CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

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

Brasília, agosto de 2008

Parceiros

Ministério daSaúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS 1988

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

UNESCO
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Representação da UNESCO no Brasil

Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UNIFEM

NAÇÕES UNIDAS
Escritório contra Drogas e Crime

PNUD

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

ÍNDICE

2 Apresentação

Introdução:
Os Seminários "Violência uma epidemia silenciosa" 4

Definição e Classificação 5

O impacto da violência na saúde pública 6

Propostas, estratégias e parcerias por área de atuação: 10

Vigilância 10

Prevenção e Promoção 19

Organização da Assistência 36

Formação e Educação Permanente 42

Pesquisa 44

Legislação 47

Conclusão 53

54 **Anexo I:**
Síntese das discussões ocorridas nos seminários regionais e seminário nacional

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

APRESENTAÇÃO

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

Nos últimos oito meses o CONASS coordenou uma mobilização nacional, juntamente com o Ministério da Saúde, Conasems, Opas, Unesco, Unodc, Unifem e 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.

Este documento é resultado desse grande movimento a favor da cultura de paz e tem a contribuição imprescindível dos profissionais de saúde que labutam diariamente no atendimento às vitimas de violência nas grandes cidades ou nos municípios mais longínquos das fronteiras ou do interior do país e que se propõem a desenvolver, também, ações de vigilância e prevenção.

A próxima etapa desse esforço coordenado pelo CONASS é a apresentação deste documento com propostas organizadas em seis áreas de atuação: Vigilância, Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social), Organização da Assistência, Pesquisa, Formação e Educação Permanente, e Legislação ao Ministério da Saúde, para a realização de uma discussão tripartite entre os gestores do SUS. Pretende-se assim construir 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.

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

I - INTRODUÇÃO

OS SEMINÁRIOS "VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA"

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

Para subsidiar as discussões nos seminários regionais, o CONASS elaborou e publicou o CONASS Documenta Nº15, denominado **Violência: Uma epidemia silenciosa**, que enfocou o impacto da violência em seus diversos eixos (violência interpessoal, violência auto-infligida, violência no trânsito, violência relacionada a gênero e ciclos de vida), na mortalidade, na morbidade e nos custos da atenção à saúde, bem como a relação da violência com o uso abusivo do álcool e das drogas. Foram também abordadas propostas de diretrizes para atuação das secretarias de saúde no enfrentamento da violência enquanto problema de saúde pública e ações, como a organização da rede de atenção à saúde e medidas de redução de danos.

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

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

apresentação das experiências selecionadas.

Os seminários regionais foram realizados de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 nos estados do Paraná – Região Sul; Mato Grosso do Sul – Região Centro-oeste; Amazonas – Região Norte; Maranhão – Região Nordeste, e Rio de Janeiro – Região Sudeste. O seminário nacional 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 estaduais de saúde, que trabalharam ativamente na identificação das experiências de enfrentamento da violência nos serviços públicos estaduais e municipais, ou de instituições de ensino e pesquisa realizadas em parceria com estes serviços, que foram encaminhadas por formulário específico e selecionadas pela Secretaria Executiva do CONASS.

No total foram selecionadas 118 experiências de 25 estados brasileiros. Destas, 102 foram apresentadas e debatidas nos seminários regionais, sendo 20 na Região Sul, 21 na Região Centro-Oeste, 16 na Região Norte, 17 na Região Nordeste e 28 na Região Sudeste. O resumo destas experiências foi publicado no "CONASS documenta 16", distribuído durante o seminário nacional.

As principais discussões realizadas nos seminários regionais e no seminário nacional estão sintetizadas no anexo 1 deste documento.

II - DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

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, dentre outros. Considerando, porém a relevância epidemiológica dos acidentes de transporte, bem como à 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).

III - O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA

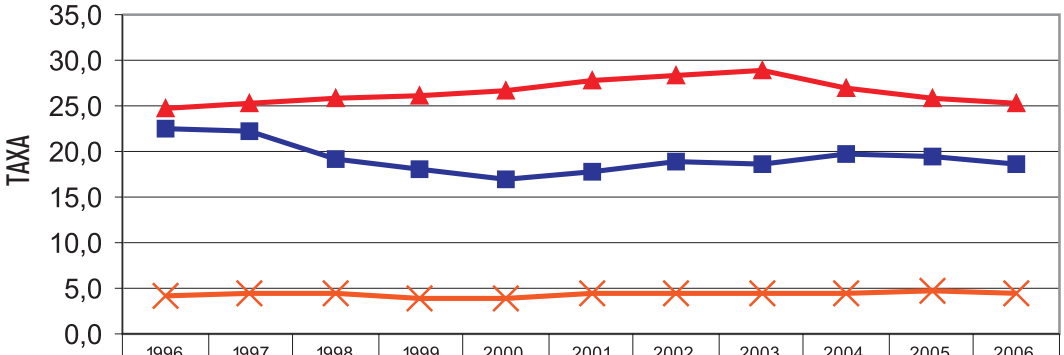
Apesar do grande destaque que a mídia vem dando ao tema da violência, este ainda é frequentemente abordado como um assunto restrito à segurança pública. Acontecimentos trágicos envolvendo homicídios, violência no trânsito, suicídios são relatados quase todos os dias, de forma a ser muitas vezes considerados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

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), 34.954 mortes no trânsito (96 por dia) e 8344 suicídios (23 por dia), o que equivale a 249 mortes (número superior ao de recente desastre aéreo) ocorrendo a cada dia.

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, consi-

derada ainda alta segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (são consideradas baixas taxas até 10 por 100.000 habitantes, médias as taxas entre 10 e 20, altas as 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*



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TAXAS ATT	22,5	22,3	19,1	18,0	17,1	17,7	18,8	18,7	19,6	19,5	18,7
TAXAS HOMICÍDIOS	24,8	25,4	25,9	26,2	26,7	27,8	28,5	28,9	27,0	25,8	25,4
TAXAS SUICÍDIOS	4,3	4,3	4,3	4,0	4,0	4,5	4,4	4,4	4,5	4,6	4,5

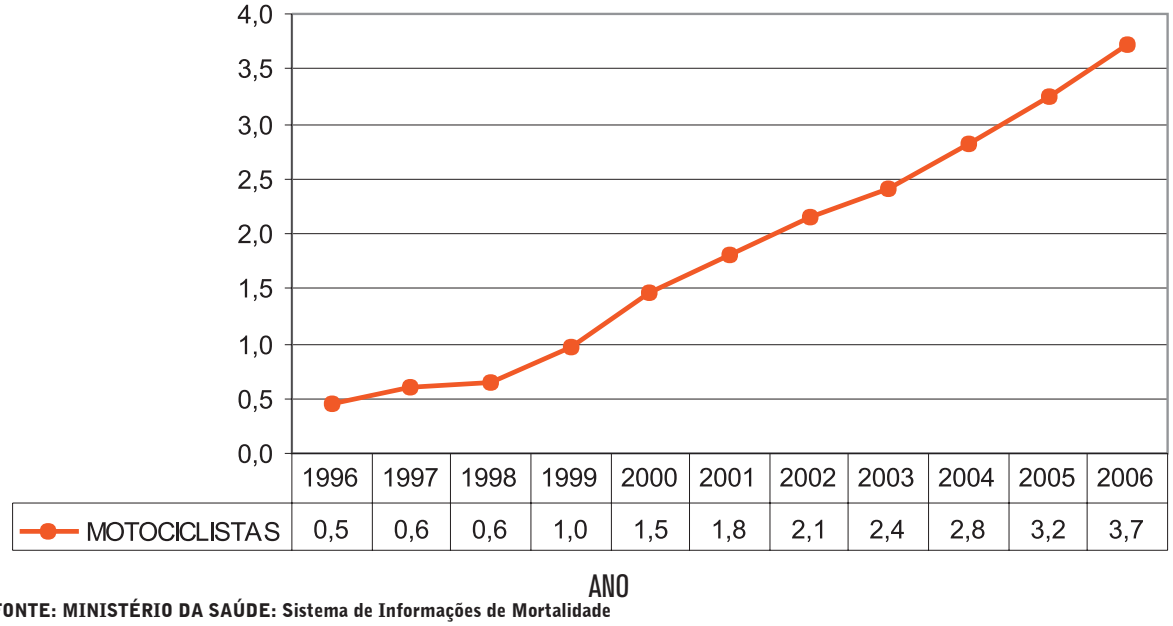
ANO

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 discreta 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 - BRASIL, 1996 A 2006*



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
MOTOCICLISTAS	0,5	0,6	0,6	1,0	1,5	1,8	2,1	2,4	2,8	3,2	3,7

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

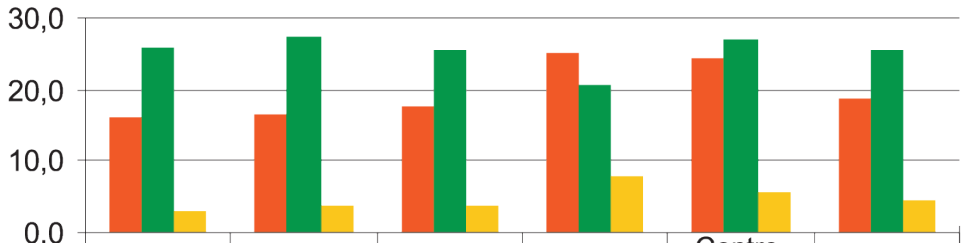
Na análise das taxas de mortalidade segundo regiões brasileiras referentes aos dados preliminares de 2006, nota-se que as maiores taxas de mortalidade por homicídios ocorreram nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (27,3 e 26,8 homicídios por 100.000 habitantes, respectivamente), e que não existem grandes 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 (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). 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). 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*



	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	BRASIL
TAXA ATT	16,0	16,4	17,5	25,1	24,5	18,7
TAXA HOMICÍDIOS	25,9	27,3	25,4	20,8	26,8	25,4
TAXA SUICÍDIOS	3,0	3,7	3,9	7,8	5,6	4,5

REGIÃO

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

Não podemos também nos esquecer que as mortes correspondem à "ponta do iceberg", uma vez que o número de pessoas vitimadas (muitas vezes com seqüelas) 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 por acidentes de transporte), segundo estimativa feita pelo IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 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.

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

IV. 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 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.

1. 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 nº. 16 – p. 151 a 153).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela portaria GM/MS nº. 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".

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

- Capacitar e a 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 trazia também dentre 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) dentre os agravos sujeitos à notificação, o que permitiria 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-se 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 nº. 936 de maio de 2004, a Rede Nacional de Prevenção

às Violências e Promoção da Saúde, através da implantação de "Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde", constando dentre 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 DANT e Promoção da Saúde" foi discutida uma "Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências" constando dentre 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 (SIH, SIA, SIM, SINAN), articulando e integrando outras diversas fontes de dados, através de parceria com as áreas de segurança, justiça, transporte, educação, direitos humanos, dentre 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 RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde); implantar projeto piloto de geoprocessamento de acidentes de trânsito (GEOTRANS) em alguns municípios, assim como manter e aperfeiçoar as atividades de monitoramento da morbi-mortalidade por violências.

Em março de 2006 é publicada a Portaria GM/MS 687, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, que dentre 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 1876, que institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, dentre 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 deste ano os gestores do SUS pactuaram na Comissão Intergestores Tripartite, dentre as prioridades do Pacto pela Vida para 2008 a "Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência", definindo dentre 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 através das experiências municipais e estaduais apresentadas durante os seminários "Violência: Uma epidemia silenciosa".

Durante os seminários 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.

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, através 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, estaduais e municipais, 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, estaduais e municipais, 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) através de ficha padronizada, que inclui também os casos de violência autoprovocada. Inserir a notificação das violências entre os agravos monitorados pelo SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). 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, Odontologia e Enfermagem, Sociedades Brasileiras de Medicina Legal, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, dentre outras especialidades médicas, Associações Brasileiras de Enfermagem, de Odontologia, dentre outras categorias profissionais. Podem ser envolvidas também no processo de notificação profissionais de outras áreas como educação, promoção social, dentre 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 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 freqüência 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, dentre 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, estaduais e municipais, 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 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 ocasionou a internação (no caso do SIH) ou a morte (no caso do SIM), ou seja, se a lesão foi devida a uma agressão, à um acidente ou uma lesão auto-infligida.
- Implantar a investigação de óbitos por causas externas (através de estratégias como busca de informações e coleta de dados em institutos médico-legais, boletins de ocorrências, notícias de jornais, dentre 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, bem como com entidades médicas como os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, Sociedade Brasileira de Medicina Legal, Serviços Hospitalares, dentre 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, Sociedade Brasileira de Medicina Legal, 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 nº. 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 dentre 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 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, tendo em conta 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 institui a Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (portaria MS/GM nº. 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 (dentre as 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 pro-

moção 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 dentre 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 nº. 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 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 (dentre elas a construção de um site desenvolvido pela UFMS).
- 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 enfretamento 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 DENATRAN/Ministério das Cidades.

Dentre 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 se 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. Dentre 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 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 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 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 Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Em 14 de março de 2008, durante a "Reunião dos Ministros sobre Prevenção de Violências e Lesões", realizada na cidade de Mérida, em Yucatán, México, foi assinada pelos Ministros da Saúde de todos os países americanos (ou seus representantes) a "Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas", onde, dentre outras ações, todos 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".

Também no início deste ano os gestores federal, estaduais e municipais do SUS pactuaram através da Comissão Intergestores Tripartite a inclusão dentre as prioridades do **Pacto pela Vida** para 2008 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 estaduais, 70% das capitais e 60% dos municípios prioritários.

Assim como comentado na discussão das propostas de atuação para a área de vigilância, notamos 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:

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 demonstram que apesar do ponto máximo da violência ocorrer entre a adolescência e o início da idade adulta (especialmente no que se refere a ações violentas graves e a crimes contra a propriedade), 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. Experimentação realizada com dois grupos controle, dos quais em um foi realizada intervenção preventiva na primeira infância, mostrou que neste grupo havia, num seguimento de 10 anos, uma redução de 50% no insucesso escolar e na probabilidade de desenvolver uma trajetória elevada de agressão física.

Destacou-se que apesar da violência acontecer, sobretudo entre pessoas do sexo masculino, a chance de se obter sucesso reside em trabalhar com as jovens mães, a partir da concepção do novo ser. A nicotina, o álcool, nutrição, pobreza, baixo nível de educação das mães e o fato das mães serem muito jovens podem interferir ainda na vida

intra-uterina com o desenvolvimento do cérebro, levando, dentre outras conseqüências, a dificuldades de aprendizagem. Nos primeiros anos de vida, a violência familiar, abusos, negligência, maus tratos, 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.

As creches, por exemplo, podem exercer um efeito protetor sobre as crianças de risco. As crianças que permanecem no seio de famílias complicadas têm um risco três vezes maior de se tornarem violentas. Por outro lado, se a creche começa antes de 9 meses de idade, o risco é cinco vezes menor sobre aquelas que nunca foram à creche. As crianças acompanhadas em creches apresentam melhora no desenvolvimento da linguagem, no conhecimento dos números e na maturidade escolar. Para as crianças de famílias "ditas normais", também há um ganho, com aumento do desenvolvimento da capacidade de memória para aprendizagem escolar. 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, melhores empregos. O custo-benefício comparado aos investimentos e gastos potenciais com as pessoas de comportamento violento aos 27 anos de idade foi de 7 vezes; já aos 40 anos, foi de 13 vezes.

O Projeto Elmira, realizado nos Estados Unidos, demonstrou claramente o retorno do investimento na primeira infância: trabalhando com gestantes pobres, primigestas, através de visitas a domicílio, desde a 2ª semana de gestação até 6 meses depois do parto e realizando ainda, depois do nascimento, visitas mensais, dos 6 aos 24 meses de idade. Foram observados impactos sobre a mãe (menor número de gestações; melhor educação e emprego; menor uso de álcool e drogas) e nas crianças (menos negligência e abusos; menos sexualidade precoce; menos delinqüência na adolescência).

Conclui-se assim, que quanto mais cedo é feito o investimento no capital humano, mais retorno pode ser percebido; quanto mais tarde, mais caro e menos eficaz. É, portanto possível prevenir a agressão já na primeira infância. A prevenção eficaz começa a partir da concepção.

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 o Programa de 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, estaduais e municipais; 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 fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, através 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 Programa de 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, através da articulação com as escolas e centros de educação infantil, para detecção precoce e encaminhamento adequado das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção 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, encaminhado-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 no sentido de que estejam aptas a garantir o respeito às diversidades nas relações humanas; a preservação da identidade imagem e dados pessoais das vítimas; 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, escolas, 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 vitimas 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, 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. Dentre as várias estratégias que podem ser realizadas neste sentido, destacamos:

- Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente, através 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 através de ampla discussão de idéias, 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, dentre 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, através 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, através 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, através 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 (dentre outras) das esferas de governo federal, estaduais e municipais; 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 seqüelas 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 (dentre outras) das esferas de governo federal, estaduais e municipais; universidades e demais instituições de ensino e pesquisa.

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

2.6 Instituir nas 3 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, dentre 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, dentre outros. Além das diversas ações propostas já citadas anteriormente, que envolvem a articulação intersetorial, outras medidas podem ser articuladas:

- Implantar casas - abrigo para mulheres vítimas de violência e crianças em situação de risco.
- Disponibilizar linha telefônica SOS 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 conseqüências.
- 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, estaduais e municipais; organizações sociais e movimentos populares; universidades e demais instituições de ensino e pesquisa; 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 do Programa de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial.
- Discutir o papel das equipes do PSF 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; dentre 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, estaduais e municipais; 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 seqüelas 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 vitimas 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 especificas 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 (UBS, equipes, ambulatórios de referência, CAPS, CAPS AD e CAPS I, hospitais, hospitais psiquiátricos, entre outros), de acordo com o perfil de necessidade para o adequado atendimento as vitimas 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 vitimas 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 seqüelas conseqüência 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

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE	Hospital Especializado (referência para assistência e reabilitação); Hospital Geral; Pronto Socorro (unidade de emergência, UTI, centro cirúrgico 24 horas); Ambulatório de referência para reabilitação	MACRORREGIÃO
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	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	MICRORREGIÃO
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	CAPS, CAPS I e CAPS AD Pronto Atendimento, Unidade 24 horas e Pronto Socorro BS/ Unidade de Saúde 24 horas e Pronto Atendimento ACS	MUNICÍPIO ÁREA DE ABRANGÊNCIA MICRO-ÁREA

As ações de Promoção e Prevenção à Saúde constantes da Rede de Atenção estão descritas no item 2 deste documento.

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

COMPETÊNCIAS DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO POR AREA DE ATUAÇÃO

AÇÕES DE ASSISTÊNCIA	1. Organizar a rede de atenção à saúde: - Definir as responsabilidades na assistência de cada ponto de atenção na rede – UBS, SF, 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; 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); 3. Identificar serviços para tratamento dos autores de violência; 4. Estabelecer comunicação com os órgãos de policia e segurança pública; 5. Definir serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive a integração dos serviços de saúde e segurança pública; 6. Capacitar permanentemente os profissionais de saúde, profissionais que atuam na segurança pública, professores, educadores, líderes comunitários, para as questões de gênero, raça ou etnia, e os determinantes da violência; 7. Estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação do perfil da violência que são atendidos nos serviços de saúde; 8. Definir ações de acompanhamento das vitimas da violência, e dos autores de violência.

AÇÕES DE REABILITAÇÃO	1. Estabelecer as competências de cada ponto de atenção nas ações de reabilitação das pessoas vitimas de violência; 2. Implantar protocolos de atendimento para a reabilitação física, psicológica, laboral, social; 3. Identificar seqüelas e ou incapacidades nas vítimas; 4. Identificar serviços de referência para reabilitação física e social e apoio na reinserção das vitimas e dos autores de violência; 5. Estabelecer parcerias com outros setores para o encaminhamento de situações de exclusão social; 6. Criar mecanismos de articulação entre os serviços específicos para informação, orientação e assessoramento das vítimas da violência nos envolvidos com questões de natureza criminal, civil, familiar ou constitucional; 7. Possibilitar a imediata internação hospitalar, tratamento, medicamentos, próteses ou outros recursos médicos essenciais à reabilitação das vítimas; 8. Elaborar em parceria com outros órgãos estratégias de proteção às vítimas para educar a população em condutas de prevenção à vitimização e cumprir seu papel de contribuir para a investigação e a responsabilidade de atos criminosos; 9. Garantir assistência psicológica às vítimas de crimes violentos e aos seus familiares. Especialmente nos casos de estupro, abuso sexual e crimes conexos.

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.

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

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 no sentido de 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 1996/MS, 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, através 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 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:

a) Inclusão do tema na pauta do Grupo de Trabalho de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da CT/CIT, visando agendamento do tema nos programas da área em desenvolvimento no âmbito do SUS.

b) 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.
c) Inclusão do tema na reunião do CONASEMS com os COSEMS (CONARES) para sensibilizar no sentido dos Projetos de Educação Permanente contemplarem a violência, respeitadas as realidades microrregionais.
d) Realização de oficina de trabalho para aprofundar a análise das estratégias de educação à distância, na lógica de formação de tutores e conseqüente multiplicação.
e) 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.
f) A partir da Câmara Interministerial de Educação em Saúde, aprofundar o grave problema de oferta insuficiente de algumas especialidades vitais no atendimento terciário às vitimas de grandes violências traumáticas.

Propostas

Promover a capacitação das equipes do Programa de 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, através 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 através de ampla discussão de idéias, fatos estatísticos e planejamento; Formação e capacitação de pessoal:

- Pós graduação
- Curso de atualização
- Mestrado
- Doutorado
- Formação 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 Estaduais e Municipais de Assistência Social, OPAS, 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. 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 - avaliando as metodologias de intervenção já existentes a exemplo de escolas promotoras de saúde, no sentido de avaliar 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 24/2004, – violência, acidentes e trauma promovido pelo DECIT/MS durante a 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 conseqüências 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 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, 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 conseqüências 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 ONG's ou no financiamento das pesquisas. Os diversos órgãos do Ministério da Saúde, em especial aqueles vinculados à pesquisa e aqueles 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 CAPES podem dar outra feição a um programa permanente de pesquisa sobre a violência.

Finalmente qualquer estratégia relativa à pesquisa e à investigação, que produz novos conhecimentos sobre a realidade, deve contemplar a divulgação dos resultados, não apenas no meio acadêmico, nos congressos e revistas cientificas, mas principalmente junto à sociedade. Mostras, feiras cientificas, 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, 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 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 Nacional de Trânsito e do Estatuto do Desarmamento já produziu de forma concreta uma modificação nas estatísticas.

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 discreta diminuição em 2006, quando a taxa foi de 18,7 óbitos por 100.000 habitantes.

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, dentre 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.

Proposta

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, dentre 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 r**ealização 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, dentre 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 taxação 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. Dentre 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 11.705 de 19/06/08 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 Nacional de Trânsito), 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, seja 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 8069 de 13 de julho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e cita em seu artigo 5º. 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 freqüência, 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, seqüestro e agressão.

A Lei 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 11.340 de 07 de agosto de 2006 que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, chamada de Lei Ma-

ria 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 vitima 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 freqüente dos serviços de saúde (OLIVEIRA E SCHRAIBER,1999). 15

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.

V. CONCLUSÃO

Este documento traz um conjunto de propostas para atuação do setor saúde no enfrentamento da violência, baseadas em um processo de discussão bastante amplo, que procurou considerar as experiências em curso em diversos estados e municípios brasileiros, experiências internacionais, como as que vêm sendo desenvolvidas no Canadá e Colômbia e ao mesmo tempo incorporar as contribuições dos diversos pesquisadores e profissionais que participaram dos seminários regionais, seminário nacional e em oficina de trabalho que contou com a participação da equipe de assessores técnicos do CONASS e representantes do Ministério da Saúde, OPAS e Conasems.

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VIOLÊNCIA
uma epidemia silenciosa

Este conjunto de propostas está aberto a sugestões para seu aprimoramento, uma vez que deverá ainda ser levado à discussão e pactuação tripartite e à apreciação do Conselho Nacional de Saúde. Temos, porém a responsabilidade de transformá-lo em ações concretas, bem como viabilizar seu adequado financiamento, uma vez que vem de encontro a uma demanda de toda a sociedade brasileira.

Os resultados das diversas ações propostas (como as que envolvem a atenção à primeira infância) virão somente a 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.

ANEXO I
SEMINÁRIOS "VIOLÊNCIA: UMA EPIDEMIA SILENCIOSA"
SÍNTES DAS DISCUSSÕES OCORRIDAS NOS SEMINÁRIOS REGIONAIS E SEMINÁRIO NACIONAL

SEMINÁRIOS REGIONAIS

Seminário da Região Sul

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

Foram apresentadas 20 experiências de secretarias estaduais e municipais de saúde, sendo dez do estado do Paraná, duas de Santa Catarina e oito do Rio Grande do Sul. As experiências abordaram, de uma maneira geral, os diversos eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência interpessoal (agressões/homicídios);

violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

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

Seminário da Região Centro-Oeste

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

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

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

Seminário da Região Norte

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

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

Os debates enfocaram a capacitação dos agentes comunitários de saúde para a notificação a ações contra exploração do trabalho infantil, a importância da parceria entre os governos estaduais e municipais e a necessidades de incluir na discussão a vio-

lência praticada contra profissionais da saúde. Em relação à cooperação internacional no desenvolvimento dos projetos, a Universidade Federal do Amazonas referiu a participação da Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica), que financia alguns projetos, e Rondônia, com vários projetos financiados por ONG internacionais e nacionais. Foram identificadas como facilidades para o desenvolvimento dos projetos a participação e o envolvimento das entidades envolvidas e da sociedade civil, e a sensibilidade dos gestores, tanto estaduais quanto municipais ao problema. Como principais dificuldades foram citadas a burocracia, a escassez de recursos humanos e financeiros – que impedem a implantação e a ampliação dos projetos – e a lentidão da resposta das ações que estão sendo implantadas.

Seminário da Região Nordeste

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

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

Nos debates foram esclarecidas dúvidas referentes às experiências apresentadas e discutidas as dificuldades geradas pelas várias fichas de notificação existentes e a necessidade de criar mecanismos para a padronização de informação e compatibilização

dos diversos bancos de dados, bem como a ausência de financiamento específico para a implantação de ações de prevenção e de enfrentamento da violência. Foram abordadas ainda, a necessidade de se intensificar as ações de prevenção da violência contra os idosos e contra os trabalhadores e a importância das escolas promotoras de saúde na promoção da cultura da paz.

Seminário da Região Sudeste

O Seminário Violência: uma epidemia silenciosa na Região Sudeste ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, nos dias 28 e 29 de fevereiro de 2008. Com 200 participantes dos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, o seminário foi aberto pelo Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e vice-presidente do CONASS Região Sudeste, Sérgio Cortês, e pelo secretário estadual de Segurança Pública do Rio de Janeiro, José Mariano Beltrame. Contou ainda com a participação do presidente do CONASS, Osmar Terra, do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Luís Roberto Barradas Barata, da coordenadora - geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, Deborah Malta, do representante do Cosems do Rio de Janeiro, Valter Lavinas, e do assessor em Promoção da Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), Fernando Rocabado.

Foram apresentadas 28 experiências estaduais, municipais e de universidades, sendo 1 do Espírito Santo, 5 de Minas Gerais, 6 do Rio de Janeiro e 16 de São Paulo. As experiências abordaram, de maneira geral, todos os eixos propostos para discussão: violência auto-infligida/suicídios; violência interpessoal (agressões/homicídios); violência interpessoal (doméstica ou comunitária) envolvendo gênero (contra a mulher) e grupos etários mais vulneráveis (criança, adolescente, idoso); violência/acidentes no trânsito e violência no trabalho.

Os debates tiveram como foco o papel das Secretarias Estaduais de Saúde como indutoras e articuladoras; o cruzamento de dados entre os serviços de saúde e o Conselho Tutelar, o Conselho da Mulher e o do Idoso; os fatores que têm levado à grande diminuição da violência no estado de São Paulo (a política de desarmamento, as políticas de segurança pública; a lei seca implantada em muitos municípios; o uso de cinto de segurança e o uso de capacete por motociclistas, entre outros).

SEMINÁRIO NACIONAL

Durante os dias 29 e 30 de abril, Porto Alegre sediou o Seminário Nacional Violência: uma epidemia silenciosa, que contou com a participação de mais de 1500 pessoas, reunidas 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 violência. A Conferência Magna, proferida pelos Profs. Richard Tremblay e Sylvana Cote, da Universidade de Montreal/Canadá, teve como tema as "Trajetórias de agressão física na infância: fatores de risco e programas de prevenção".

O evento recebeu em sua abertura autoridades com o ministro da Saúde, José Gomes Temporão e a governadora do estado Yeda Crusius. Participaram também o representante da Unesco no Brasil, Vicent Defourny; representando a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) Alberto Concha; o representante do Escritório das Nações Unidas contra Crime e Drogas (UNODC), Giovani Quaglia; o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior; e o representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Francisco Cardoso.

Na abertura do seminário, o presidente do CONASS, Osmar Terra, destacou o apoio do Ministério da Saúde para promover a mobilização em torno do tema violência o que, segundo Terra, "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", disse.

Para o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, 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, para que sejam eficazes, possam partir da reflexão sobre a realidade, por mais violenta e agressiva que seja", defendeu.

A governadora do Rio Grande do Sul, Yeda Crusius, disse 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".

O presidente do CONASS Dr. Osmar Terra abriu o evento citando a frase da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (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 educação, segurança e diversos outros setores a fim de construir políticas adequadas", argumentou. Osmar Terra defendeu ainda que o setor tem como aliada na prevenção e no combate à violência a rede formada pelo trabalhadores do SUS, como o Programa Saúde da Família (PSF).

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão ratificou a fala do presidente do CONASS, Osmar Terra, 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 dos Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários da Saúde (ACS) e com políticas como a que existe no Rio Grande do Sul – o Programa Primeira Infância Melhor – que orienta as famílias para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças", disse.

Os temas que compuseram o primeiro dia do evento foram:

- "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 Quebéc; 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, Sér-

gio 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 Saúde da Família para o enfrentamento da violência", pelo médico psiquiatra da SES/SC, Alan Índio Serrano.

O segundo dia do seminário começou com a "Troca de experiências para o enfrentamento da violência como um problema de saúde pública", com a apresentação através de pôsteres das experiências apresentadas oralmente durante os seminários regionais. 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 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.