.

## 2.4 Implementar ações de mobilização social, comunitária e de promoção da cultura de paz

O envolvimento da comunidade é fundamental para o sucesso das ações de promoção da saúde e prevenção da violência não só pelo controle social formal, com a participação dos conselhos de saúde, mas, especialmente, pela adoção de uma ação efetiva, focalizando o empoderamento e o protagonismo por parte dos atores envolvidos, objetivando transformá-los em sujeitos das intervenções por meio da participação ativa na definição das prioridades, implementação das ações e avaliação dos resultados. Entre as várias estratégias que podem ser realizadas neste sentido, destacamos:

- Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente, por meio de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para fomentar uma cultura de paz e de prevenção à violência, a partir de uma construção coletiva permitida por meio de ampla discussão de ideias, fatos estatísticos e planejamento.
- Criar espaços coletivos que contribuam para uma prática reflexiva sobre cidadania e direitos humanos (com enfoque nas legislações pertinentes tais como Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha, entre outras), contribuindo para a democratização das informações.
- Oficinas educativas interativas às famílias, vítimas e autores de violência, ajudando-as a rever ou a reconstruir suas representações masculinas e femininas, suas representações sobre violência e sexualidade, rever seus valores, hábitos e atitudes, por meio de atividades recreativas, culturais, físicas, pedagógicas e de capacitação profissional.
- Criar mecanismos que facilitem o acesso aos direitos e aos recursos disponíveis na comunidade.
- Estimular a elaboração de planos operativos locais nos municípios, com vistas ao enfrentamento ao abuso e exploração sexual, por meio da aplicação de diagnóstico rápido e participativo com os operadores da Rede de Proteção à Criança e Adolescente e da realização de oficinas técnicas de enfrentamento da violência sexual.
- Capacitar profissionais que pela natureza do seu trabalho mantenham contato direto com as pessoas da comunidade (cabeleireiros, benzedores, membros de instituições religiosas) para servirem de moderadores sociais.
- Envolver as parteiras tradicionais na discussão sobre o tema da violência contra as mulheres, frequentemente observada pelas parteiras nas suas comunidades, promovendo a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos numa perspectiva de gênero.
- Organizar e coordenar grupos focais (para auxiliar a compreensão do fenômeno da violência e a busca por fatores protetores que resultem na promoção da cultura da paz) com vistas a mobilizar uma rede de proteção para a violência contra crianças e adolescentes, por meio do resgate das competências das escolas e das famílias, bem como envolver a

“rede de amigos”, tendo em vista que uma das características da adolescência é a busca constante dos seus pares.

- Na perspectiva da iniciativa Escolas Promotoras de Saúde, instituir comissões de prevenção de acidentes e violência nas escolas, com vistas a favorecer uma cultura de prevenção, de cuidados e de promoção de saúde nas escolas e diminuir a morbimortalidade por acidentes e violências na comunidade escolar.
- Desenvolver iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool, crack e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população.
- Desenvolver ações educativas que promovam a análise e reflexão sobre o tema da violência no trânsito, buscando implementar uma nova consciência urbana.
- Criar programas de agentes mirins para educação no trânsito.
- Articular as forças sociais para aperfeiçoar as ações de prevenção da violência visando melhor regulação dos espaços urbanos e reduzindo o horário de funcionamento de bares e similares.

Parcerias: Organizações sociais e movimentos populares; igrejas e instituições religiosas; áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; cultura; esportes e urbanismo (entre outras), das esferas de governo federal, estadual e municipal; escolas de primeiro e segundo grau; universidades e demais instituições de ensino e pesquisa.

## **2.5 Implementar campanhas de comunicação social**

Envolvendo a grande mídia em estratégias de comunicação de massa ou dirigidas a grupos prioritários:

- Campanhas de esclarecimento sobre o impacto da violência na saúde e no dia a dia das pessoas e de promoção da cultura de paz.
- Campanhas pelo desarmamento.
- Desenvolver campanhas de mobilização social com vistas à educação para o trânsito e 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.
- Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito.
- Buscar envolver a mídia com vistas a ampliar a divulgação de informações sobre os riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool, crack e outras drogas e acidentes e violências.
- Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool e outras drogas, direcionando especial atenção

quanto às complicações referentes ao uso do crack, considerando que é uma das drogas mais potentes e indutoras de dependência.

Parcerias: Empresas de comunicação e mídia (televisão, rádio, jornais, revistas, internet, etc.); empresas de pesquisa de opinião; organizações sociais e movimentos populares; áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; cultura; esportes e urbanismo (entre outras), das esferas de governo federal, estadual e municipal; universidades e demais instituições de ensino e pesquisa.

## **2.6 Instituir nas três esferas de governo câmaras setoriais das políticas de saúde, segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz**

Envolvendo as diversas áreas e instituições públicas pertinentes (segurança, saúde, educação, ação social, entre outras), com o objetivo de formular diretrizes, coordenar, articular e acompanhar periodicamente os resultados dos programas governamentais para enfrentamento e prevenção da violência, priorizando a atuação nas áreas com piores indicadores de mortalidade por causas ligadas à violência. Buscar a articulação também com outras políticas públicas como o Programa Bolsa Família; Campanha do Desarmamento; Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci); Política Nacional de Trânsito, entre outros. Além das diversas ações propostas, já citadas anteriormente, que envolvem a articulação intersetorial, outras medidas podem ser articuladas:

- Implantar casas de abrigo para mulheres vítimas de violência e crianças em situação de risco.
- Disponibilizar linha telefônica S.O.S 24 horas para denúncias de casos de violência doméstica.
- Medidas de intervenção precoce para prevenção do uso abusivo do álcool e outras drogas.
- Promover o acesso aos adolescentes e jovens foco do Pronasci (jovens presos, jovens egressos do sistema prisional, em situação infracional ou em conflito com a lei) às demais políticas sociais governamentais, especialmente em regiões de maior risco (territórios de descoesão social).
- Garantir, por meio de medidas de urbanização, a recuperação de equipamentos sociais, transformando-os em espaços públicos seguros.
- Implementar e fortalecer políticas públicas que reduzam a morbimortalidade por acidentes de trânsito.
- Ampliar a fiscalização da legislação de trânsito.
- Melhorar a estrutura de combate ao crime, o policiamento comunitário e a efetividade

na investigação dos homicídios.

- Investir em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso de álcool, crack e outras drogas e suas consequências.
- Promover discussões intersetoriais que incorporem ações de prevenção da violência e promoção da saúde à grade curricular de todos os níveis de formação.
- Articular agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema da violência.
- Ações de articulação intersetorial que envolvam a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual.
- Intensificar ações de fiscalização no que se refere ao cumprimento da legislação de trânsito.

Parcerias: Áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; cultura; esportes e urbanismo, das esferas de governo federal, estadual e municipal; organizações sociais e movimentos populares; universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; e organismos internacionais como a UNODC.

## **2.7 Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de suicídio/suicídio nos estados e municípios**

Com vistas a discutir o tema da violência auto-infligida e aumentar possibilidade de ações em vigilância, prevenção e cuidado. Para este fim, sugerem-se as seguintes estratégias:

- Constituir comitês de atenção (assistência, prevenção e vigilância) a tentativas de suicídio e suicídios.
- Organizar os serviços/programas municipais de saúde mental.
- Incluir a discussão na área de saúde escolar, com vistas a trabalhar questões psíquicas da população escolar, passando informações especialmente a orientadores educacionais e psicólogos escolares. Nesta atividade deve-se evitar ações alarmistas e a banalização do tema.
- Considerando o efeito *Werther* (compulsão imitativa), deve-se tomar extremo cuidado em ações de divulgação sobre o tema, como palestras e atividades de divulgação na imprensa e internet.
- Introduzir a discussão de temas como depressão, alcoolismo, esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos, transtornos de personalidade e transtornos afetivos junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial.
- Discutir o papel das equipes da Estratégia Saúde da Família no acolhimento e

acompanhamento destes casos, capacitando-as (inclusive os agentes comunitários) quanto ao registro de tentativas, fluxograma de encaminhamento, noções de negociação e acompanhamento de crises. É importante que as equipes saibam reconhecer os casos que necessitam de encaminhamento aos serviços de saúde mental e suas linhas de cuidado.

- As equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem desenvolver atividades nas áreas de prevenção, atenção e reabilitação, como: desenvolver atividades físicas e práticas corporais; contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; promover ações multiprofissionais de reabilitação para reduzir a incapacidade e deficiências, permitindo a inclusão social; atender usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental; criar estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool; entre outras.
- Capacitar as equipes dos centros de atenção psicossocial e demais centros de referência para o atendimento dos casos encaminhados pelos serviços de atenção primária.

Parcerias: Universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; organismos internacionais; serviços ambulatoriais e hospitalares; centros de atenção psicossocial; núcleos de apoio à saúde da família; entidades médicas como os conselhos federal e regionais de medicina, de psicologia e conselhos de classe de outros profissionais de saúde envolvidos; Sociedade Brasileira de Psiquiatria; escolas; áreas de segurança; justiça; educação; ação social; trânsito; cultura; esportes e urbanismo das esferas de governo federal, estadual e municipal; organizações sociais e movimentos populares.

### **3. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

A violência de um modo geral tem sido apontada por profissionais de saúde como um dos problemas encontrados na prática de suas atividades. Considerando a relevância e o impacto causado nos indicadores de saúde e na qualidade de vida das pessoas, propõe-se que as SES organizem nos seus estados, em conjunto com os municípios, estratégias para o enfrentamento do problema.

Nesse contexto, pretende-se contribuir para a implantação de ações que visem à redução da violência na sociedade e em especial contra a criança, adolescente, mulher e idoso, em também atuar sobre os determinantes sociais da violência e implantar ações sobre as quais o setor saúde tem um papel fundamental:

- Identificar os determinantes sociais e as situações de risco para a violência.
- Estabelecer meios para que a comunidade e profissionais de saúde possam identificar e informar situações de violência.
- Prover assistência e meios de prevenção da violência contra a criança, adolescente, mulher e idoso, e para a população de um modo geral.

- Desenvolver trabalho integrado e intersetorial entre os vários segmentos envolvidos no enfrentamento do problema (saúde, educação, segurança pública, comunidade, judiciário).
- Estimular a notificação dos casos, capacitando os profissionais de saúde para a utilização de instrumentos já existentes, para que se possa produzir informações e construir indicadores que permitam conhecer o problema e buscar soluções.
- Estabelecer mecanismos de apoio às vítimas e aos agressores, assim como o acompanhamento dos casos, com vistas a diminuição de ocorrência de violência.
- Oferecer atendimento visando contribuir para a superação das condições geradoras de violência e as sequelas resultantes dos maus tratos.
- Desenvolver propostas e projetos que objetivem a promoção de ambientes saudáveis e a prevenção da violência, envolvendo a comunidade.

## **PROPOSTA**

### **ORGANIZAR A ATENÇÃO COM BASE NOS INDICADORES DE SAÚDE E NO DIAGNÓSTICO ELABORADO PELAS EQUIPES DE SAÚDE, COM O OBJETIVO DE DISPONIBILIZAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (PONTOS DE ATENÇÃO) DE ACORDO COM TERRITÓRIO SANITÁRIO E O NÍVEL DE ATENÇÃO.**

A seguir propõe-se uma matriz de rede de atenção à saúde.

A atenção primária, por meio das equipes das unidades básicas e das equipes de Saúde da Família deve se constituir a porta de entrada para o atendimento integral à saúde tanto para atender as vítimas de violência, como para apoiar os familiares dos autores de violência. Nos casos graves, quando se tratar de lesões e/ou condições agudas que exigem uma atenção específica, os hospitais e pronto socorros serão a porta de entrada preferencial.

Nos casos moderados e graves, o atendimento à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso e ao autor de violência será priorizado pela unidade de saúde, seja na própria unidade ou com o encaminhamento ao pronto atendimento. Para os casos de violência sexual deve-se definir um protocolo específico de atendimento devido as questões jurídico legais específicas para o adequado atendimento e acompanhamento dos casos.

Em áreas identificadas de risco para a violência as equipes de saúde da família devem adequar-se com recursos humanos em quantidade e com multidisciplinaridade necessária para atender essas necessidades da população. É necessário que o sistema de saúde local e municipal adeque inclusive a cobertura populacional dessas equipes, considerando que esses grupos populacionais exigirão maiores cuidados e ações de diferentes profissionais de saúde.

As secretarias de saúde devem estabelecer protocolos de atendimento à saúde física e mental contendo os seguintes procedimentos:

- Avaliação clínica da vítima e procedimentos imediatos necessários: curativos, suturas, medicação, etc.
- Identificação dos autores de violência na comunidade e seus determinantes objetivando adotar medidas de prevenção e assistência.
- Encaminhamento para exames complementares e serviços hospitalares, quando necessários, sendo obrigatório o encaminhamento imediato para os hospitais de referência quando se tratar de violência sexual.
- Agendamento de retorno para acompanhamento dos casos.
- Encaminhamento das vítimas e dos autores de violência para atendimento em saúde mental, priorizando os casos de violência sexual e os casos de drogadição.
- Agendamento de visitas domiciliares para avaliação inicial e para acompanhamento familiar, incluindo a violência como critério de risco.
- Incluir a violência familiar nas atividades educativas com grupos de gestantes e mães, bem como nos programas de saúde a detecção e o acolhimento a gestantes e mães com dificuldades para estabelecer vínculos com o bebê ou que apresentam depressão pós parto.
- Encaminhamento de alcoolistas para o grupo de alcoólicos anônimos ou instituições comunitárias.
- Identificação dos usuários de drogas e das drogas mais utilizadas na comunidade para adoção de medidas, em parceria com os demais órgãos, para o enfrentamento deste problema na comunidade.
- Dimensionar a necessidade de serviços (unidades básica de saúde, equipes, ambulatórios de referência, centros de atenção psicossocial (Caps), centros de atenção psicossocial álcool e drogas (Caps AD) e Caps I, hospitais, hospitais psiquiátricos, entre outros), de acordo com o perfil de necessidade para o adequado atendimento as vítimas e aos autores de violência, e de acordo com as suas causas e determinantes.
- Organizar os serviços de saúde mental (Caps, Caps AD, ambulatórios e hospitais psiquiátricos) com vistas a aprimorar a atenção aos pacientes usuários de álcool e outras drogas, especialmente o crack (por seu alto papel indutor de dependência, maior potência e aumento de consumo pelo menor custo em relação a outras drogas).
- Definir os serviços no município, região de saúde e macrorregião de saúde, para o atendimento adequado tanto das vítimas de violência, quanto dos autores de violência.
- Encaminhamento para outros recursos comunitários de apoio às famílias de risco.
- Internamento hospitalar, sempre que o estado clínico da vítima indicar, ou como medida de proteção à vítima que se encontra em situação de risco para novas agressões.
- Internação em hospital psiquiátrico sempre que houver indicação tanto para usuários de drogas, quanto para situações de portadores de doença mental em crise.
- Organização da atenção para o atendimento das sequelas consequentes de situações de violência.



- Encaminhamento para a instituição correspondente, no caso de violência contra grupos específicos (mulher, criança e idoso) que tenham desdobramentos legais já instituídos.
- Elaboração de um manual sobre o problema da violência e seu enfrentamento que possa ser utilizado pelas equipes de saúde em oficinas, capacitações, cursos.

### MATRIZ DE REDE DE ATENÇÃO

<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>	<b>PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>TERRITÓRIO SANITÁRIO</b>
<b>ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE</b>	Hospital Especializado (referência para assistência e reabilitação) Hospital Geral Pronto Socorro (unidade de emergência, UTI, centro cirúrgico 24 horas) Ambulatório de referência para reabilitação	<b>MACRORREGIÃO</b>
<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE</b>	Pronto Atendimento, Unidade 24 horas e Pronto Socorro Centro de apoio às vítimas de violência Centro de Referência/Unidade ambulatorial especializada Caps, Caps I e Caps AD	<b>MICRORREGIÃO</b>
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	Caps, Caps I e Caps AD Pronto Atendimento, Unidade 24 horas e Pronto Socorro _____ UBS/Unidade de Saúde 24 horas e Pronto Atendimento _____ Agentes Comunitários de Saúde	<b>MUNICÍPIO</b>  <b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b>  <b>MICRO-ÁREA</b>

As ações de Promoção e Prevenção à Saúde constantes da Rede de Atenção estão descritas no item 2.3 deste documento.

**COMPETÊNCIAS DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO POR ÁREA DE ATUAÇÃO**

<p style="text-align: center;"><b>AÇÕES DE ASSISTÊNCIA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizar a rede de atenção à saúde: Definir as responsabilidades na assistência de cada ponto de atenção na rede (Unidade Básica de Saúde, equipes de Saúde da Família, ambulatórios de referência, hospitais. Pronto atendimento e pronto socorro; estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contra referência para os diferentes pontos e níveis de atenção; realizar atendimento as vítimas de violência de natureza física, psicológica, sexual, negligência e abandono; realizar atendimento as vítimas de acidentes de trânsito e a violência interpessoal.</li> <li>2. Identificar serviços de apoio às vítimas de violência (assistência social; apoio psicológico; grupos da comunidade; apoio legal contemplando defensoria pública, conselho tutelar, delegacias e varas especializadas).</li> <li>3. Identificar serviços para tratamento dos autores de violência.</li> <li>4. Estabelecer comunicação com os órgãos de polícia e segurança pública.</li> <li>5. Definir serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive a integração dos serviços de saúde e segurança pública.</li> <li>6. Capacitar permanentemente os profissionais de saúde, profissionais que atuam na segurança pública, professores, educadores e líderes comunitários para as questões de gênero, raça ou etnia e os determinantes da violência.</li> <li>7. Estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação do perfil da violência que são atendidos nos serviços de saúde.</li> <li>8. Definir ações de acompanhamento das vítimas da violência e dos autores de violência.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>AÇÕES DE REABILITAÇÃO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabelecer as competências de cada ponto de atenção nas ações de reabilitação das pessoas vítimas de violência.</li> <li>2. Implantar protocolos de atendimento para a reabilitação física, psicológica, laboral e social.</li> <li>3. Identificar sequelas e ou incapacidades nas vítimas.</li> <li>4. Identificar serviços de referência para reabilitação física e social e apoio na reinserção das vítimas e dos autores de violência.</li> </ol>

Parcerias: estabelecer ações intersetoriais:

- Área da educação por meio das escolas e creches.
- Área de ação social (emprego, renda e assistência social).
- Clubes de serviços.
- Igrejas.
- Associações.
- Centros de convivência (idosos, adolescentes e jovens).
- Órgãos de polícia e segurança pública.
- Conselho tutelar.
- Defensoria pública.
- Varas especializadas.
- Comunidade por meio dos conselhos de saúde.
- Centro de referência de assistência social.

#### **4. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A magnitude da violência e a intersetorialidade em sua abordagem remetem para diversos níveis de atuação.

Inicialmente, deve ser considerada uma visão de formação que não se limite à formação de profissionais, mas aponte para uma cultura de paz. Dessa forma, durante o ensino fundamental e médio devem ser desenvolvidas atividades que possam criar uma consciência de respeito aos direitos individuais e coletivos e a uma sensibilização para os danos do uso e abuso de álcool e drogas, para a irresponsabilidade no trânsito, para o respeito às diferenças de etnias, gêneros, orientações sexuais, etc.

A área de saúde é composta de quatorze diferentes profissões que devem conter, em sua formação, capacidade para abordar a violência no contexto em que ela permite um olhar de ações de prevenção e atuar onde ela exige intervenções secundárias e terciárias.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, vivenciamos um momento desejado e inovador na abordagem da educação permanente e na articulação federal com o Ministério da Educação.

Em setembro de 2007 foi instalada a Câmara Interministerial de Educação em Saúde e, no final do mesmo ano, deu-se início a implantação da Portaria Ministerial GM/MS n. 1996, dotando os gestores de saúde do papel efetivamente coordenador no processo de educação permanente.

O Ministério da Saúde também possui instrumentos para estimular o ensino na rede de serviços, com critérios de coerência aos princípios do SUS, por meio do Pró-Saúde.

Dos profissionais da área da saúde que inicialmente podem ser identificados com maior potencial de atuação na atenção primária e secundária, são aqueles da estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; médicos obstetras e pediatras – na identificação de mães com traços de violência e crianças vitimadas, ou com traços de depressão; profissionais de saúde mental; enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; assistentes sociais.

Na lógica do desenvolvimento de uma cultura de paz e no aprofundamento da formação e da educação permanente, a seguinte estratégia inicial pode ser utilizada:

- Inclusão do tema na pauta do grupo de trabalho de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Câmara Técnica da CIT, visando agendamento do tema nos programas da área em desenvolvimento no âmbito do SUS.
- Reunião dos coordenadores estaduais de recursos humanos e coordenadores estaduais de educação permanente para sensibilizar no sentido dos projetos de educação permanente contemplarem a violência, respeitadas as realidades microrregionais.
- Inclusão do tema na reunião do Conasems com os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems/Conares) para sensibilizar no sentido dos projetos de educação permanente contemplarem a violência, respeitadas as realidades microrregionais.
- Realização de oficina de trabalho para aprofundar a análise das estratégias de educação à distância, na lógica de formação de tutores e consequente multiplicação.
- Oficina de trabalho voltada para o aprofundamento da abordagem a ser feita no processo de formação, incluindo identificação de profissões prioritárias e estratégias conjuntas com o Ministério da Educação.
- A partir da Câmara Interministerial de Educação em Saúde, aprofundar a discussão sobre o grave problema de oferta insuficiente de algumas especialidades vitais no atendimento terciário às vítimas de grandes violências traumáticas.

## **PROPOSTAS**

- Promover a capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família e Agentes comunitários de Saúde, especialmente aqueles com atuação em áreas mais violentas, com vistas a desenvolver habilidades cognitivas para identificar possíveis violências no ambiente familiar e na comunidade, encaminhando as vítimas à Rede de Atenção, além de desenvolver ações de promoção da cultura de paz e prevenção da violência.
- Desenvolver atividades de educação permanente com vistas a desenvolver nos profissionais envolvidos 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.

- Desenvolver programas de transferência de tecnologia de abordagem da violência e construção da paz nos estados e municípios, com vistas a mapear, sistematizar e organizar experiências de abordagem da violência e de construção de cultura da paz; desenvolver ação multiplicadora de capacitação aos gestores, gerentes e profissionais dos diferentes setores para a abordagem da violência; contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico da violência (por meio da análise dos bancos de dados disponíveis, rotinização dos mecanismos de notificação e produção de dados primários); desenvolver a atenção às vítimas de violência e agressores e divulgar medidas de responsabilização, desenvolvimento e disseminação de práticas de prevenção da violência e construção da paz.
- Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente, por meio de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para fomentar uma cultura de paz e de prevenção à violência, a partir de uma construção coletiva permitida por meio de ampla discussão de ideias, fatos estatísticos e planejamento.

Formação e capacitação de pessoal:

- Pós-graduação.
- Curso de atualização.
- Mestrado.
- Doutorado.
- Formação de ensino superior da força policial.

Parcerias: Identificar, a partir das estratégias sugeridas, os parceiros potenciais, tais como: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Conselho Nacional de Saúde; Conasems; Secretarias de Estado de Saúde; de Educação e de Segurança Pública; Secretarias Municipais de Saúde; de Educação e de Segurança Pública; Secretarias de Estado e Municípios de Assistência Social; Opas; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Unicef; conselhos profissionais; sociedades de especialidades médicas; Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Educação Médica, etc.

## 5. PESQUISA

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes à violência é da maior importância para que o tema seja efetivamente tratado como um problema relevante da

sociedade brasileira e para orientar as políticas e os programas que serão implementados e avaliados. O conhecimento da realidade é condição indispensável para que se possa mobilizar e juntar esforços governamentais e não-governamentais.

Como diretriz deve ser observada:

- A realização de estudos multicêntricos.
- A priorização das desigualdades regionais e sociais e o caráter interdisciplinar nas linhas de pesquisa.
- A realidade local e a territorialização.

Os estudos devem incorporar a perspectiva de gênero, raça e etnia assim como as diferenças e desigualdades regionais e sociais. É importante salientar que a maioria das ações de prevenção e enfrentamento da violência dar-se-á no âmbito local, daí a necessidade de priorizar a produção de conhecimento sobre essa realidade em toda sua complexidade. As experiências em curso divulgadas nos seminários promovidos pelo CONASS devem ser priorizadas para que possam ter continuidade.

Deve-se procurar estimular a característica interdisciplinar e a cooperação entre diferentes campos do conhecimento e centros de ensino e pesquisa para poder enfrentar a complexidade de um tema multifacetado.

As linhas de pesquisa podem abordar:

- Acidentes de trânsito relacionados não apenas ao condutor, mas também condições de rodovias, espaços, ambientes, etc.
- Na área da promoção, abordando gênero e raça.
- Violência na primeira infância.
- Avaliação das metodologias de intervenção já existentes a exemplo de escolas promotoras de saúde, no sentido de analisar o impacto das intervenções que já existem.

Pesquisas articuladas no campo das ciências sociais, da epidemiologia, da clínica, da avaliação de políticas e programas e do custo econômico, social e humano da epidemia poderão favorecer o aparecimento de novas linhas de trabalho que, somadas às existentes, oferecerão um cardápio diversificado e criativo de investigação. A avaliação dos projetos contemplados no edital n. 24/2004, – violência, acidentes e trauma, promovido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, do Ministério da Saúde, durante a Mostra Nacional de Experiências bem-sucedidas em Epidemiologia (Expoepi), em novembro de 2007, é uma evidência do imenso potencial da pesquisa em relação ao tema.

A partir da análise da situação da violência no país e nas regiões e da avaliação dos trabalhos apresentados nos seminários, relacionamos temas considerados relevantes para serem investigados.

## **PROPOSTAS**

### **Realizar estudos sobre morbimortalidade por violência**

Um primeiro conjunto de temas refere-se aos estudos sobre a morbimortalidade por violência: sua magnitude, dinâmica, tendências, fatores de risco, sobretudo as consequências do uso/abuso de álcool e drogas.

### **Realizar estudos relacionados ao conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores**

Um segundo conjunto articula-se com o conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores, não apenas as variáveis epidemiológicas, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais: dar um rosto, uma identidade e um território às vítimas e aos agressores da violência doméstica, no trânsito, no trabalho, na escola, nos serviços de saúde. E não apenas às pessoas individualmente, mas, também, aos grupos sociais mais vulneráveis.

### **Realizar avaliação das políticas públicas, programas e serviços existentes**

Um outro conjunto refere-se ao conhecimento da realidade local e, considerando a sua importância, a avaliação das políticas, programas e serviços, como os hospitais de urgência/emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), os Caps e outros serviços assistenciais para dependentes de álcool e drogas, as campanhas informativas e educativas promovidas pelos órgãos governamentais, os programas de promoção à saúde, o trabalho das entidades não-governamentais sejam grupos religiosos, de auto-ajuda, etc.

### **Realizar estudos sobre custos e impacto econômico e financeiro**

Também importante para a investigação é o conhecimento do custo e do impacto econômico-financeiro, social e humano da violência em todas as suas manifestações e dimensões: interpessoal, auto-provocada e no trânsito.

### **Organizar um observatório de divulgação dos conhecimentos produzidos**

A articulação com a mídia é fundamental. No dia-a-dia, em campanhas de divulgação e prevenção e na formação de uma consciência cidadã de repúdio à violência. A utilização de recursos de mídia eletrônica é uma exigência dos tempos atuais: a proposta de um observatório que divulgue em rede o conjunto de conhecimentos produzidos pelas pesquisas constitui uma grande possibilidade de comunicação e divulgação.

Parcerias: as estratégias passam, obrigatoriamente, pela articulação consistente e permanente com a sociedade, em especial com os grupos sociais que sofrem as consequências da violência ou com aqueles mais expostos aos riscos da mesma. A

articulação deve incluir a definição dos temas a serem investigados, os cuidados éticos envolvidos, a apresentação dos resultados e o debate com a sociedade. Nesse sentido, os conselhos de saúde serão imprescindíveis e a participação ativa de todos os segmentos do mesmo poderá dar outro impulso ao processo. Evidentemente que a parceria com as instituições de ensino e pesquisa é essencial e algumas delas são inclusive centros colaboradores que precisam ser reforçados e reafirmados no cotidiano: é necessário que tenham assegurados recursos financeiros de modo permanente, no orçamento anual, e não esporádico. O maior envolvimento da gestão estadual poderá estimular as instituições estaduais e municipais a participar de forma mais ativa do processo: no planejamento, na execução, na cooperação com municípios, na articulação com Ongs ou no financiamento das pesquisas. Os diversos órgãos do Ministério da Saúde, em especial aqueles vinculados à pesquisa e os mais diretamente vinculados ao tema, são parceiros preferenciais, assim como a Opas. O envolvimento dos órgãos do Ministério da Educação como o Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) podem dar outra feição a um programa permanente de pesquisa sobre a violência.

Finalmente, qualquer estratégia relativa à pesquisa e à investigação que produza novos conhecimentos sobre a realidade, deve contemplar a divulgação dos resultados, não apenas no meio acadêmico, nos congressos e revistas científicas, mas, principalmente, junto à sociedade. Mostras, feiras científicas, seminários, certames e encontros são estratégias utilizadas e devem ser estimuladas. A articulação com a mídia é fundamental, no dia-a-dia, em campanhas de divulgação e prevenção e na formação de uma consciência cidadã de repúdio à violência.

## **6. LEGISLAÇÃO**

O papel do Poder Legislativo é fundamental para o enfrentamento da violência a partir do entendimento de que as ações devem ter caráter intersetorial e ser tratadas como prioridade política do Estado brasileiro.

Estrategicamente, a elaboração de leis que possibilitem o seu enfrentamento (seja nos aspectos penais, de regulamentação das relações de trânsito, de medidas que tenham impactos sociais, entre outras) e a priorização política do tema constituem ações fundamentais do Poder Legislativo para, em conjunto com os demais poderes (Executivo e Judiciário), e com a sociedade em geral, promover-se um amplo movimento no sentido de modificar o atual cenário da violência no Brasil.

Fatos recentes comprovam como a legislação pode resultar na redução da violência.



A legislação do Código de Trânsito Brasileiro e do Estatuto do Desarmamento já produziu de forma concreta uma modificação nas estatísticas.

As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, por exemplo, apresentaram queda significativa a partir de 1998, quando da implantação do Código Nacional de Trânsito.

Um fator apontado pelas análises como significativo na redução dos homicídios no Brasil foi o impacto da criação do Estatuto do Desarmamento e das ações de recolhimento de armas nos óbitos por arma de fogo.

Elaborando um quadro para avaliar a associação entre o resultado das atividades de recolhimento de armas nos estados, em termos de número de armas recolhidas, e a situação do risco de vitimização por homicídios nos estados, em termos da posição segundo a taxa brasileira e a evolução entre 2003 e 2005, verificou-se que a maior parte dos estados que teve baixo recolhimento de armas apresenta uma situação de incremento no risco de mortalidade por homicídio – Pará, Piauí, Maranhão, Minas Gerais e Amazonas. Por outro lado, a maior parte dos estados que teve alto recolhimento de armas estava em uma situação relativamente pior em termos de incidência de homicídios e teve uma redução no risco de mortalidade por homicídio – Pernambuco, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal e São Paulo.

Considerando esses exemplos e a importância da legislação para o enfrentamento da violência, apresentamos a seguir algumas propostas de cunho legislativo:

## **6.1 Intersetorialidade**

O enfrentamento da violência deve ser feito a partir do entendimento de que se trata de um problema cuja complexidade supera uma ação setorial isolada e que para ter sucesso precisa contemplar ações intersetoriais que envolvam um trabalho integrado de vários segmentos como saúde, educação, segurança pública, poder judiciário, sociedade civil, entre outros.

A legislação por si só não é a garantia de sucesso de uma ação intersetorial, no entanto, é fundamental na medida em que institucionaliza os compromissos assumidos pelas diversas áreas de políticas públicas.

### **PROPOSTAS**

Instituir (preferencialmente, por meio de legislação específica de cada esfera de governo – municipal, estadual e federal) Câmaras Setoriais das políticas de segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz, considerando que o enfrentamento da violência deve estar centrado numa ação intersetorial e, para tanto, é necessário envolvendo as diversas áreas e instituições públicas pertinentes (segurança, saúde, educação, ação social, entre outras), com o objetivo de formular diretrizes, coordenar, articular e

acompanhar periodicamente os resultados dos programas governamentais para enfrentamento e prevenção da violência, priorizando a atuação nas áreas com piores indicadores de mortalidade por causas ligadas à violência.

Uma possibilidade de estratégia a ser implementada é promover por meio de instrumentos normativos específicos a criação de câmaras setoriais nas três esferas de governo. Para tanto se sugere a realização de seminários estaduais sobre o enfrentamento da violência com a participação de instituições públicas estaduais e municipais que tenham entre seus produtos a criação dessas câmaras setoriais e a organização de rede estadual intersetorial de enfrentamento da violência.

Podem fazer parte dessas câmaras setoriais, entre outras, instituições governamentais e organizações da sociedade civil.

## **6.2 Controle sobre o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas**

A Organização Mundial de Saúde considera que o álcool atua como fator capaz de transformar a violência potencial em violência real, especialmente entre jovens. O uso de bebidas alcoólicas também tem sido evidenciado como importante fator de risco nas violências de gênero.

As estatísticas mostram que a implantação de medidas de controle sobre o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas repercute na redução imediata dos indicadores de crimes de diferentes naturezas.

### **PROPOSTAS**

Promover mudanças na legislação que trata da comercialização e consumo de bebidas alcoólicas com ênfase nos seguintes pontos:

- Reforço na fiscalização e punição sobre venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
- Aumento de taxaço de bebidas alcoólicas.
- Restringir o acesso às bebidas alcoólicas (licenças de pontos de vendas, horários de vendas, áreas restritas em supermercados).
- Restrição total de uso de bebida alcoólica nos campos de futebol e em eventos com grande concentração de pessoas em que por sua natureza haja um forte potencial de situações de violência.
- Limitação do horário de funcionamento de bares.
- A venda e o consumo também devem sofrer restrições na proximidade de escolas, estradas, postos de gasolina, hospitais e em transportes coletivos.

Promover mudanças na legislação que trata de propaganda de bebidas alcoólicas, com restrição de horário de veiculação e inserção obrigatória de informações sobre os malefícios que provocam bem como a proibição de publicidade e patrocínio de eventos esportivos e culturais, a exemplo do que ocorre hoje com cigarro.

### **6.3 Acidentes de trânsito e uso de bebidas alcoólicas**

A associação entre o uso de bebidas alcoólicas e os acidentes de trânsito está fortemente comprovada a partir de diversos estudos realizados. BARBOSA (2005), em apresentação realizada em Recife, no I Seminário Nordestino sobre redução de danos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas cita pesquisa coordenada pela Associação Brasileira de Detrans em 2001, nas cidades de Brasília, Curitiba, Salvador e Recife, em que foi constatado que 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito haviam ingerido bebida alcoólica, índice que chegou a 77,4% em Brasília.

Segundo MELCOP, "os acidentes de trânsito são decorrentes de um conjunto de circunstâncias e fatores ligados ao indivíduo, ao veículo e à via pública. Entre os fatores ligados ao indivíduo destacamos o consumo prejudicial do álcool".

#### **PROPOSTAS**

- Sugerir mudanças na legislação de trânsito tornando mais rigorosas as punições das infrações relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.
- Apoiar a implementação da Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008, que altera o Código de Trânsito Brasileiro, com a finalidade de estabelecer alcoolemia zero e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, definindo uma fiscalização mais sistemática e rigorosa.

### **6.4 Violência no Trânsito**

As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito eram crescentes até 1996 (quando foi de 22,5 por 100.000 habitantes), apresentando queda significativa a partir de 1998 (ano de implantação do Código de Trânsito Brasileiro), voltando a apresentar discreto aumento entre 2000 e 2004, com discreta diminuição em 2006, quando a taxa foi de 18,7 óbitos por 100.000 habitantes. Chamam atenção neste grupo, os óbitos envolvendo motociclistas, cujas taxas aumentaram nos últimos 10 anos (de 0,6 por 100.000 habitantes em 1997 para 3,7 por 100.000 em 2006). Em números absolutos foram 956 óbitos em 1997 e 6.941 mortes em 2006 envolvendo acidentes com motocicletas.

No Brasil, dados preliminares do Sistema de Informações de Mortalidade, do Ministério da Saúde, referentes a 2006 indicam que neste ano ocorreram 34.954 mortes no trânsito (96 por dia).

## PROPOSTAS

- Revisão da legislação para aumentar o rigor das penas relacionadas à violência no trânsito.
- Revisão da legislação para aumentar o rigor na habilitação e fiscalização dos condutores de motocicleta.

### 6.5 Ações de combate e repressão ao crime

Dados preliminares do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde referentes a 2006 indicam que neste ano ocorreram 47.477 óbitos por homicídio (130 por dia).

Não se pode pensar em enfrentamento da violência sem uma legislação que seja rigorosa no combate, repressão e punição aos crimes. Isso passa por mudanças na legislação que ampliem o cumprimento das penas e por ações que inibam o ato criminoso, sejam elas por meio do aparato policial ou de mecanismos como o desarmamento da população.

#### PROPOSTA

Alterar a legislação reforçando as ações que tratam de combate e repressão ao crime como:

- Ampliar as restrições à comercialização de armas.
- Rever o regime de progressão de penas e reinserção do apenado.
- Instituição de uso de pulseira eletrônica em caso de regime semi-aberto.

### 6.6 Violência de gênero e contra grupos etários mais vulneráveis.

Um dos grandes problemas a serem enfrentados é a violência de gênero e contra grupos etários como crianças, adolescentes e idosos. Nessa área existe, atualmente, um arcabouço legal que trata desse assunto e que deve ser objeto de ações concretas em sua aplicação. Nesse caso, não se trata de criar novas leis, mas de implementá-las, avaliar sua aplicabilidade e resultados, e, se necessário, produzir modificações para a sua efetividade.

A Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, cita em seu artigo 5 que nenhuma criança ou adolescente será objeto de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

As crianças entre seis e doze anos são, com maior frequência, vítimas de agressão física, de *bullying* (que inclui, além de provocações e humilhações, agressões físicas e sexuais) e de assédio. Os adolescentes são vítimas de lesão corporal, sequestro e agressão.

A Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso prevê a defesa do idoso vítima de negligência, violência, crueldade e opressão.

Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência e maus tratos que se referem a abusos físicos, psicológicos e sexuais, como abandono, negligências, abusos financeiros e auto-negligências.

Outra medida importante foi a instituição da Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, chamada de Lei Maria da Penha. Ela tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos, altera o Código Penal e possibilita que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher.

A violência de gênero é um problema que está ligado ao poder e abrange a que é praticada por homens contra as mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres. Mesmo considerando que a mulher possa vir a ser agente de violência na sua relação com o homem, culturalmente, na sociedade brasileira e no mundo, em sua grande maioria, a mulher é a vítima preferencial. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outros. (GOMES, R.; MINAYO, M.C.S.; RIBEIRO DA SILVA, C.F.)

A violência contra a mulher constitui um problema de saúde pública devido a comprovação de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além de trauma físico direto, e, também, a uma procura mais frequente dos serviços de saúde (OLIVEIRA E SCHRAIBER,1999).

## **PROPOSTAS**

- Reforçar as ações de fiscalização para o cumprimento das legislações que tratam da violência de gênero, contra a criança, adolescente e idoso.
- Promover uma avaliação da implementação das referidas leis e se for o caso promover mudanças.





