

SUS Painel

de indicadores do SUS Nº 5

Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS



Temático

Prevenção de Violências e Cultura de Paz

V. III



Brasília - DF
Novembro de 2008

© 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar
CEP: 70058-900 Brasília-DF
E-meio: gestaoparticipativa@saude.gov.br
www.saude.gov.br

Editor Geral
Antônio Alves de Souza (SGEP/MS)

Editor Executivo
André Luis Bonifácio de Carvalho - Demags/SGEP/MS

Coordenação
Kátia Cristina de Oliveira - Demags/SGEP/MS

Editores Associados
Ademar Paulo Gregório (Doges/SGEP/MS)
Ana Maria Costa (Dagep/SGEP/MS)
Carlos Saraiva e Saraiva (Doges/SGEP/MS)
Cheila Marina de Lima (CGDANT/Dasis/SVS/MS)
Deborah Carvalho Malta (CGDANT/Dasis/SVS)
Gustavo Bergonzoli (OPAS-OMS)
Isabel Maria Vilas Boas Senra (Demags/SGEP/MS)
Jacinta de Fátima Senna da Silva (Dagep/SGEP/MS)
José Ivo dos Santos Pedrosa (Dagep/SGEP/MS)
José Luis Riani Costa (Doges/SGEP/MS)
Lívio Oliveira Adelino de Lima (Demags/SGEP/MS)
Márcia Cristina Marques Pinheiro (OPAS-OMS)
Marta Maria Alves da Silva (CGDANT/Dasis/SVS)
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho (CGDANT/Dasis/SVS/MS)
Nádia Maria da Silva Machado (Demags/SGEP/MS)
Otaliba Libânio de Moraes Neto (Dasis/SVS/MS)

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização
Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil

B795p

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura
de Paz III. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
60 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS, 5)

ISBN 978-85-87943-77-4

1. Indicadores Básicos de Saúde - Brasil. 2. Sistemas de Saúde.
3. Violência - Prevenção. 4. Cultura. 5. Paz I. Organização Pan-Americana
da Saúde. II. Título

NLM: WA 100

Tiragem: 70.000 exemplares

Impresso no Brasil / Printed in Brazil / Impreso en Brasil

ISBN 978-85-87943-77-4

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS/OMS
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70000-400 Brasília-DF
www.opas.org.br

Concepção Editorial
José Luiz Riani Costa e João Palma

Edição de Texto, Projeto Gráfico, Capa e Ilustrações
Gyl Munhoz

Consultores e Colaboradores
Abigail Reis (Dagep/SGEP/MS)
Adauto Martins Soares Filho (CGIAE/Dasis/SVS/MS)
Alexandro Dias (CGDANT/Dasis/SVS/MS)
Aline Bressan (CGDANT/Dasis/SVS/MS)
Célio da Silva Pereira (Demags/SGEP/MS)
Déo Costa Ramos (Demags/SGEP/MS)
Eduardo Marques Macário (CGDANT/Dasis/SVS/MS)
Esdras Daniel dos Santos Pereira (Dagep/SGEP/MS)
Fátima Cristina C. Maia Silva (Dagep/SGEP/MS)
Gerlaine Torres Martini (Dagep/SGEP/MS)
Gilmara Lúcia dos Santos (Dagep/SGEP/MS)
Giovanna Quaglia (Saúde Mental/Dape/SAS/MS)
Gisella Garritano (Dagep/SGEP/MS)
Leticia Toledo do Amaral (Dagep/SGEP/MS)
Luciana Boeira (Dagep/SGEP/MS)
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha (CGDANT/Dasis/SVS/MS)
Magno Luis Medeiros da Silva (Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia/UFGO)
Marco Fernando Ottoline de Oliveira (Demags/SGEP/MS)
Marden Marques Soares Filho (Dagep/SGEP/MS)
Maria da Glória Campos (Dagep/SGEP/MS)
Maria da Paz Cintra (Dagep/SGEP/MS)
Marli de Mesquita Silva Montenegro (CGIAE/Dasis/SVS/MS)
Milena Leal Pacheco (Saúde Mental/Dape/SAS/MS)
Nara Fagundes Comeia (Dagep/SGEP/MS)
Oswaldo Peralta Bonetti (Dagep/SGEP/MS)
Patrícia Pol Costa (Demags/SGEP/MS)
Priscila Andrade da Silva (Demags/SGEP/MS)
Regina Célia Paz da Silva Ramos (Dagep/SGEP/MS)
Renata Barbosa (Demags/SGEP/MS)
Rosane Aparecida Monteiro (USP/Ribeirão Preto-SP)
Rurany Ester Silva (Dasis/SVS/MS)
Sérgio Ricardo Schierhot (Demags/SGEP/MS)
Valter Chaves Costa (CGDANT/Dasis/SVS/MS)

Agradecimentos

Aos gestores(as), trabalhadores(as) das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, usuários(as) do SUS, instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais, outras instituições e setores do governo que trabalham na construção de um mundo com menos violência, mais justiça e paz.

A Sabrina Soneghet Baiocco Silva, pelo apoio.

E a Edite Damásio da Silva, pelo carinho e empenho.

Titulos para indexação:

Em inglês, *Thematic Panel: Violence Prevention and Culture of Peace*

Em espanhol, *Panel Temático: Prevención de Violencia y Cultura de Paz*

SUS Painel

de indicadores do SUS N° 5

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

S

Temático

Prevenção de Violências e Cultura de Paz

V. III

O **Painel de Indicadores do SUS** é distribuído gratuitamente.

Para recebê-lo, escreva ao

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar, Salas 412 a 414

70058-900 Brasília-DF

gestaoparticipativa@saude.gov.br

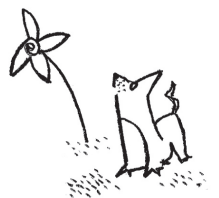
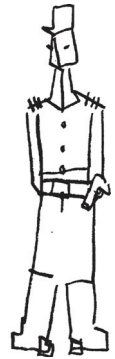
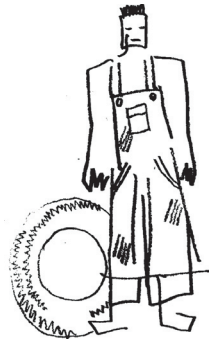
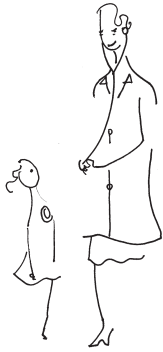
Ou à

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

SEN, Lote 19

70800-400 Brasília-DF

Caixa Postal: 08729



SUMÁRIO

- 4 APRESENTAÇÕES**
- 6 EDITORIAIS**
- 9 PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL**
- 10 VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**
- 12 VIGILÂNCIA DE CAUSAS EXTERNAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES**
- 14 VIOLÊNCIA E GÊNERO**
- 15 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**
- 18 VIOLÊNCIA SEXUAL**
- 20 POPULAÇÃO NEGRA, VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIAS**
- 22 VIOLÊNCIA POR HOMOFOBIA, LESBOFOBIA E TRANSFOBIA**
- 24 MORTALIDADE POR AGRESSÕES E HOMICÍDIOS**
- 27 SUICÍDIO**
- 30 LINHA DO TEMPO**
- 32 VIOLÊNCIA POR CICLOS DE VIDA**
- 36 VIOLÊNCIA E TRÂNSITO**
- 38 VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS**
- 40 VIOLÊNCIA E TRABALHO**
- 41 TRÁFICO DE PESSOAS**
- 42 MÍDIA E BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA**
- 43 CULTURA DE PAZ**
- 44 ENFRENTAMENTO DE VIOLÊNCIAS E AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 20 ANOS DO SUS**
- 49 21 DESAFIOS PARA O SÉCULO XXI**
- 50 CONASS**
- 52 OPAS-OMS E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS**
- 54 SGEP**
- 55 METAS DO MILÊNIO**
- 56 NA INTERNET**
- 58 PUBLICAÇÕES**
- 60 SIGLÁRIO**

APRESENTAÇÕES

As principais prioridades de saúde são determinadas pelas condições de vida da população, ligadas à situação social e econômica, razão porque o combate à pobreza constitui o primeiro objetivo de desenvolvimento do milênio. A concentração das populações e a conseqüente urbanização agregam novos problemas ao setor Saúde, decorrentes da violência e acidentes de trânsito, por exemplo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), desde o ano de 1993, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem na violência um problema de Saúde Pública. Embora o crescimento avassalador dos índices de violência adquira características de epidemia, saúde e violência relacionam-se de formas, ainda hoje, pouco exploradas.

O aumento das manifestações violentas nas Américas, o aparecimento de formas modernas e modernizadas de fazer violência e a mudança na percepção da população provocam efeitos sociais e no desenvolvimento de uma nação. Por essas razões, o estudo e a intervenção sobre os determinantes sociais da violência são prioridades para a Organização Pan-Americana da Saúde, com a finalidade de diminuir as iniquidades em saúde derivadas dos comportamentos violentos.

A OPAS-OMS contribui ao enfoque de estudo do tema e busca soluções para o problema da violência com base em evidências científicas, historicamente aplicadas à solução de outras questões de Saúde Pública. De tal forma, a Saúde deve assumir sua responsabilidade na abordagem da violência a partir do tratamento apropriado das vítimas, da geração de informação de qualidade, até a liderança, facilitação e participação com outros setores da sociedade na definição e execução de políticas públicas integradas de prevenção de violência, promoção da saúde e de uma cultura pela paz e pela vida. As ações de promoção da saúde são princípios fundamentais de uma política eficaz de Saúde Pública, alinhada com o Programa 'Mais Saúde: Direito de Todos', o Pacto pela Vida e as Metas do Milênio.

Com a publicação deste *Painel de Indicadores do SUS – Temático 'Prevenção de Violências e Cultura de Paz'*, a Organização Pan-Americana da Saúde reitera a necessidade de se estabelecer sistemas de informações para o reconhecimento e caracterização da magnitude da violência, expressa de distintas formas, e apóia iniciativas de facilitação e acesso a essas informações. Este trabalho ilumina, traz subsídios e reafirma sua missão de instrumento de informação e controle social no enfrentamento e inversão de um quadro perverso, que vem se desenhando até aqui e cabe a cada um de nós reverter.

Diego Victoria Mejía

Representante da OPAS/OMS no Brasil



O Ministério da Saúde lança a quinta edição do *Painel de Indicadores do SUS*, dedicada a um tema de grande relevância para a Saúde Pública: a prevenção de violências e a cultura de paz. Esta nova publicação é especial não só por traçar um perfil das diversas formas de violência no país e reconhecer os impactos dos acidentes nos atendimentos hospitalares, mas, principalmente, por apontar os caminhos necessários para o enfrentamento da chamada “epidemia silenciosa”.

Como o leitor(a) poderá apreender da leitura deste exemplar do mais recente *Painel do SUS*, durante os 20 anos de existência do Sistema Único de Saúde, suas metas foram alcançadas graças ao somatório de estratégias inovadoras e à parceria entre gestores e cidadãos, que, em duas décadas, caminharam conosco lado a lado na construção de um país mais justo e igualitário.

A maturidade que atingimos em relação ao conceito de Saúde no Brasil permite-nos observar que o tema violências-acidentes passou a ser compreendido como um problema descentralizado, que necessita o apoio de diversas frentes – profissionais da área, iniciativa privada, organizações não governamentais/sociedade civil organizada e meios de comunicação de massa.

Sabemos da complexidade desse novo fenômeno, enraizado na sociedade contemporânea e pautado nas diferenças entre as relações humanas. Temos diante de nós um desafio coletivo, motivo porque neste documento, a Saúde é entendida de maneira ampliada, essencial para a qualidade de vida e resultante do acesso das pessoas e da coletividade às políticas, bens e serviços sociais.

O direito à Saúde no Brasil é uma garantia prevista na Constituição de 1988, fruto do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, então firme em sua atuação sobre as discussões e decisões históricas da Assembléia Nacional Constituinte. Já percorremos uma longa jornada. Este é o momento, mais que nunca, de reforçar essa corrente, capaz de vencer o medo e superar as inquietações, e podermos comemorar futuras conquistas.

Boa leitura a todos!

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde



EDITORIAIS

O ano de 2008 apresenta-se, para o Ministério da Saúde e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), de extrema importância. Nele se comemoram 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), cinco anos da SVS/MS, a 8ª edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – EXPOEPI –, 18 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e 60 anos do Estatuto dos Direitos Humanos. Como parte das comemorações referentes a essas datas, está a publicação do *Painel de Indicadores do SUS Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz*, cujo tema foi escolhido em função da violência haver se tornado um dos maiores problemas de Saúde Pública no Brasil, e no mundo.

O aniversário dos cinco anos da Secretaria de Vigilância em Saúde é marcado pelo advento de novos desafios para a instituição. À vigilância de agravos transmissíveis agregam-se novos temas relevantes, como a vigilância epidemiológica de doenças não transmissíveis, os acidentes e violências, a vigilância ambiental e de saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde da população e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, resultado das atuais transformações na sociedade contemporânea e da transição epidemiológica.

O tema da violência assume grande importância para a Saúde Pública em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva. As violências e os acidentes têm induzido um grande incremento na morbimortalidade, notadamente nos últimos anos. Sua presença, cada vez maior, tem contribuído para a diminuição da expectativa e qualidade de vida, principalmente dos adolescentes e jovens, além do aumento dos cuidados e custos decorrentes para a Saúde e a Previdência, o absenteísmo no trabalho e na escola e a desestruturação familiar e pessoal.

As causas desse fenômeno, múltiplas e complexas, relacionadas a determinantes sociais e econômicos, têm sido responsáveis por toda uma transformação nos hábitos e comportamentos das pessoas e na organização e arquitetura dos lotes urbanos, seus muros altos e cercas elétricas. Vive-se na sociedade do medo e da privação do convívio social, em que as pessoas se isolam.

O Ministério da Saúde, com a implementação de políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelece prioridades de ação com poder de impacto sobre as situações diagnosticadas de agravos à saúde indesejáveis ao desenvolvimento humano. Destaca-se a aprovação da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências em 2001 e a estruturação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em 2004. Esta Rede encontra-se consolidada em 211 Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006.

A quinta edição do *Painel de Indicadores do SUS* reconhece e apresenta esses avanços, os momentos da trajetória de construção das políticas públicas e os processos históricos que deram concretude à Política Nacional de Enfretamento das Violências, além de uma análise de situação de saúde focada no tema Acidentes e Violências. Ela só foi possível graças à feliz parceria da SVS/MS, e sua área técnica de vigilância e prevenção de violências e acidentes da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT)/Departamento de Análise de Situação em Saúde (Dasis), com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e seu Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags). Também se associam a este projeto a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Aqui foram retratadas, de forma objetiva, a situação e as diversas formas como as violências se manifestam em nosso cotidiano, pelo olhar da saúde. Identificam-se, ainda, as inúmeras estratégias, programas e projetos construídos de vigilância e prevenção de violências, avanços e fragilidades ainda existentes. A publicação fornece subsídios para a implantação e implementação de políticas públicas integradas, intersetoriais, saudáveis e sustentáveis.

Meu convite solidário a esta leitura dirige-se aos gestores(as), trabalhadores(as), usuários(as), membros de organizações governamentais e não governamentais, de instituições formadoras e organismos internacionais que buscam alternativas capazes de prevenir, minimizar e enfrentar as diversas violências e favorecer a promoção da saúde e da cultura de paz na sociedade brasileira.

Gerson Oliveira Penna
Secretário da SVS



Reconhecer a violência como questão de Saúde Pública é mais que um avanço para o país. É sinal de que estamos atentos a uma problemática enraizada na sociedade contemporânea, pautada na complexidade das relações humanas.

A tríade saúde-paz-cidadania exige um olhar preciso, além das abordagens interdisciplinares e intersetoriais, que passa, principalmente, pelo interesse em facilitar a inclusão dos brasileiros na definição e implementação de políticas públicas.

Em mais uma edição do *Painel de Indicadores do SUS*, o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), preocupa-se não só em diagnosticar e retratar a atual situação enfrentada pelas vítimas das diversas formas de violência – moral, sexual, doméstica, trânsito e outras. Ele também se prontifica em criar e reforçar estratégias voltadas ao enfrentamento desse grave problema.

O presente trabalho foi elaborado em conjunto com a Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS), sua Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) e sua Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE). Teve como parceiros a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Diversos temas aqui reunidos, em recortes por assuntos de interesse para a prevenção da violência, promoção da saúde e da cultura de paz, envolvem questões de gênero, raça/cor, ciclos de vida e tantos outros, em uma abordagem dinâmica que deixa patente o importante papel do setor Saúde na prevenção da violência e na garantia dos direitos humanos.

Os dados apresentados revelam, sobremaneira, o surpreendente impacto da violência nos custos do Sistema Único de Saúde, o SUS. Segundo estimativa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Ipea/MPOG), o somatório desses gastos chegou a 90 bilhões de reais em 2004, 5% do PIB brasileiro.

A despeito da vultosa quantia despendida, mais preocupante é o sofrimento das vítimas e suas famílias pelo impacto emocional que uma situação de violência pode causar.

Programas e ações voltados ao espaço das escolas, mapeamento dos riscos nas comunidades, estruturação dos serviços de saúde, estímulo a práticas que ampliem e qualifiquem a notificação desse agravo e garantia de aplicação da lei são capazes de romper o muro do preconceito e avançar rumo ao enfrentamento da violência e à promoção da cultura de paz.

Por vislumbrar dias melhores, o *Painel de Indicadores do SUS* apresenta-se não apenas como um instrumento para relatar experiências bem-sucedidas, identificar avanços nas ações para conter a violência e compreender seus determinantes mas, acima de tudo, para contribuir à mais ampla discussão, entre todos que militam nos espaços de construção das políticas públicas, sobre um tema de tamanha relevância, especialmente no atual momento histórico do país.

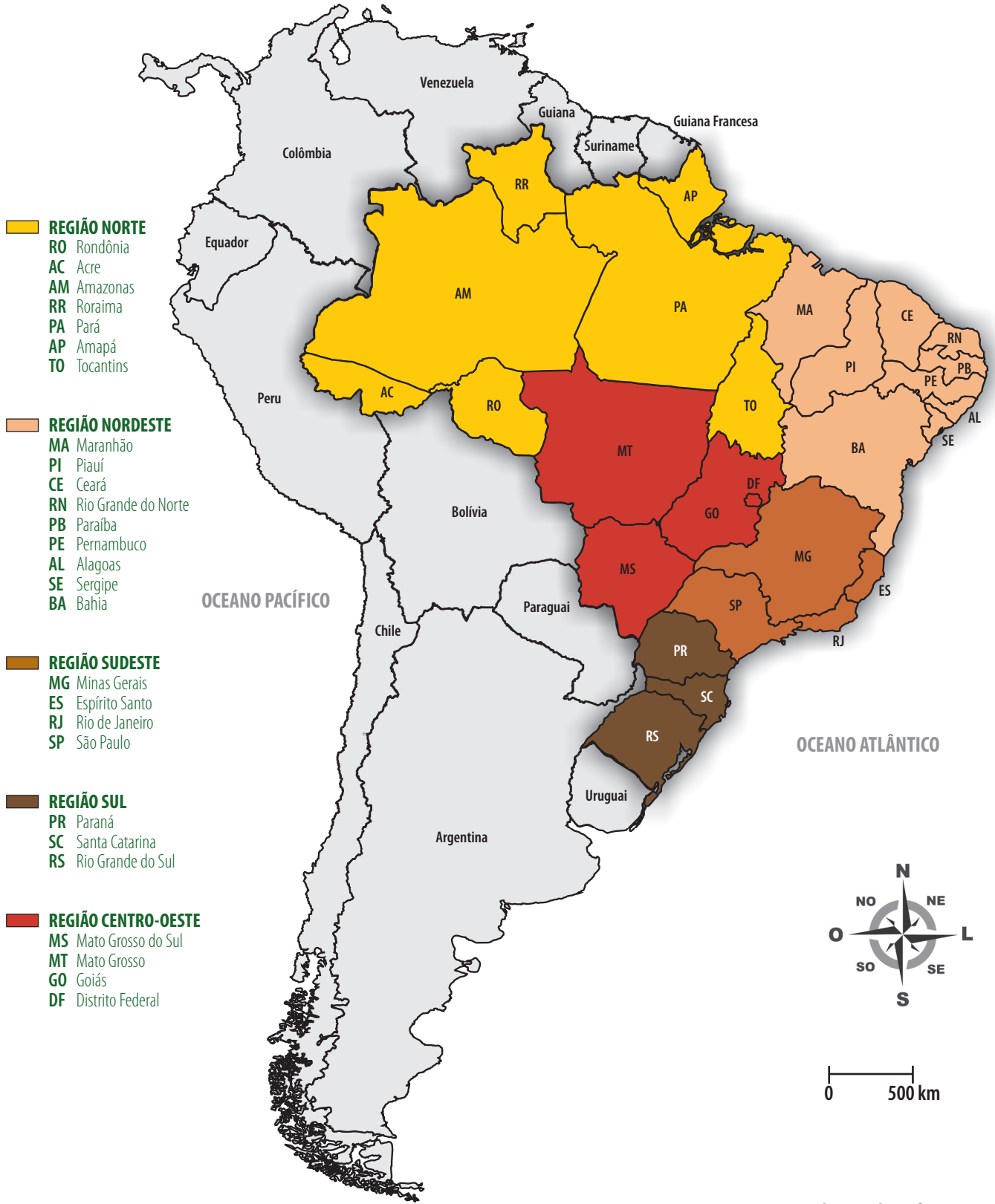
Com esta edição do *Painel*, o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde (Demags/SGEP/MS) dá mais um passo em sua missão de reafirmar e consolidar os princípios da Reforma Sanitária, na equidade, integralidade e universalidade do SUS, sem jamais deixar de apoiar – e reforçar – os mecanismos constituídos de participação popular e controle social.

Para tanto, é mister a união e colaboração de todos, cidadãos e cidadãs, no caminho da construção de um Brasil com menos violência, mais qualidade de vida e solidariedade.

Juntos, por uma cultura de paz!

Antônio Alves de Souza
Secretário da SGEP



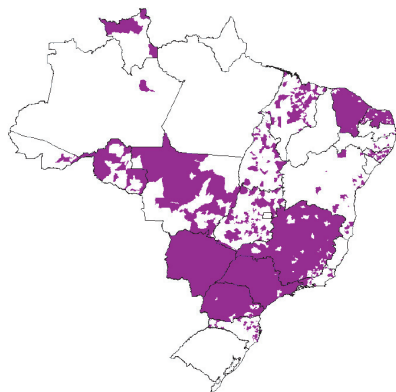


Este mapa orienta a leitura das informações por Estados e Regiões.



PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL

Adesão municipal ao Pacto pela Saúde



Regiões	Unidade federada	%
NORTE	AC	14
	AM	2
	AP	0
	PA	0
	RO	60
	RR	33
	TO	28
NORDESTE	AL	42
	BA	5
	CE	95
	MA	37
	PB	1
	PE	3
	PI	0
	RN	84
	SE	0
SUDESTE	ES	1
	MG	92
	RJ	26
	SP	100
SUL	PR	97
	RS	0
	SC	22
CENTRO-OESTE	DF	-
	GO	24
	MS	100
	MT	52

Fonte: ST-CIT/DAD/SE/MS - 28.08.98

Você Sabia?

- O Ministério da Saúde teve seu 'Termo de Compromisso de Gestão' aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS) na reunião do dia 9 de fevereiro de 2006. Sua homologação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aconteceu em 30 de agosto de 2006. Em dois anos, já são 25 os Estados (93%) e 2.749 os Municípios (49,4%) que aderiram ao Pacto pela Saúde.

O **Pacto pela Saúde** redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. Ele está constituído por três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão.

O **Pacto pela Vida** reúne um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde e das prioridades pactuadas pelos gestores do SUS.

O **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas e o controle social, com o propósito de reforçar o SUS enquanto política de Estado.

O **Pacto de Gestão**, por sua vez, estabelece as responsabilidades de cada ente federado, inscritas no Termo de Compromisso de Gestão, que deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Biparte (CIB) e homologado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), formalizando a adesão dos Municípios, Estados e Ministério da Saúde.

O regulamento do **Pacto pela Saúde** estabelece o dever dos gestores de avaliar sua implementação com vistas à revisão de seus objetivos, metas e indicadores. É fundamental a participação dos Conselhos de Saúde na implementação desse processo.

No tocante ao tema deste Painel de Indicadores do SUS, prevenção de violências e cultura de paz, o Pacto pela Saúde destaca a responsabilidade, prevista no Termo de Compromisso de Gestão, da elaboração, pactuação e implantação da Política de Promoção da Saúde, considerando-se as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional, como também nas prioridades do Pacto pela Vida. Este, no ano de 2008, além de manter a prioridade **V Promoção da Saúde** e, entre seus objetivos, o de ampliar a rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS) nos Estados e Municípios brasileiros, incluiu a prioridade **X, relativa à Atenção Integral às Pessoas em Situação de Risco ou Violência**.

Esta nova prioridade tem como estratégia a implantação de redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual que contemplem crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência e com transtornos mentais, e trabalhadores, de ambos os sexos; e a ampliação da 'Ficha de Notificação-Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ ou Outras Violências'

*Participe deste Pacto.
O SUS agradece.*



VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Por que a violência tornou-se um problema de Saúde Pública?

A pesquisadora Cecília Minayo afirma: “Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de Saúde Pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde:

- provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e
- evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos” (Minayo, 2006).

A partir dessas questões, a temática das violências e dos acidentes entrou na agenda do setor Saúde como um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou que “em todo o mundo, a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de Saúde Pública”.

Enquanto problema de Saúde Pública, as violências e os acidentes expressam-se com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e qualidade de vida de adolescentes, jovens e adultos.

O fenômeno possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos: desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e cultura, como o machismo, o racismo e a homofobia.

A violência é responsável por toda uma transformação nos hábitos e comportamentos sociais, na organização e arquitetura das cidades. São cada vez mais cercas elétricas, muros altos e segurança privada com que a sociedade atual vive para se proteger, sob o domínio do medo, e as pessoas, isoladas e privadas de seu direito de ir e vir.

No passado, a violência urbana era observada, principalmente, nas capitais, Regiões Metropolitanas e grandes Municípios. Hoje, modificações em sua dinâmica refletem-se no fenômeno de sua “interiorização”: reproduz-se, no interior do país, a violência urbana antes reconhecida exclusivamente nas metrópoles.

A violência urbana reafirma a violência doméstica; e a violência doméstica, a urbana. Nessa dinâmica complexa e multicausal, os modos de vida têm papel determinante – e condicionante – na situação da violência social.

**5% do PIB brasileiro
são gastos na
assistência às vítimas e
na reparação dos
danos causados
pelas violências.**

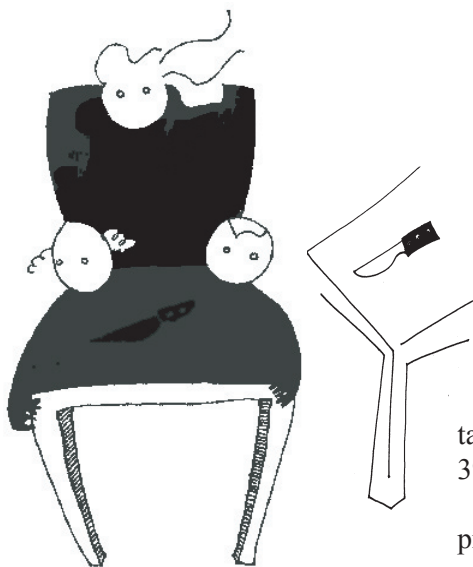
Violências e os custos econômicos

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Ipea/MPOG), o custo total com violências foi de 90 bilhões de reais no ano de 2004, o que representou 5% do PIB brasileiro.

Entre 2001 e 2003, o Ipea/MPOG quantificou os custos referentes aos acidentes de trânsito em áreas urbanas (capitais e Regiões Metropolitanas) e calculou perdas anuais da ordem de R\$5,3 bilhões. Em 2006, o Instituto demonstrou que os impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras são estimados em R\$24,6 bilhões, principalmente com as perdas de produção decorrentes da morte das pessoas ou da interrupção de suas atividades, seguidas dos custos com cuidados à saúde e associados aos veículos.

Outros custos indiretos, muitas vezes invisíveis, também acabam por promover uma desestruturação da família e da pessoa, imensurável.





As violências e acidentes causam grandes prejuízos sociais, familiares e pessoais, e econômicos.

As mortes violentas são as maiores causas de óbitos de brasileiros entre um e 39 anos de idade.

Mortes por violências – a magnitude do problema

As violências representam a 3ª causa de morte na população geral; entretanto, são as principais responsáveis pela morte dos brasileiros de um até 39 anos de idade.

Em 2006, registrou-se um total de 48.424 homicídios e 33.602 óbitos provocados pelo trânsito.

A maioria dos homicídios concentra-se na faixa etária de 20 a 29 anos, com grande impacto sobre a saúde, diminuição da qualidade e da expectativa de vida de adolescentes, jovens e adultos jovens. Esta situação é vivenciada em nosso dia-a-dia, nos casos mais cruéis e bárbaros estampados nos veículos de comunicação.

A maioria das vítimas da violência urbana (homicídios e mortes provocadas pelo trânsito) são homens, jovens, da raça negra, com pouca ou nenhuma escolaridade e baixo nível socioeconômico.

Revelando a violência doméstica e outras formas de violências

Os números de mortes por causas violentas no Brasil revelam apenas parte do problema. Apesar dos números alarmantes e dos indícios de uma situação “epidêmica” das mortes violentas, desconhecemos a verdadeira magnitude do problema.

A violência doméstica e sexual, os maus tratos que vitimam diariamente crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e outras formas de violência, a exemplo da exploração do trabalho infantil e do trabalho escravo, do tráfico de pessoas, da violência no ambiente de trabalho, da tortura e outras, ainda não são dimensionadas em sua real magnitude e gravidade.

A violência doméstica e sexual permanece “camuflada” no interior dos lares de milhões de brasileiros(as).

Os acidentes e violências podem ser prevenidos e evitados

Apesar de toda a complexidade e multicausalidade desses fenômenos, as violências e os acidentes são passíveis de serem prevenidos e evitados.

O setor Saúde, articulado com os demais setores governamentais e não governamentais participantes, como aliado do controle social da comunidade – organizada e não organizada, e setor privado – acredita no esforço integrado e orquestrado dos cidadãos e cidadãs para enfrentar as diversas formas de violência, promover a saúde e a cultura de paz. Eis o grande desafio para a construção de um mundo mais saudável, com direitos garantidos, equidade, justiça e inclusão social, cidadania e paz.

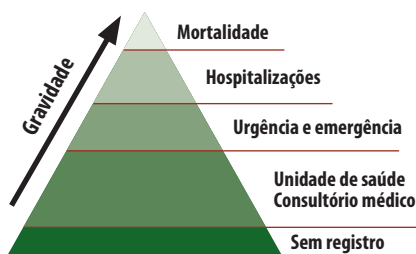


VIGILÂNCIA DE CAUSAS EXTERNAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

As causas externas são todos os acidentes e violências. No Brasil, como em vários países, estão entre os mais importantes problemas de Saúde Pública e as lesões delas decorrentes são classificadas segundo a intenção do ato.

Lesões não intencionais (acidentes), por acidente de transporte, afogamento, queda, queimadura, e outros.

Lesões intencionais (associadas à violência), por agressão, autoprovocadas, maus-tratos, negligência e abandono, e outros.



A Pirâmide das Lesões, proposta pelos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/EUA), revela a proporção de registros possíveis sobre lesões decorrentes de causas externas. No topo dessa pirâmide, está a maior gravidade de registro, a mortalidade, e abaixo dela, as hospitalizações, os atendimentos em urgência e emergência e logo, por unidades de saúde e consultórios médicos. E em sua base, os atendimentos informais, sem registro.

***O jovem do sexo masculino é a maior vítima:
80% de seus óbitos são por causas externas, das quais mais da metade são
homicídios e acidentes de transporte.***

Fontes de informações

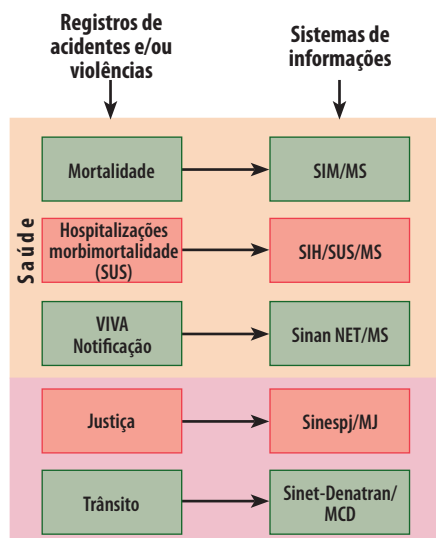
O Ministério da Saúde desenvolveu sistemas nacionais de informações que permitem a identificação dos casos de causas externas nos óbitos, na atenção hospitalar e ambulatorial e por fichas de notificação compulsória. Os dados referentes a esses sistemas estão disponíveis na internet e cada vez mais são utilizados no auxílio ao trabalho dos gestores e na melhoria da qualidade da Saúde Pública. Outros setores também cooperam no conhecimento da magnitude da ocorrência de causas externas.

Os sistemas de informações têm por objetivo subsidiar a vigilância e auxiliar na tomada de decisões.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com base em dois componentes da ação de vigilância: **vigilância contínua**, na captura de dados de violência doméstica, sexual e outras formas de violência notificadas em serviços de referência; e **vigilância pontual-inquérito**, com base em informações sobre atendimentos por acidentes e violências notificados por unidades de urgência e emergência.



FONTES DE INFORMAÇÕES	
Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde coletam as declarações de óbito (DO) dos cartórios e digitam os dados de interesse no SIM. Adota-se a causa básica de óbito para registro do tipo de causa externa, a partir da declaração do médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS	Registra todas as internações pelo SUS. Para causas externas, é a partir do diagnóstico principal que se registra a natureza da lesão e, do diagnóstico secundário, o tipo de causa externa. O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas à autorização de internação hospitalar (AIH), como identificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico principal e secundário, motivo da alta, valores pagos. Com o SIH/SUS, também é possível gerar indicadores de tempo de permanência (dias), valor total pago pela AIH, óbitos hospitalares e outros.
Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET	O Sinan NET recebe os dados-eventos de todas as doenças e agravos de notificação compulsória, incluídas algumas doenças transmissíveis como meningite, tuberculose e dengue. Em relação a causas externas, pelo sistema, notificam-se acidentes por animais peçonhentos e acidentes de trabalho. A partir de outubro de 2008, o Sinan NET também registrará a notificação e investigação compulsória das violências: violência doméstica, sexual e outras violências.
Sistema Nacional de Estatísticas de Trânsito – Sinet-Denatran/Ministério das Cidades	Este Sistema é destinado ao registro dos boletins de ocorrência (BO) de acidentes de trânsito. Ele é vinculado aos Departamentos de Trânsito (Detran) e ao Departamento Nacional de Trânsito (Denatran).
Boletins de ocorrência – BO	O BO é feito em delegacias de polícia civis e militares, nas delegacias de defesa da mulher, da criança e do adolescente e do idoso.
Portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus	Nesse portal da internet, encontra-se a base eletrônica dos sistemas desenvolvidos pelo setor Saúde (SUS). Os dados armazenados também podem ser tabulados, seja pelo TABNET (on line) ou pelo aplicativo TABWIN, disponibilizado gratuitamente pelo Datasus.



FAÇA SUA PARTE !

Denuncie casos de eventos adversos e queixas relacionadas a intoxicações e acidentes fatais ou não, associados a medicamentos, agrotóxicos, produtos de limpeza, cosméticos e alimentos pós-comercialização.

*Acesse o sistema e informe à Notivisa:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm>*

Você sabia?

- O Sistema Único de Saúde é a principal porta de entrada-atendimento dos casos de violências e acidentes: as causas externas representam 700 mil internações por ano pelo Sistema. Em 2007, esses gastos hospitalares chegaram a R\$661 milhões.

Para saber mais

Sobre o SIH/SUS, acesse:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/erdescr.htm>
 Sobre o Sinan NET, acesse:
<http://www.saude.gov.br/sinanweb>
 Sobre Sinet-Denatran, acesse:
<http://denatran.gov.br>
 Sobre o Mapa de Ocorrências, acesse:
<http://www.mj.gov.br> (Segurança Pública/Estatística)
 Sobre o Datasus, acesse:
<http://www.datasus.gov.br>



VIOLÊNCIA E GÊNERO

Analisar as desigualdades de gênero é importante para compreender como se constituem as relações entre homens e mulheres face à distribuição de poder. A constatação dessas diferenças, contudo, jamais servirá como justificativa para a violência, a exclusão e a inequidade na oferta de oportunidades no trabalho, na educação e na vida política.

As relações de gênero podem ser estudadas a partir da identidade feminina e masculina. Uma análise de gênero pode se limitar a descrever essas relações. O feminismo, entretanto, vai além, ao mostrar que essas relações são de poder e produzem injustiça.

O conceito de gênero segue em construção. A identidade sexual, antes dicotômica (masculino-feminino), ampliou-se para abranger homossexuais, lésbicas, transexuais, travestis, etc., que não se identificam como homens ou mulheres no sentido comum de gênero. Hoje, reconhece-se que o suposto sexo biológico e a identidade subjetiva nem sempre coincidem.

De modo geral, os estudos de gênero têm contribuído para mostrar e denunciar as injustiças sociais que muitas mulheres enfrentam no seu dia-a-dia.

Algumas pesquisas indicam que as mulheres são alvo de todo tipo de violência, seja ela física, simbólica ou sexual, violência doméstica ou abuso sexual, geralmente provocada por parentes ou pessoas próximas à vítima – como namorados ou ex-namorados, por exemplo.

Quando a pessoa é agredida, internaliza o medo segundo um processo educativo repressor, inibe todo tipo de iniciativa, mesmo a de denunciar o autor da agressão e buscar alternativas de mudança para sua vida, aprisionada que está em seu medo.

A ruptura com o autor de agressão leva tempo. E um intenso trabalho de regaste dos valores pessoais agredidos. A conquista de independência econômica e psicológica é um dos principais passos para a autonomia e libertação dessas pessoas do jugo da violência a que foram submetidas.

Dados da VIVA, de 27 Municípios, referentes ao período de 01/08/06 a 31/07/07, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade.

Do total de 8.918 notificações de atendimentos de violências doméstica, sexual e outras violências registradas entre agosto de 2006 e julho de 2007, 6.636,

ou seja, 74% das vítimas eram do sexo feminino. As mulheres adultas (20 a 59 anos) foram as que mais sofreram violência: 3.235 atendimentos, representando 79,9% do total de agressões. Em segundo lugar, estão as adolescentes (10 a 19 anos), vítimas de 1.847 agressões, o que corresponde a 77,9% do total de atendimentos realizado.

As mulheres idosas representam, percentualmente, a terceira faixa etária com maior número de agressões: 408 notificações, correspondendo a 65,2% do número geral de violências contra aquelas com 60 anos ou mais de idade.

Quanto às crianças, foram registrados 1.146 atendimentos de meninas, representando 59,1% do total de registros entre 0 e 9 anos de idade nas unidades de referência para violência doméstica e sexual.

O estudo também revela que, na maior parte das vezes, o agressor é um familiar ou pessoa conhecida da vítima. Quando levada em consideração a raça-cor, as maiores vítimas foram pessoas negras (cor da pele preta e parda).

Quanto às violências doméstica e sexual, boa parte das vítimas relatou ter sido agredida anteriormente, dentro de casa: 1.930 adultos (47,7%); 897 adolescentes (37,8%); 601 crianças (31%); e 245 idosos (39,1%).

São as mulheres que mais sofrem agressão, principalmente na adolescência e na vida adulta, na maioria das vezes cometida por um único indivíduo, do sexo masculino.



VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



58% das violências acontecem na residência e 31% são atos de repetição.

A ‘violência intra-familiar’ caracteriza-se pelas variadas formas de violência interpessoal: agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras. A violência doméstica pode ser praticada por um(a) ou mais autor(a) com laços de familiares, conjugais ou de parentesco, ou com vínculo afetivo em condições de relação de poder, seja real ou de ameaça. Essa relação de poder pode ser física, etária, social, psíquica, hierárquica e/ou de gênero.

A violência doméstica atinge toda e qualquer pessoa, de ambos os sexos, em qualquer idade ou fase da vida, como crianças, adolescentes, pessoas adultas e idosas.

Os dados são da VIVA (componente de vigilância contínua), cujo objetivo é conhecer melhor a magnitude e gravidade dos acidentes e violências e revelar a violência doméstica e sexual, um tema “camuflado” no ambiente privado. Essa vigilância ainda permite caracterizar informações da violência ocorrida, como local, tipo de violência, tipo de lesão, caracterização da vítima e do(a) provável autor(a) da agressão. Seu principal instrumento é a ‘Ficha de Notificação-Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências’.

Crianças

59% das crianças vítimas de violências atendidas nos serviços de referência eram do sexo feminino. A agressão sexual foi a principal causa desses atendimentos a meninas com idade entre 0 e 9 anos.

Dos 1.939 registros de violências contra crianças, 845 foram por agressões sexuais, o que representa 43,6% dos atendimentos. Depois da violência sexual, estão as agressões psicológicas (37,9%) e, em terceiro lugar, a negligência ou abandono (33%). Logo em seguida, aparecem as agressões físicas (28,5%). Ressalte-se que parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência.

43% das violências contra crianças foram praticadas pelo pai e/ou mãe.

24% das violências contra crianças foram praticadas por mães e 19% pelos pais, o que totaliza 43% de agressões praticadas por pai e/ou mãe. As agressões praticadas por amigos e/ou conhecidos ocorreram em 14% dos casos atendidos.

Caracterização das violências contra crianças (0 a 9 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (1.939)	%
Tipo de violência		
Sexual	845	44
Psicológica-moral	734	38
Negligência-abandono	640	33
Física	553	29
Financeira-patrimonial	18	1
Local da ocorrência		
Residência	1.116	58
Estabelecimento de saúde	180	9
Violência de repetição	601	31

Fonte: VIVA/SVS/MS

Descrição da relação/vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com crianças (0 a 9 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (1.939)	%
Mãe	457	24
Pai	369	19
Amigos-conhecidos	265	14

Fonte: VIVA/SVS/MS



50% das violências contra adolescentes aconteceram dentro da residência.

Adolescentes

78% dos adolescentes vítimas de violências atendidos pelos serviços de referência eram do sexo feminino.

Assim como na infância, a agressão sexual foi a principal causa de atendimento, pelos serviços de referência, de violência cometida contra adolescentes (10 aos 19 anos de idade), de acordo com os relatos registrados.

Dos 2.370 registros de violências contra adolescentes, 1.335 foram por agressões sexuais, o que representou 56,3% dos atendimentos. Depois da violência sexual, estão as agressões psicológicas (49,9%) e físicas (48,3%), seguidas de negligências ou abandono (12,6%). Parte das vítimas sofre mais de um tipo de violência.

50% das violências aconteceram na residência e 17% em vias públicas; 38% foram atos de repetição.

Caracterização das violências contra adolescentes (10 a 19 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (2.370)	%
Tipo de violência		
Sexual	1.335	56
Psicológica-moral	1.183	50
Física	1.144	48
Negligência-abandono	298	13
Financeira-patrimonial	3	1
Local da ocorrência		
Residência	1.185	50
Via pública	399	17
Violência de repetição	897	38

Fonte: VIVA/SVS/MS

21% das violências contra adolescentes foram praticados por desconhecidos, 20% por amigos e/ou conhecidos e 12% pelo pai.

Descrição da relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com adolescentes (10 a 19 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (2.370)	%
Desconhecido	482	21
Amigos-conhecidos	474	20
Pai	282	12

Fonte: VIVA/SVS/MS

Adultos, mulheres e homens

Dos 4.050 registros de violências contra mulheres e homens adultos (20 a 59 anos de idade), 80% dessas vítimas atendidas pelos serviços de referência eram do sexo feminino. Desse total, 3.063 foram por agressões físicas, o que representou 76% dos atendimentos. Depois da violência física, estão as agressões psicológica (57%) e sexual (18%), seguidas de negligência ou abandono (6%) e violência financeira ou patrimonial (3%). Parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência.

63% dessas violências aconteceram na residência e 16% em vias públicas; 48% foram atos de repetição.

Caracterização das violências contra pessoas adultas (mulheres e homens de 20 a 59 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (4.050)	%
Tipo de violência		
Física	3.063	76
Psicológica-moral	2.293	57
Sexual	729	18
Negligência-abandono	231	6
Financeira-patrimonial	107	3
Local da ocorrência		
Residência	2.543	63
Via pública	653	16
Violência de repetição	1.930	48

Fonte: VIVA/SVS/MS

Descrição da relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com pessoas adultas (20 a 59 anos de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (4.050)	%
Cônjuge	1.208	30
Desconhecido	640	16
Ex-cônjuge	436	11

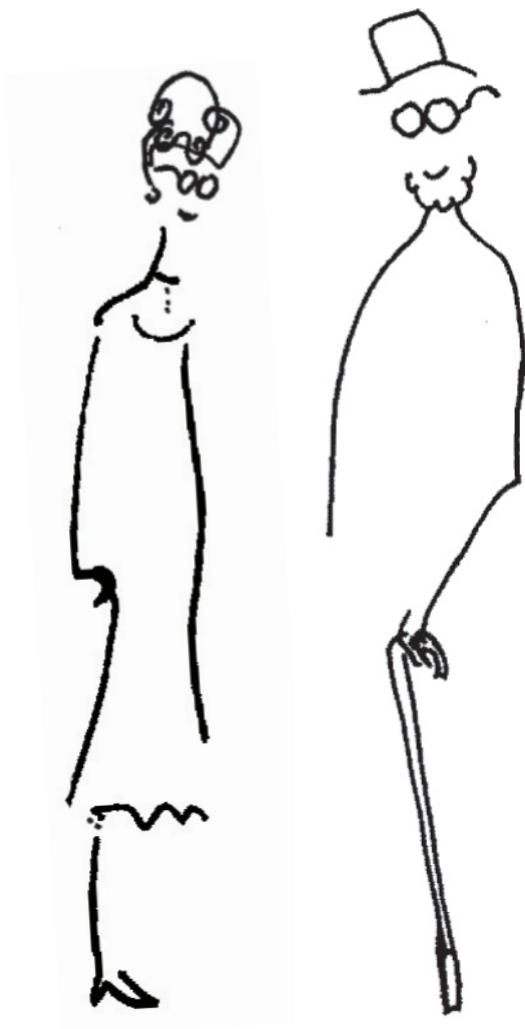
Fonte: VIVA/SVS/MS

63% das violências contra pessoas adultas ocorreram dentro da residência.

30% das violências contra pessoas adultas foram praticadas pelo cônjuge e 11% pelo ex-cônjuge.



Violência contra idosas e idosos



37% das violências contra idosas e idosos foram praticados pelo filho(a), 17% por outros parentes e 10% pelo cônjuge.

Em relação aos idosos e idosas (acima de 60 anos) vítimas de violências atendidas nos serviços de referência, 65% eram do sexo feminino.

A violência moral ou psicológica, que fere a honra ou a intimidade, foi a mais relatada por essa população (55%), seguida da física (27%), do abandono (22%) e, por último, do dano financeiro ou patrimonial (21%). A violência sexual apareceu em 4% dessas vítimas atendidas nos serviços de referência de violências.

86% dessas violências aconteceram na residência e 4% em vias públicas; 39% foram atos de repetição.

Caracterização das violências contra idosos e idosas (60 anos e mais de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Características	N (626)	%
Tipo de violência		
Psicológica-moral	347	55
Física	169	27
Negligência-abandono	136	22
Financeira-patrimonial	134	21
Sexual	23	4
Local da ocorrência		
Residência	538	86
Via pública	22	4
Violência de repetição	245	39

Fonte: VIVA/SVS/MS

Descrição da relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão contra idosos e idosas (60 anos e mais de idade) registradas pela VIVA. Brasil, 01/08/06 a 31/07/07

Relação-vínculo do(a) provável autor(a) de agressão com a vítima	N (4.050)	%
Filho(a)	232	37
Outros parentes	105	17
Cônjuge	60	10

Fonte: VIVA/SVS/MS

Você sabia?

- 37% das violências contra idosos e idosas foram praticadas pelos filhos e filhas, 17% por outros parentes e 10% pelo cônjuge.
- 20% das violências contra adolescentes foram praticadas por amigos ou conhecidos e 12% pelo pai.



VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência sexual é crime, mesmo quando exercida por um familiar ou pessoa de vínculo afetivo com a vítima, seja ela pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a) ou outro(a). É toda ação na qual uma pessoa, envolvida ou não em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra sua vontade, por meio de força física, influência psicológica ou ameaça, uso de armas ou drogas.

Assédio sexual

Insistência importuna sobre alguém, independentemente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões ou outra forma de abordagem forçada, não desejada. Constranger alguém com gestos, palavras ou emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, ascendência, superioridade hierárquica, autoridade, ou de relação com vínculo empregatício, com o objetivo de obter vantagem sexual.

Atentado violento ao pudor

“*Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal*” (Código Penal Brasileiro, Art. 214), incluídas penetração pênis-ânus, pênis-boca, toques e manipulação com ou sem objetos.

Pornografia infantil

“*Apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (Internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes*”. [Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 241, alterado pela Lei nº 10.764, de 12/11/200303].

Exploração sexual

“*São considerados exploradores o cliente que paga pelos serviços sexuais e os intermediários, seja em qualquer nível – são aqueles que induzem, facilitam, ou obrigam crianças e adolescentes a se prostituírem*” (Código Penal Brasileiro, Art. 240). Uso sexual de pessoas, independentemente de idade ou sexo, com fins comerciais e de lucro, levando-as a manter relações sexuais. Um exemplo: exploração com o objetivo de produzir materiais pornográficos, como revistas, filmes, fotos, vídeos, sítios na internet, e outros.

Pedofilia

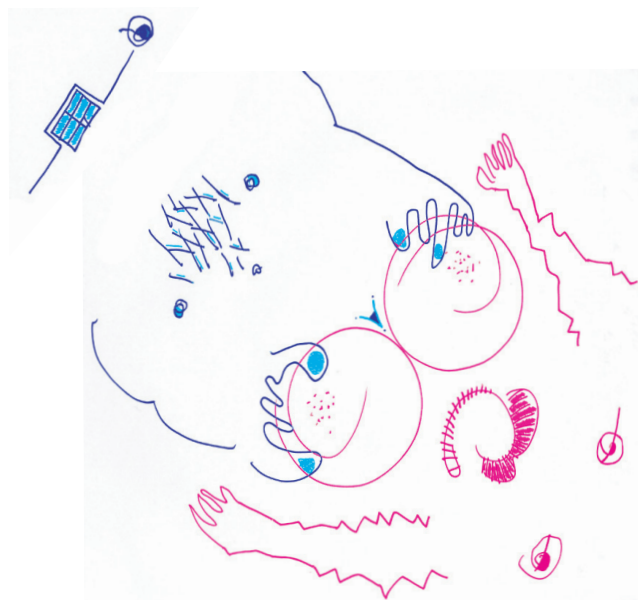
É o ato de um adulto ao manter atividades sexuais com uma menina ou menino, o que constitui um crime.

Voyeurismo

Transtorno de personalidade da preferência sexual, tendência recorrente ou persistente de observar pessoas em atividades sexuais ou íntimas (tirar a roupa, por exemplo), com o propósito de excitar-se, sem que a pessoa observada saiba ou com sua aprovação.

Estupro

“*Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça*” (Código Penal Brasileiro, Art. 213). Aqui, ‘conjunção carnal’ consiste em penetração pênis-vagina, tipo de violência sexual exclusiva contra mulheres, independentemente de sua idade.



Manter ou participar de relação sexual não desejada, por intimidação, ameaça, coação ou uso da força é crime.



Os dados obtidos pela VIVA e seu componente de vigilância contínua em serviços de referência de Municípios selecionados em 2006-2007, a partir da notificação de violências doméstica, sexual e/ou outras formas de violências, revelaram que:

- Das 9.049 notificações de todas as violências doméstica, sexual e/ou outras violências, 2.944 (33%) foram referente a violência sexual.
- No sexo feminino, de 2.590 (88%) notificações, o grupo de idade predominante foi de 10-14 anos (38%). No masculino, com 334 (11%) notificações, o grupo de idade mais atingido foi de meninos de 0-9 anos (70%).

Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por faixa etária e sexo. Brasil, 2006-2007

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
0-9	234	70	606	24
10-14	75	23	778	38
15-19	13	4	458	18
20-29	5	2	415	16
30-59	3	1	108	4
60 e mais	1	<1	22	1

Em ambos os sexos, o maior número de notificações foi de pessoas da raça negra (parda e preta): 172 (52%) notificações em homens e 1.408 (55%) em mulheres.

Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por raça/cor e sexo. Brasil, 2006-2007

Raça/cor	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Branca	128	38	982	32
Parda-preta	172	52	1.408	55
Amarela	1	<1	22	1
Indígena	–	–	10	<1

Para o sexo masculino, o tipo de violência sexual mais empregado foi o atentado violento ao pudor com 224 notificações (67%); e no sexo feminino, o estupro em 1.456 (56%) dos casos.

Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, segundo o provável autor(a) da violência sexual e o sexo da vítima. Brasil, 2006-2007

Provável autor(a) da violência sexual	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Pai	34	10	237	9
Mãe	14	4	37	1
Padrasto	24	7	224	9
Madrasta	2	1	7	<1
Amigos-conhecidos	112	34	514	20
Desconhecidos	45	14	823	32
Cônjuge	1	<1	101	4

Mulheres, as principais vítimas de violência sexual.

Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por tipo de violência sexual e sexo. Brasil, 2006-2007

Tipo de violência sexual	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Assédio	57	17	413	16
Estupro	–	–	1.456	56
Atentado ao pudor	224	67	754	29
Pornografia infantil	14	4	137	1
Exploração sexual	10	3	111	4

A residência foi o local de ocorrência da maior parte das notificações, sendo 116 (50%) no sexo masculino e 1.238 (48%) no sexo feminino. Essa violência foi de repetição para 128 (38%) das notificações em homens e 852 (33%) das notificações em mulheres.

Casos de violência sexual obtidos pela VIVA, por local de ocorrência da violência e sexo. Brasil, 2006-2007

Local de ocorrência	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Residência	166	50	1.238	48
Via pública	31	9	427	17

Em 2.273 (79%) casos registrados, essa forma de violência foi cometida por um(a) único(a) autor(a) agressor(a). Em 2.453 (83%) das notificações, o homem foi o principal autor da agressão. Em 699 (26%) casos, restou a suspeita de uso de álcool ou droga ilícita pelo(a) autor(a) da agressão. Entre os homens, a maioria das violências sexuais foi praticada por amigos-conhecidos com 112 (34%) das notificações, desconhecidos com 45 (14%), seguido pelo pai com 34 (10%) e padrasto com 24 (7%) dos casos. Já nas mulheres, os(as) principais autores(as) da agressão foram desconhecidos, com 823 (32%) notificações, e amigos-conhecidos, com 514 (20%), seguidos pelo pai, em 237 (9%), e padrasto, em 224 (9%) dos casos.

Para saber mais:

Sobre o Código Penal Brasileiro, Artigos 213, 214 e 240
<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos>

As ações do Ministério da Saúde
<http://www.saude.gov.br>

As ações da Secretaria Especial dos Direitos Humanos
<http://www.sedh.gov.br>

As ações da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
<http://www.spmulhere.gov.br>



POPULAÇÃO NEGRA, VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIAS

Negros e negras do Brasil estão nas camadas sociais mais pobres, o que gera uma crônica situação de desigualdade, agravada pelo racismo, este responsável pelas diversas formas de discriminação presentes em seu cotidiano, dentro e fora das instituições, razão porque essa população é mais vulnerável ao sofrimento por violências.

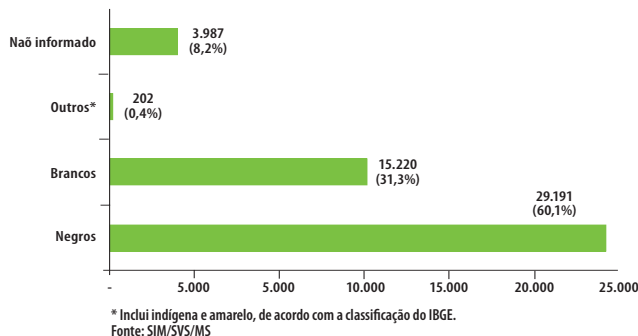
O racismo se reafirma no dia-a-dia, pela linguagem comum, mantém-se e alimenta-se da tradição e da cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e as relações interpessoais. Histórico de herança escravocrata, ele traz consigo o preconceito e a discriminação que afetam a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma redobrada, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, fatores que acentuam ainda mais as vulnerabilidades a que estão expostas.

Homicídios e raça/cor

Negros(as) são vítimas de homicídio duas vezes mais que brancos(as). O mesmo se observa para homens e mulheres, respectivamente. No Brasil, em 2006, morreram 29.191 negros e 15.220 brancos por homicídio; a cada dia, morreram 80 negros e 42 brancos. O risco de morte por homicídio tem diminuído na população branca enquanto permanece estável na negra.



Número de homicídios por raça/cor da vítima. Brasil, 2006

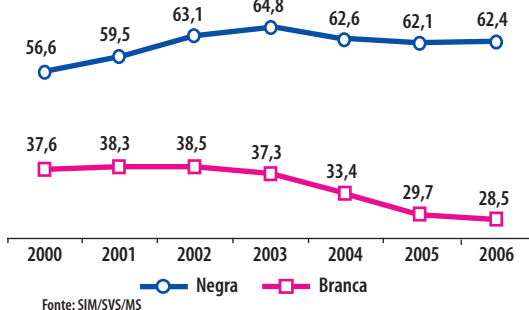


Os negros são vítimas de homicídio quase duas vezes mais que os brancos.

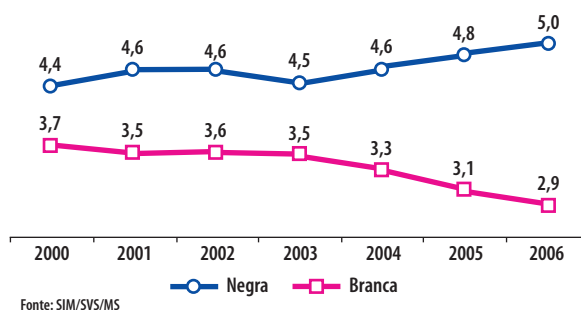
Em 2000, a taxa de homicídio era 51% maior em homens negros, comparativamente aos homens brancos. Em 2006, essa taxa aumentou para 119%.

Nas mulheres negras, o risco de morte por homicídio tem aumentado: em 2000, a taxa de homicídio era 20% maior em mulheres negras, em relação às brancas. Em 2006, esse risco proporcional aumentou para 71%.

Taxa de homicídio (por 100 mil) no sexo masculino por raça/cor da vítima. Brasil, 2000 a 2006



Taxa de homicídio (por 100 mil) no sexo feminino por raça/cor da vítima. Brasil, 2000 a 2006



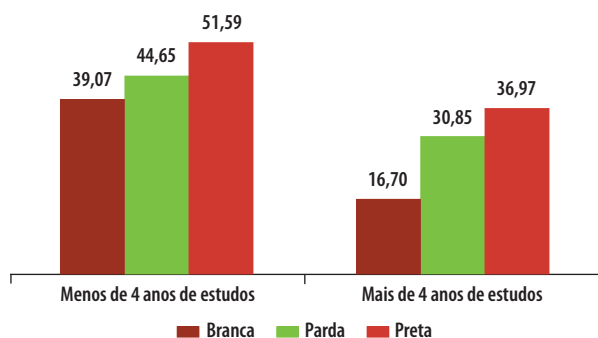
Em 2003, o risco de morte por homicídio na faixa etária de 15 a 59 anos foi maior entre as pessoas que apresentaram menos de 4 anos de estudo, independentemente da raça/cor.

No grupo de menor escolaridade, o risco relativo de morte por homicídio foi de 1,3 vezes na população preta e 1,1 vezes na parda, frente à população branca. No grupo de maior escolaridade, o mesmo risco relativo sobe para 2,2 vezes na população preta e 1,9 vezes na população parda, em relação aos brancos.

Inquérito da VIVA realizado em alguns Municípios do país, no ano de 2006, revelou que a maioria dos atendimentos de emergência por acidentes e violências foi para negros: 61%.

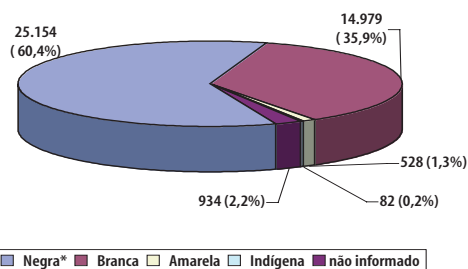
Os negros predominaram entre as vítimas atendidas pelos serviços de urgência e emergência, independentemente do tipo de acidente.

Taxa padronizada de homicídios (por 100 mil) registrados pela VIVA segundo raça/cor e escolaridade na faixa etária de 15 a 59 anos. Brasil, 2003



Fonte: VIVA/SVS/MS

Distribuição dos atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo a raça/cor. Brasil, 2006



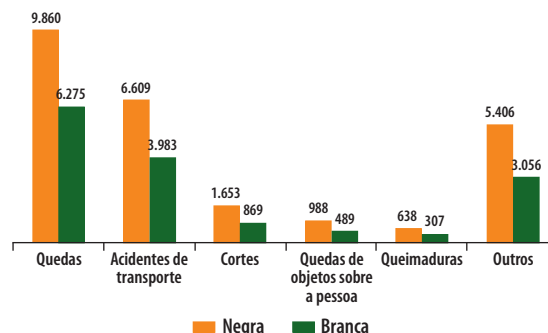
Fonte: VIVA/SVS/MS

Para saber mais:

Ações do Ministério da Saúde para a população negra
<http://www.saude.gov.br/bvs/popnegra>

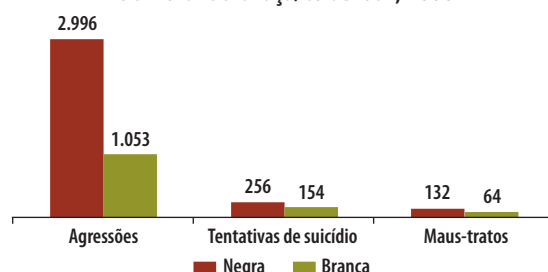
Negros(as) são as principais vítimas em todos os tipos de violência, principalmente nos casos de agressões

Atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo tipo de acidentes e raça/cor. Brasil, 2006



Fonte: VIVA/SVS/MS

Atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo tipo de violência e raça/cor. Brasil, 2006



Fonte: VIVA/SVS/MS

Você sabia?

- A denominação 'negra' representa a junção da raça/cor preta e parda. Nesta apresentação das informações referentes à população negra, vulnerabilidade e violências, são utilizados os termos 'branco', 'preto', 'pardo' e 'negro' para representar as categorias de análise da população de raça/cor branca, população de raça/cor preta, população de raça/cor parda e população de raça/cor negra, respectivamente.
- Na população branca entre 15 e 59 anos, quem tem menos de 4 anos de estudos tem 2,3 vezes mais risco de morrer por homicídio. Na população negra (parda e preta), esse risco aumenta para 2,9.
- Para reduzir as iniquidades em saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, assessorada pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 10 de novembro de 2006, a Política foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 24 de abril de 2008. Trata-se de uma política transversal, com formulação e gestão compartilhadas entre as três esferas de governo, que apresenta, entre suas principais diretrizes de ação, a implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da Saúde, nas distintas esferas de governo.

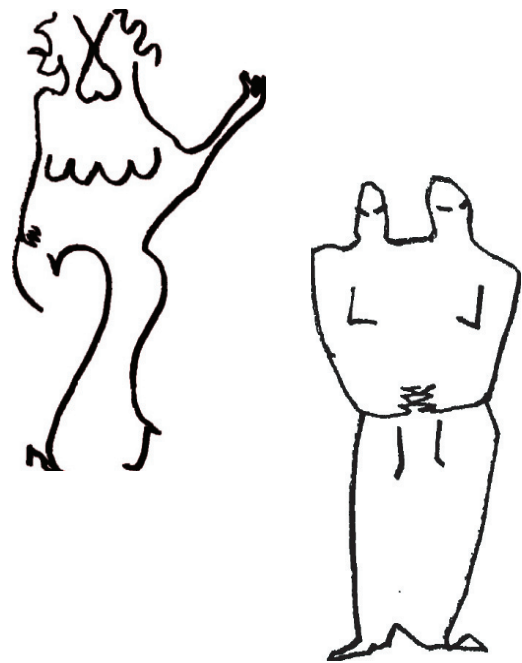


VIOLÊNCIA POR HOMOFOBIA, LESBOFOBIA E TRANSFOBIA

O Ministério da Saúde, desde as origens da política nacional de enfrentamento da aids, acumula duas décadas de atenção especial a lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Hoje, a ampliação da perspectiva da integralidade na atenção à saúde desses segmentos leva o governo a reconhecer que a orientação sexual e a identidade de gênero são situações complexas e constituem importantes fatores de vulnerabilidade para a saúde. Elas implicam práticas sexuais e sociais específicas que expõem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam os direitos humanos, entre eles o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

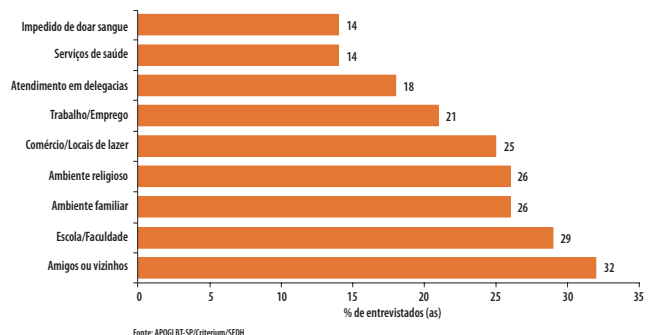
No período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, em sua maior parte vítimas de crimes homofóbicos: 72% eram *gays*, 25% travestis e 3% lésbicas. Observe-se o fato de que, no Brasil, transgêneros (travestis e transexuais) são proporcionalmente mais agredidas que lésbicas e *gays*.

No *ranking* dos Estados com registros de crimes homofóbicos a partir de 2000, São Paulo, mais populoso, apresenta o maior número de assassinatos de homossexuais: 21 por ano. Mais preocupante, entretanto, é Pernambuco: com uma população cinco vezes menor, contabilizou, no mesmo período, 16 crimes homofóbicos anuais. Na Bahia, em Goiás e no Rio de Janeiro, acontece, em média, um crime homofóbico ao mês. Essas estatísticas, contudo, apresentam enorme oscilação: o Distrito Federal, que em 2001, registrou 11 homossexuais assassinatos, em 2004 teve apenas um; e em 2005, nenhum. Inexiste informação sobre crimes homofóbicos em sete Estados, principalmente no extremo norte, o que aponta para o fato de que o número de crimes contra a população LGBT é muito maior que os dados aqui apresentados.

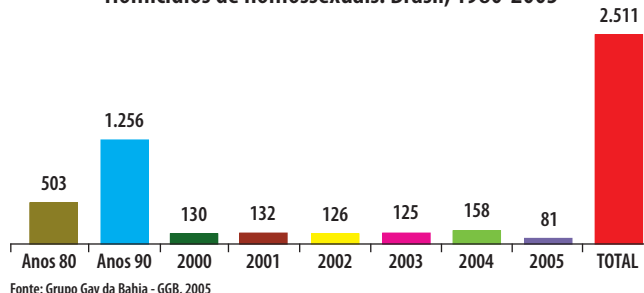


Pesquisa realizada durante a 10ª Parada LGBT de São Paulo (2007) revelou que 67% dos participantes afirmaram ter sido vítimas de algum tipo de discriminação nos seguintes ambientes ou situações: emprego, comércio, serviços de saúde, escola ou faculdade, ambiente familiar; entre amigos e vizinhos, ambiente religioso, na doação de sangue, em delegacias.

Proporção de locais de ocorrência das violências contra população LGBT relatados pelos(as) entrevistados(as) na 10ª Parada LGBT de São Paulo-SP, Brasil, 2007



Homicídios de homossexuais. Brasil, 1980-2005



59% dos entrevistados na 10ª Parada LGBT de São Paulo-SP afirmaram que, devido a sua sexualidade, foram vítimas de agressões verbais, físicas, chantagens ou extorsões, violência sexual, ou do golpe “Boa Noite, Cinderela”.

A maioria das violências relatadas como mais marcantes tiveram como autores pessoas desconhecidas (48%) e logo, pessoas relacionadas com o cotidiano das vítimas, como familiares (12%), colegas de escola-faculdade (11%), amigos-conhecidos (9%), vizinhos (5%), colegas de trabalho (3%), chefe (2%) e parceiros (2%), entre outros.

Dois em cada três entrevistados (67%) já sofreram algum tipo de discriminação motivada pela orientação sexual ou identidade de gênero, proporção que alcançou os 85% em travestis e transexuais.

Mais da metade dos entrevistados (59%) relatou ter sofrido algum tipo de agressão em função de sua sexualidade; principalmente agressões verbais ou ameaças de agressão (55%). Seguem, bastante distantes em grau de proporção, agressão física (15%), chantagem ou extorsão (11%), violência sexual (6%) e o golpe conhecido pela expressão “Boa Noite, Cinderela” (3%).

Pesquisa realizada sobre o Disque Defesa Homossexual (DDH), da Secretaria de Estado de Segurança do Rio de Janeiro (SESEG), revelou que nos primeiros 18 meses após a implantação do serviço (entre junho de 1999 e dezembro de 2000), foram recebidas 500 denúncias. Além de uma proporção significativa de assassinatos (6,3%), foram frequentes as denúncias de discriminação (20,2%), agressão física (18,7%) e extorsão (10,3%), reflexo de uma cultura machista e conceitos pré-formados, que resultam em opiniões muitas vezes distorcidas da realidade. (Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania, 2004).

É consenso a necessidade do enfrentamento à homofobia com base no conceito de saúde da OMS, para a qual a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública mas também de saúde, de direitos humanos e de cidadania, e também envolve, de maneira significativa, a saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades próprias desses segmentos.

BOA NOITE, CINDERELA

A expressão “Boa Noite, Cinderela” foi cunhada para identificar uma situação de golpe em que um rapaz ou moça se aproxima – normalmente, em uma danceteria, um bar ou mesmo um restaurante –, entabula uma conversa e, no final da noite, oferece chiclete, bala ou bebida à vítima sem que este(a) saiba que ali se encontra uma substância entorpecente-adormecedente. Passado algum tempo, a vítima cai em sono profundo e pode permanecer nesse estado por até mais de um dia, facilitando, dessa forma, o roubo ou estupro.



Você sabia?

- Misoginia é a aversão por tudo que se relaciona ao feminino. Por vezes, a misoginia é confundida com o machismo. Porém, ela se baseia no ódio, e o machismo fundamenta-se em uma crença na inferioridade da mulher.
- A homossexualidade foi retirada da relação de doenças pelo Conselho Federal de Medicina em 1985, vários anos antes de a OMS fazer o mesmo.
- A I Conferência Nacional da População GLBT do Brasil, realizada em Brasília-DF, no período de 5 a 8 de junho de 2008, representou um marco nos movimentos sociais dessa população.
- O termo ‘homofobia’ – homo=igual; fobia=do grego φόβος, medo – é usado para identificar as diversas formas de rejeição ou aversão ao(a) homossexual e à manifestação da homossexualidade. Ele também motivou novas versões, para outros gêneros: lesbofobia, transfobia e heterofobia.

Para saber mais:

Devassos no paraíso

A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade

Valioso estudo histórico documental para a antropologia e a psicanálise, dissecou a religião, analisa o homoerotismo nas artes e na mídia e revela o cotidiano homossexual em diversos depoimentos. Editora Record; 588p.

Brasil Sem Homofobia

Programa do Governo Federal com o objetivo de promover a cidadania e os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT):

http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/brasilsem/index_html

Relatório Anual 2005: “Assassinato de Homossexuais no Brasil”

<http://www.ggb.org.br/assassinatos2005c.html>



MORTALIDADE POR AGRESSÕES E HOMICÍDIOS

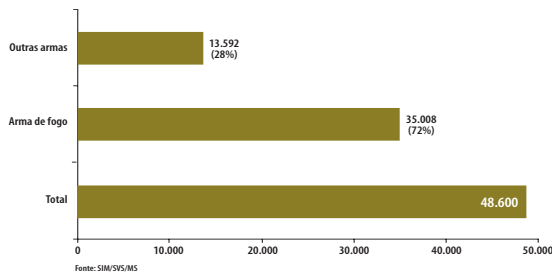
As mortes violentas são a terceira causa de mortalidade no Brasil. Entre 1980 e 2006, houve um aumento de 78% na frequência dessas mortes, de 70.212 para 125.237 óbitos. Em 2006, os óbitos por causas externas (violências e acidentes) foram mais frequentes no sexo masculino: 84%, ou 104.624 mortes.

Homicídios

Entre 1980 e 2006, os homicídios aumentaram 249%, de 13.910 para 48.600. O homicídio é a principal causa entre as mortes violentas, das quais 72% foram por arma de fogo (35.008 mortes). No ano de 2006, ocorreram 342 mortes violentas por dia no Brasil.

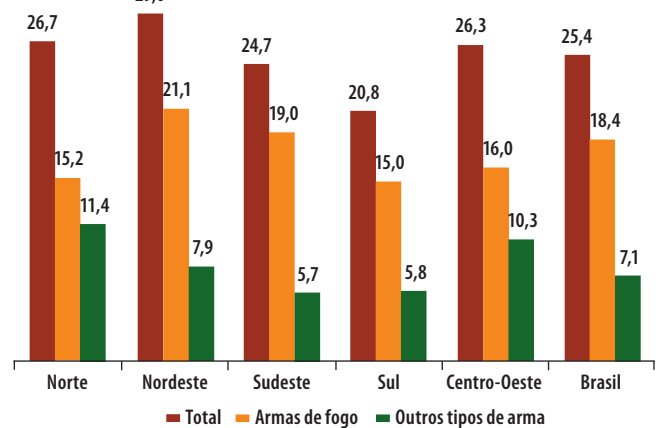
A Região Nordeste apresentou a maior taxa de homicídio total e por arma de fogo e o Sul a menor; o Norte, a maior taxa por outros tipos de arma; e o Sudeste, as menores taxas por outros tipos de arma. O Centro-Oeste foi a terceira Região com maior taxa de homicídio total.

Número e percentual de mortes por homicídio segundo tipo de arma. Brasil, 2006

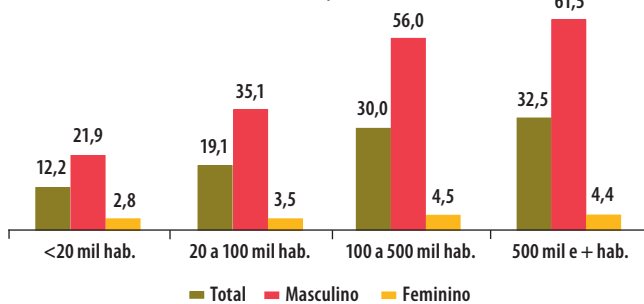


Jovens de 15 a 39 anos são as maiores vítimas de homicídios, sejam do sexo masculino ou feminino. A menor razão sexo masculino/feminino encontrada foi entre 0 e 14 anos; e a maior, entre 15 e 29 anos. A faixa etária de 15 a 39 anos concentra 79% dos homicídios.

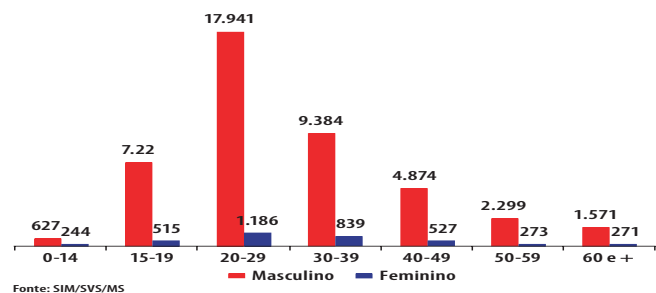
Taxa da mortalidade de homicídios segundo Região e tipo de arma. Brasil, 2006



Taxa da mortalidade de homicídios segundo sexo e porte. Brasil, 2006



Mortes por homicídio segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2006



Homens são os que mais morrem vítimas de homicídios, 92% (43.718) só em 2006. Neste ano, o risco de morte por homicídio no Brasil foi de 25 homicídios para cada 100 mil habitantes. O maior risco de homicídio é do sexo masculino: 48 homicídios para cada 100 mil homens; e 4 homicídios para cada 100 mil mulheres.

Quanto maior a população do Município, maior o risco de morte por homicídio.



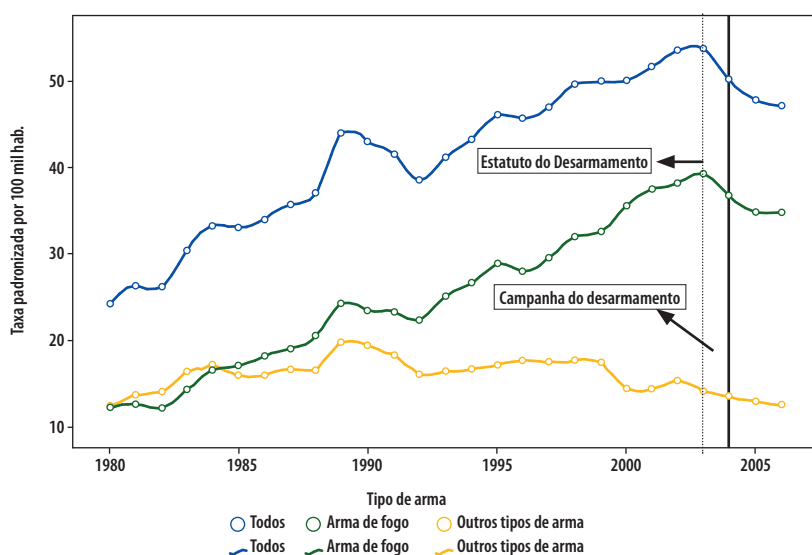
Tendência dos homicídios no Brasil

No Brasil, observou-se aumento do risco de morte por homicídio em homens de 1980 até 2003. A partir de 2003, a taxa passou a diminuir, inclusive do homicídio por arma de fogo. O homicídio por outros tipos de arma vem diminuindo desde o início da década de 1990.

Para as mulheres, após um aumento expressivo, entre 1992 e 1996, a tendência passa a ser de estabilização a partir de 1998, com queda nos últimos 3 anos. As taxas no sexo masculino são sempre bem maiores que as do sexo feminino, em todo o período: nos homens, a maior taxa foi de 53,7/100 mil homens; e nas mulheres, de 4,7/100 mil mulheres.

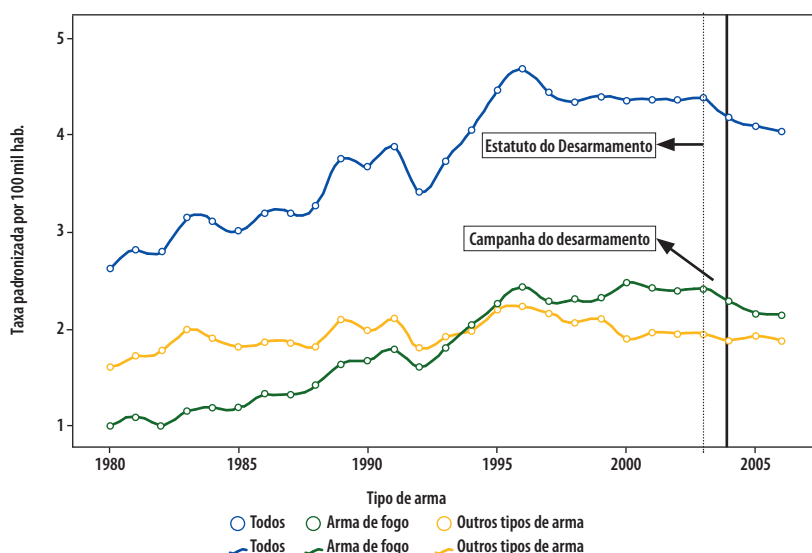


Tendência da taxa de mortalidade por homicídios em homens por tipo de arma. Brasil, 1980-2006



Fonte: SIM/SVS/MS

Tendência da taxa de mortalidade por homicídios no sexo feminino por tipo de arma. Brasil, 1980-2006



Fonte: SIM/SVS/MS

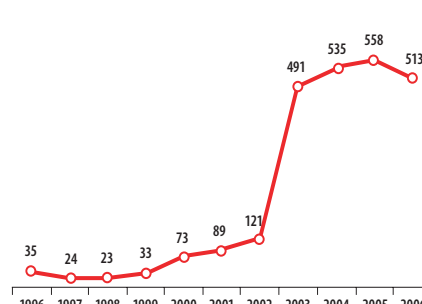
Entre 2003 e 2005, foram poupadas 3.122 vidas de possíveis vítimas de homicídios por arma de fogo.

Em 2006, o número de homicídios por armas de fogo voltou a subir.

No Brasil, no ano de 1996, foram registrados 35 óbitos por intervenção legal (mortes em ação policial); e 513 em 2006.

Em 1996, ocorria 1 óbito por intervenção legal para cada 1.111 homicídios; em 2002, essa relação foi de 1 para 410; e em 2006, de 1 para cada 94.

Frequência de óbitos por intervenção legal. Brasil, 1996-2006



Para saber mais:

Sobre a Campanha do Desarmamento:
<http://www.mj.gov.br>

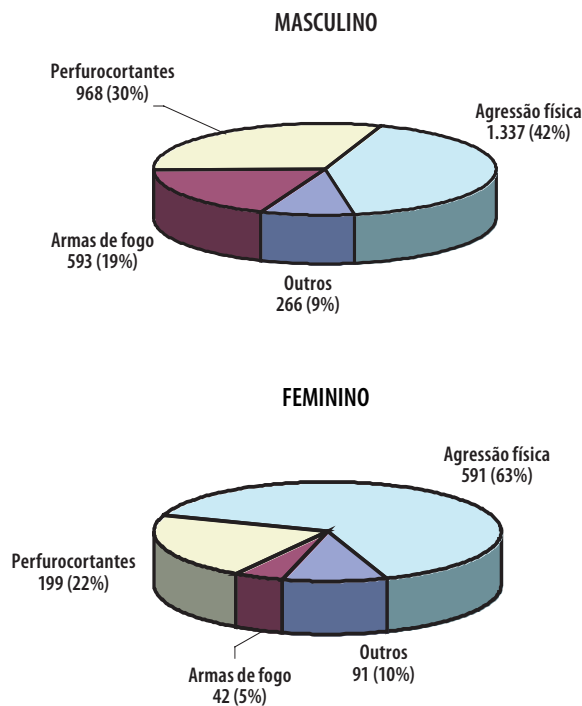


Atendimentos por agressões em serviços de urgência

Em 2006, realizou-se uma pesquisa em alguns Municípios do Brasil para traçar o perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência. Dos atendimentos por agressões, 78% (3.184) foram no sexo masculino. A agressão física foi a mais presente em ambos os sexos, com maior proporção entre as mulheres (63%). Nos homens, as agressões por armas de fogo e instrumentos perfurocortantes foram maiores que nas mulheres.

As causas externas são a primeira causa de internação em homens de 15 a 59 anos de idade. Em 2006, foram 807.079 internações relacionadas a essa causa, ou 2.211 internações por dia.

Atendimentos de emergência registrados pela VIVA segundo sexo e tipo de agressão. Brasil, 2006

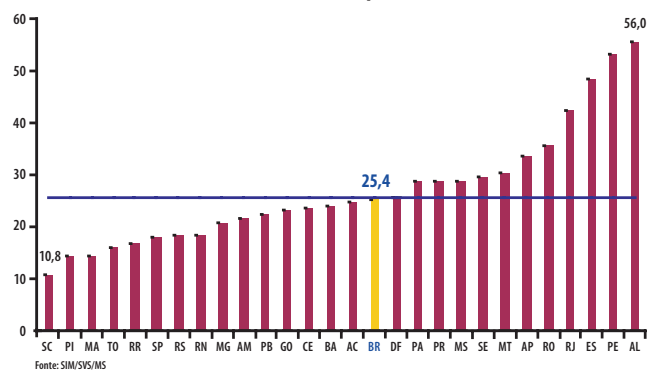


Dados dos serviços de emergência em 40 Municípios brasileiros apontam que 47% dos homens vítimas de agressões teriam feito uso de álcool.

Homicídio por Estados e DF, Regiões Metropolitanas e não metropolitanas

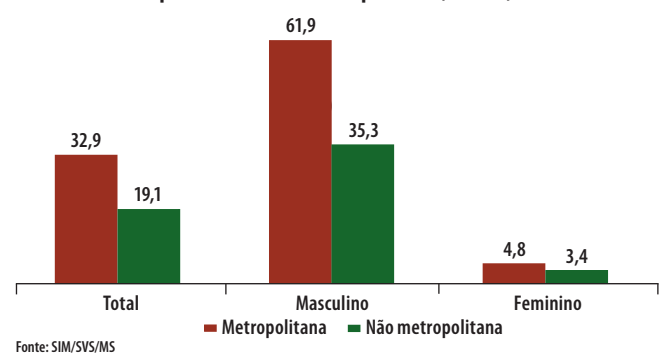
Alagoas apresentou o maior risco de morte por homicídio em 2006: 56 vítimas para cada 100 mil habitantes. Santa Catarina apresentou o menor risco, de 11 mortes por homicídios para cada 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade de homicídios por Estado e DF. Brasil, 2006



O risco de morte por homicídio é maior em Municípios de Regiões Metropolitanas, seja para o sexo masculino ou feminino. Cidades mais populosas e mais urbanizadas apresentam esse risco de morte maior.

Taxa da mortalidade de homicídios segundo sexo e Região Metropolitana e não metropolitana, Brasil, 2006



Você sabia?

- Estatuto do Desarmamento – Vidas são poupadas!
- Um dos fatores que tem contribuído para a redução da mortalidade por armas de fogo é o Estatuto do Desarmamento, instituído pela Lei Federal nº 10.826, de 22/12/03, e regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 5.123, de 01/07/2004.
- A “Campanha do Desarmamento” de 2004, coordenada pelo Ministério da Justiça, foi uma das principais estratégias para a redução das mortes por armas de fogo.
- Este ano, a partir da publicação da Medida Provisória nº 417/2008, foi lançada a “Campanha do Desarmamento”;



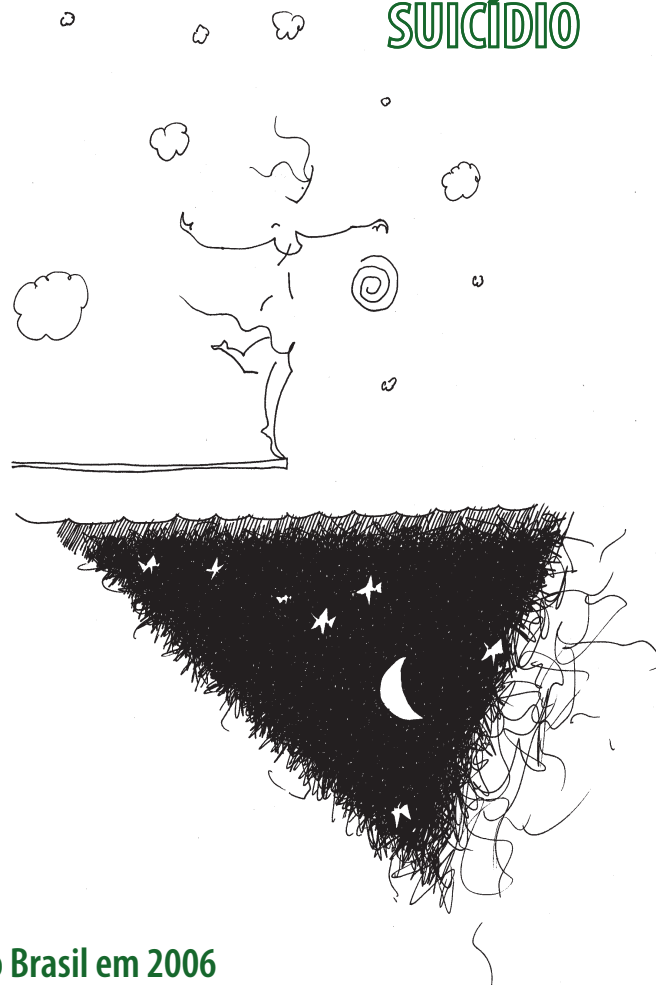
SUICÍDIO

Segundo estimativas da OMS, o suicídio – ato humano de causar a cessação da própria vida – é uma das principais causas de morte em todo o mundo: chega a ocupar a terceira posição entre os óbitos ocorridos na faixa etária de 15 a 35 anos.

Diversos fatores já foram associados ao suicídio, principalmente os socioeconômicos. A baixa escolaridade e a pobreza, normalmente associadas entre si, além de viuvez, separação, divórcio e solidão das grandes cidades. Outros fatores incluem religião e trabalho agrícola.

No Brasil, os registros de mortes por suicídio, a despeito da possível subnotificação, apresentam-se crescentes na faixa etária do adulto jovem, principalmente no sexo masculino. Estudos realizados em diferentes cidades do Centro-Sul brasileiro indicam uma tendência de aumento na taxa de mortalidade por suicídio e a importância sobre a mortalidade masculina.

O suicídio não possui uma única causa ou razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio enquanto outras, em situação similar ou pior, não o fazem.



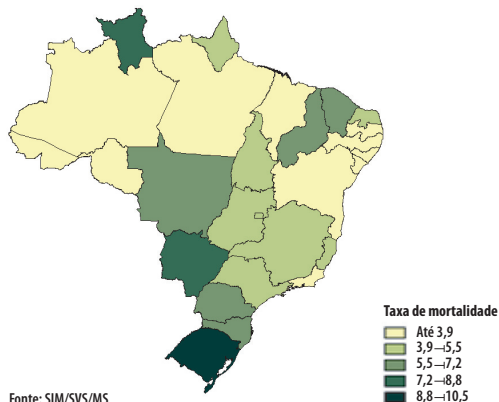
Mortalidade por suicídio no Brasil em 2006

Em 2006, foram identificadas 8.506 mortes por suicídio no Brasil, 6,7% do total de mortes naquele ano: mais de 23 óbitos por suicídios ao dia. A cada hora, uma pessoa morre por suicídio no Brasil.

A taxa de óbitos por suicídio no Brasil em 2006 foi de 4,6 por 100 mil habitantes.

O Rio Grande do Sul teve a maior taxa de óbitos por suicídio (10,5/100 mil), seguido por Roraima e Mato Grosso do Sul com 8,4/100 mil. Os Estados com as menores taxas foram Pará (2,4/100 mil), Maranhão (2,5/100 mil) e Rio de Janeiro (2,6/100 mil).

Mortalidade por suicídio segundo Estado de residência. Brasil, 2006



Um único caso de suicídio tem impacto direto em pelo menos seis outras pessoas, chegando a afetar centenas, quando o evento ocorre na escola ou no trabalho.

A maioria dos óbitos foi no domicílio (55%), seguidos daqueles em que a vítima foi levada ao estabelecimento de saúde (22%). Das mortes que ocorreram no domicílio, a principal causa foi o enforcamento, o meio mais fatal, motivo porque a vítima não consegue ser referenciada para um centro de saúde.

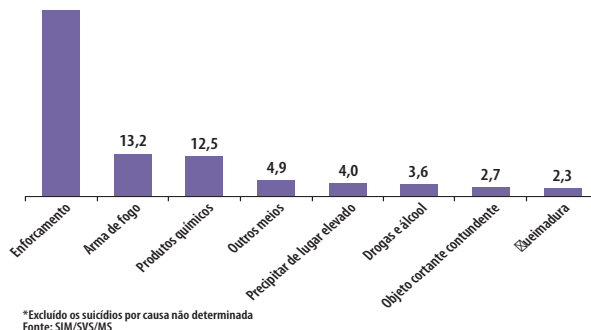


Suicídio por faixa etária, sexo e meios utilizados

A maior proporção de suicídios ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos, em ambos os sexos. A maioria dos óbitos por suicídio foi do sexo masculino: 79% do total de óbitos por essa causa. Também chamam a atenção as mulheres jovens de 10 a 19 anos, que morrem por suicídio em proporção maior que os homens da mesma faixa etária.

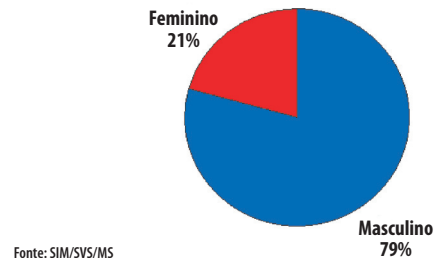
A maior parte dos óbitos por suicídio ocorreu no sexo masculino: 79% do total desses óbitos.

Proporção de óbitos por suicídio segundo meio utilizado (causa específica). Brasil, 2006

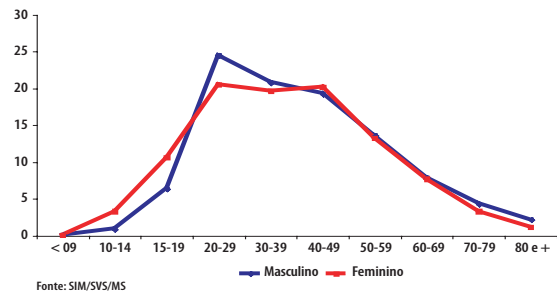


Enforcamento foi o meio mais utilizado para suicídio (57,7%), seguido de disparo por arma de fogo (13,2%) e intoxicação química (12,5%).

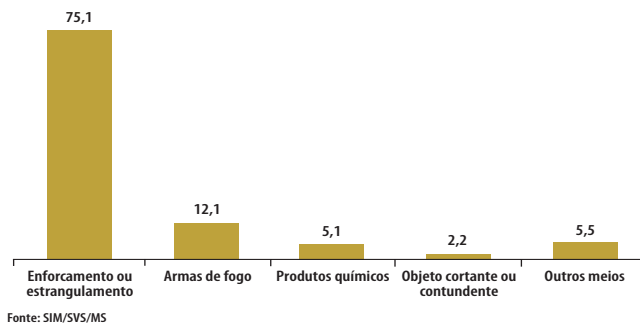
Proporção de óbitos por suicídio segundo sexo. Brasil, 2006



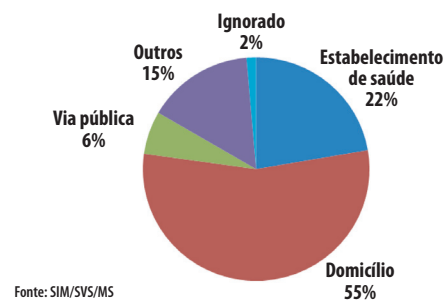
Proporção de óbitos por suicídio segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2006



Proporção de óbitos por suicídio no domicílio segundo o meio utilizado. Brasil, 2006



Proporção de óbitos por suicídio segundo local de ocorrência do óbito. Brasil, 2006



Você sabia?

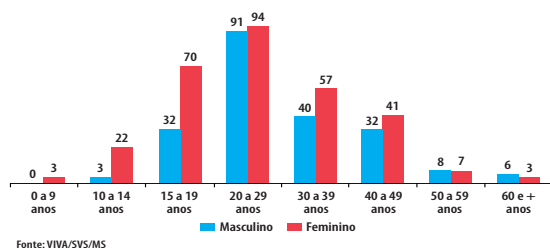
- O SUS oferece atenção em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços extra-hospitalares de atenção diária, de base comunitária, com equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, clínico geral, enfermeiro, e outros). A rede de atenção em saúde mental possui, além dos CAPS, ambulatórios, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad), leitos de atenção integral em hospital geral, ações de atenção básica, iniciativas de geração de trabalho e renda, Centros de Convivência e Cultura, e outros serviços.
- Atualmente, são 1.202 CAPS distribuídos por todo país, com maioria de profissionais capacitados, além de 23.737 equipes de Saúde da Família formadas até agosto de 2007, em que trabalham 179.070 agentes comunitários de saúde no desenvolvimento de ações de prevenção na população. Em 2009, será lançado o Plano Nacional para Prevenção do Suicídio.



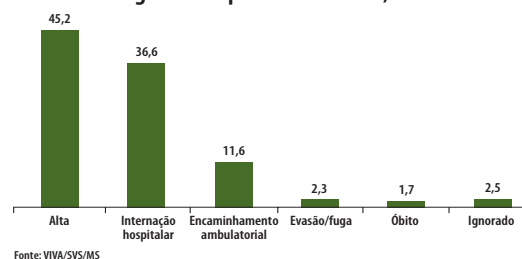
Perfil de atendimento por tentativa de suicídio segundo a VIVA

Em 2007, o Ministério da Saúde, por intermédio da VIVA, juntamente com 40 Municípios, realizou um inquérito de atendimentos de vítimas de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência. Por 30 dias, em turnos alternados (12 horas), atenderam-se 516 tentativas de suicídio, a maioria de mulheres (58%), predominantes em quase todas as faixas etárias. Das 516 tentativas, apenas 9 (1,7%) evoluíram para óbito. A maioria dessas tentativas atendidas nas unidades de urgência e emergência foi por envenenamento (69,8%) e por objeto perfurocortante (13%).

Número de atendimentos por tentativa de suicídio registrados pela VIVA segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2007



Proporção dos atendimentos por tentativa de suicídio registrados pela VIVA. Brasil, 2007



Atendimentos por tentativa de suicídio registrados pela VIVA segundo meio utilizado e sexo. Brasil, 2007

Meio utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Envenenamento	110	50,9	250	83,3	360	69,8
Objeto cortante	47	21,8	20	6,7	67	13,0
Outro	17	7,9	20	6,7	37	7,2
Enforcamento	13	6,0	6	2,0	19	3,7
Arma de fogo	19	8,8	0	0,0	19	3,7
Sem informação	10	4,6	4	1,3	14	2,7

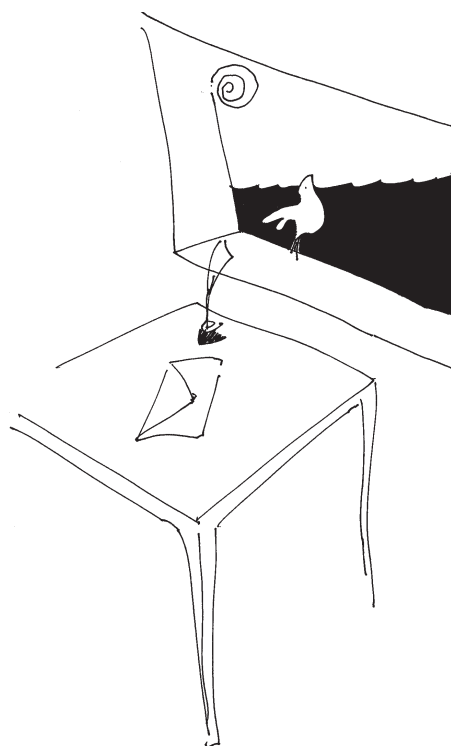
Fonte: VIVA/SVS/MS

*A cada hora,
uma pessoa morre por suicídio
no Brasil.*

DIRETRIZES NACIONAIS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O Ministério da Saúde reconhece no suicídio uma grave questão de Saúde Pública. Uma série de ações de impacto na redução das taxas de mortes por suicídio e nos danos causados aos familiares, amigos e colegas de trabalho das vítimas podem ser tomadas. A criação de um Grupo de Trabalho para discutir o tema, por meio da Portaria nº 2.542/GM, de 22/12/05, e a publicação das 'Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio', pela Portaria nº 1.876/GM, de 14/08/06, têm como principais objetivos:

- Informar e sensibilizar a sociedade sobre a questão do suicídio como um problema de Saúde Pública, conferindo-lhe essa visibilidade.
- Desenvolver e implementar programas de prevenção de suicídio loco-regionais.
- Implementar treinamento para o reconhecimento de alto risco e promover tratamentos efetivos.
- Promover e apoiar estudos e pesquisas em suicídio e sua prevenção.
- Promover esforços para reduzir o acesso a meios letais e métodos autodestrutivos; e apoiar as iniciativas de regulação desses meios.
- Melhorar os sistemas de informações sobre suicídio e tentativas.
- Apoiar as organizações da sociedade que trabalham na prevenção do suicídio.



LINHA DO TEMPO



- 1989** Lei nº 7.716, de 05/01/89. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.
- 1990** Lei nº 8.069, de 13/07/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.
Lei nº 8.072/90. Dispõe sobre os crimes hediondos.
- 1991** Lei nº 8.242, de 12/10/91. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.
- 1992** Decreto nº 678, de 06/11/92. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22/11/69.
- 1993** Instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito para tratar da prostituição infanto-juvenil.
Declaração para Eliminação da Violência Contra as Mulheres.
- 1994** Lei nº 8.842/1994. Institui a Política Nacional do Idoso.
- 1995** "Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher" (Convenção de Belém do Pará).
Constituição da Frente Parlamentar pelo Fim da Violência, Exploração e do Turismo Sexual contra Crianças e Adolescentes no Congresso Nacional.
- 1996** Criação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.
Declaração e Agenda para Ação aprovadas no 1º Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças' (Estocolmo, agosto/96).
10ª Conferência Nacional de Saúde. Propõe a criação de Conselhos de Segurança e Paz nos Municípios, Estados e União.
- 1997** Lei nº 9.455, de 07/04/97. Define os crimes de tortura.
Lei Federal nº 9.503, de 23/09/97. Institui o Código de Trânsito Brasileiro.
- 1998** A Assembleia Geral da ONU proclama a primeira década do século XXI como o 'Decênio Internacional da Promoção de uma Cultura da Não-Violência e da Paz em Pro das Crianças do Mundo'.
O Governo Brasileiro e as Nações Unidas firmam o 'Pacto Comunitário contra a Violência Intra-Familiar'.
Lei nº 9.777, de 29/12/98, sobre o trabalho escravo. Altera o Código Penal: Arts. 132, 203, e 207 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/40.
- 1999** A Organização das Nações Unidas proclama o 'Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres – 25 de Novembro'.
Lei Federal nº 9.807/1999. Estabelece normas para organização e manutenção de programas especiais de proteção a vítimas e testemunhas ameaçadas.
- 2000** A Secretaria Especial de Direitos Humanos/PR institui o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil.
Convenção 182, da Organização Internacional do Trabalho (19/11/00). Dispõe sobre a proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação.
Lei nº 9.970, de 17/05/00. Institui o 'Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – 18 de maio'.
11ª Conferência Nacional de Saúde. Considera a violência um problema de Saúde Pública.
- 2001** Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/01. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
Portaria MS/GM nº 1.968, de 25/10/01. Dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.
Lei nº 10.224, de 15/05/01. Altera o Código Penal. Dispõe sobre o crime de assédio sexual, e dá outras providências.
- 2002** Portaria MS/GM nº 344, de 19/02/02. Implanta o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – *Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde*.
Divulgação do 'Relatório Mundial sobre Violência e Saúde' pela OMS.
- 2003** Lei nº 10.741, de 01/10/03. Define o Estatuto do Idoso.
Lei nº 10.826, de 22/12/03. Implanta o Estatuto do Desarmamento.
Lei nº 10.778 de 24/11/03. Estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços públicos ou privados de saúde.
Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro.
Lei nº 10.714, de 13/08/03. Autoriza o Poder Executivo a dispor, em âmbito nacional, número telefônico para denúncias de violência contra a mulher.
Decreto nº 4.886, de 20/11/03. Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
- 2** Decreto-Lei nº 5.099, de 03/06/04. Regulamenta a Lei nº 10.778/03, que obriga a notificação compulsória de violência contra a mulher.
A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/PR cria o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004-2007.
Portaria MS/GM nº 936, de 19/05/04. Define a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de seus Núcleos (NP/PS) em Estados e Municípios.
Portaria Interministerial MS-SFDM-SFPM nº 1.426/2004. Anuncia as diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação domiciliar.





Portaria MS/GM nº 936, de 19/05/04. Define a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de seus Núcleos (NP/VPs) em Estados e Municípios.

2004

Portaria Interministerial MS-SEDH-SEPM nº 1.426/2004. Aprova as diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória.

Portaria MS/GM nº 777, de 28/04/04. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.

Portaria MS/GM nº 2.406, de 05/11/04. Institui o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação.

Lei nº 10.886, de 17/06/04. Tipifica a violência doméstica e acrescenta parágrafos ao Código Penal.

Política Nacional de Trânsito – Departamento Nacional de Trânsito/MCD.

'Dia Mundial de Saúde' de 2004: *A segurança no trânsito não é acidental.*

'1 Encontro Nacional da Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde' (Brasília-DF, junho/05).

'1 Seminário de Vigilância, Prevenção e Controle de DANT e Promoção da Saúde' (Brasília-DF, setembro/05).

Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa – Secretaria Especial de Direitos Humanos/PR, 2005.

Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências – 2005 a 2008.

Lei nº 11.121, de 25/05/05. Institui o 'Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho – 28 de abril'.

Oficina com Núcleos Acadêmicos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Brasília-DF, fevereiro/06).

Seminário Temático de Acidentes e Violências em Serviços Sentinelas (Brasília-DF, 22-24/03/06).

Lançamento do sítio eletrônico <http://www.redpezabrazil.ufms.br> da 'Rede Paz Brasil' em parceria com a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (22/03/06).

Implantação da Rede de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA.

Portaria MS/GM nº 687, de 30/06/06. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Portaria MS/GM nº 1.876, de 14/08/06. Institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio.

Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes na Convivência Familiar e Comunitária.

'1 Seminário Nacional de Promoção da Saúde'

'1 Seminário Latino-Americano de Segurança no Trânsito' – OPAS-OMS (Brasília-DF, dezembro de 2006).

Lei nº 11.340, de 07/08/06 – Lei Maria da Penha. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Portaria nº 1.356, de 23/06/06. Incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a VIVA.

Lei nº 11.343, de 23/08/06. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad).

Edital nº 3/2006. Seleção de 78 projetos de implantação de Núcleos de Prevenção e Promoção da Saúde.

'1 Semana Mundial das Nações Unidas de Segurança Viária' (23 a 29/04/07) – Ministério da Saúde e OPAS-OMS. Prioriza o jovem.

Decreto Presidencial nº 6.117, de 22/05/07. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool.

Pacto Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres.

Portaria nº 1.384, de 12/06/07. Institui o incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas.

Decreto Presidencial de 19/09/07. Institui o Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito.

Criação do Movimento Nacional pela Democratização no Trânsito – sociedade civil.

2007

Lei nº 11.489, de 20/06/07. Institui o 'Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres – 6 de dezembro'.

Lei nº 11.577, de 22/11/07. Obriga a divulgação, pelos meios que especifica, de mensagem relativa à exploração sexual e tráfico de crianças e adolescentes, recomendando formas de denúncia.

Lei nº 11.523, de 18/09/07. Institui a 'Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância' – 12 a 18 de outubro de cada ano.

Decreto Presidencial nº 6.230, de 11/10/07. Estabelece o Compromisso pela Redução da Violência Contra Crianças e Adolescentes

Decreto nº 6.231, de 11/10/07. Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte e Comissão Intersetorial de Enfretamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

Edital nº 1/2007. Seleção de 130 projetos de implantação de Núcleos de Prevenção e Promoção da Saúde.

13ª Conferência Nacional de Saúde. Propõe a atuação intersetorial na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Implantação da 'Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências' na plataforma do Sinan (outubro/08).

Nota Técnica nº 22/2008 – VIVA/Sinan NET.

Decreto nº 6.347, de 08/01/08. Plano Nacional de Enfretamento ao Tráfico de Pessoas.

Portaria nº 325, de 21/02/08. Prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida/2008. Indicadores de monitoramento-avaliação do Pacto pela Saúde; orientações, prazos e diretrizes.

Lei nº 11.705, de 19/06/08. Estabelece alcoolemia 0 (zero) e impõe penalidades mais severas para quem dirigir sob a influência do álcool.

Decreto nº 6.488, de 19/06/08. Disciplina a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito.

Portaria nº 79, de 23/09/08. Estabelece mecanismo de repasse financeiro e incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Comemoração dos 18 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Plano de Ação de Enfretamento da Violência contra Pessoa Idosa.

Plano Nacional de Enfretamento da Violência contra Mulheres.

Plano Nacional de Enfretamento da Feminização da Aids.

'III Congresso Mundial de Enfretamento da Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes' (Rio de Janeiro-RJ, novembro/08).



VIOLÊNCIA POR CICLOS DE VIDA



Mortalidade

As causas externas foram responsáveis por 124.935 óbitos em 2006, 13,7% do total de óbitos por causas definidas. Considerando-se todas as causas de morte, as causas externas constituem a terceira maior causa de mortalidade na população geral, sendo superada pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias (câncer). Entre adolescentes e adultos, todavia, as causas externas aparecem como a 1ª causa de mortalidade nessas populações.

No conjunto da população, entre as causas externas, as principais causas de óbito foram por agressões, seguidas dos acidentes de transporte e lesões autoprovocadas (suicídios).

Esse perfil é diferente quando analisamos os ciclos de vida. As agressões são as principais causas de morte entre adolescentes e adultos, enquanto os acidentes de transporte são predominantes entre crianças e idosos.

Ranking de mortalidade por todas as causas e ciclos de vida. Brasil, 2006

	Ciclos de vida				Total
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	
1	Afeções perinatais	Causas externas	Causas externas	Aparelho cardíaco	Aparelho cardíaco
2	Anomalia congênita	Neoplasia	Aparelho cardíaco	Neoplasia	Neoplasia
3	Aparelho respiratório	Aparelho cardíaco	Neoplasia	Aparelho respiratório	Causas externas
4	Infecciosas e parasitárias	Sistema nervoso	Infecciosas e parasitárias	Endócrina	Aparelho respiratório
5	Causas externas	Aparelho respiratório	Aparelho respiratório	Aparelho digestivo	Endócrina
6	Sistema nervoso	Infecciosas e parasitárias	Endócrina	Infecciosas e parasitárias	Aparelho digestivo
7	Endócrina	Aparelho digestivo	Transtornos mentais	Causas externas	Infecciosas e parasitárias
8	Neoplasia	Anomalia congênita	Sistema nervoso	Aparelho urinário	Afeções perinatais
9	Aparelho cardíaco	Endócrina	Aparelho urinário	Sistema nervoso	Aparelho urinário
10	Aparelho digestivo	Gravidez, parto e puerpério	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Transtornos mentais	Sistema nervoso

Mortalidade proporcional segundo causas definidas e ciclos de vida. Brasil, 2006

Causas	Criança		Adolescente		Adulto		Idoso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aparelho circulatório	989	1,7	1.100	4,9	68.780	23,6	228.628	42,2	299.527	32,8
Neoplasias (tumores)	1.509	2,6	1.611	7,1	51.093	17,6	98.664	18,2	152.904	16,7
Causas externas	4.395	7,7	15.996	70,7	86.657	29,8	17.779	3,3	124.935	13,7
Aparelho respiratório	4.695	8,2	932	4,1	17.576	6,0	79.929	14,7	103.150	11,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.654	2,9	310	1,4	12.454	4,3	43.216	8,0	57.643	6,3
Aparelho digestivo	624	1,1	359	1,6	22.165	7,6	27.770	5,1	50.928	5,6
Doenças infecciosas e parasitárias	4.596	8,0	821	3,6	22.260	7,6	20.085	3,7	47.781	5,2
Afeções perinatais	28.050	48,8	16	0,1	38	0,0	20	0,0	28.173	3,1
Aparelho geniturinário	268	0,5	182	0,8	4.662	1,6	14.785	2,7	19.900	2,2
Sistema nervoso	1.903	3,3	984	4,3	4.727	1,6	11.005	2,0	18.628	2,0
Mal-formações congênitas	8.752	15,2	320	1,4	705	0,2	362	0,1	10.156	1,1
TOTAL	57.435	100,0	22.631	100,0	291.117	100,0	542.243	100,0	913.726	100,0

Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada

Ranking de mortalidade por causas externas segundo ciclos de vida. Brasil, 2006

	Ciclos de vida				Total
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	
1	Acidente transporte	Agressões	Agressões	Acidente transporte	Agressões
2	Afogamento e submersão	Acidente transporte	Acidente transporte	Quedas	Acidente transporte
3	Riscos à respiração	Afogamento e submersão	Lesões autoprovocadas	Agressões	Lesões autoprovocadas
4	Agressões	Lesões autoprovocadas	Afogamento e submersão	Lesões autoprovocadas	Quedas
5	Quedas	Quedas	Quedas	Riscos à respiração	Afogamento e submersão
6	Exposição fumaça fogo e chamas	Exposição forças mecânicas	Exposição forças mecânicas	Complicações assistencial médica	Riscos à respiração
7	Exposição forças mecânicas	Exposição corrente elétrica	Exposição corrente elétrica	Afoga-mento e submersão	Exposição forças mecânicas
8	Exposição corrente elétrica	Intervenção Legal	Riscos à Respiração	Exposição fumaça fogo e chamas	Exposição corrente elétrica
9	Complicações assistencial médica	Riscos à Respiração	Exposição fumaça fogo e chamas	Exposição forças mecânicas	Exposição fumaça fogo e chamas
10	Intoxicação	Exposição fumaça fogo e chamas	Intervenção Legal	Sequelas causas externas	Complicações assist médica





Crianças (0 a 9 anos)

Entre as causas externas, a principal causa de óbito em crianças (0 a 9 anos de idade) foi acidente de transporte (31,5%), seguida por afogamentos (22,7%) e riscos à respiração (16,5%). Entre as crianças de 5 a 9 anos, a principal causa de óbito foi o acidente de transporte (44,6%). Nas crianças menores de 1 ano, a principal causa de óbito são os riscos à respiração (56,5%); e para as de 1 a 4 anos, os afogamentos (31,4%).

Mortalidade proporcional entre crianças (0 - 9 anos) segundo causas externas definidas e faixa etária. Brasil, 2006

Causas externas	< 01 ano		01 a 04 anos		05 a 09 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acidente de transporte	97	10,8	443	29,3	747	44,6	1.287	31,5
Afogamentos	39	4,3	475	31,4	414	24,7	928	22,7
Riscos à respiração	507	56,5	124	8,2	44	2,6	675	16,5
Agressões	82	9,1	89	5,9	136	8,1	307	7,5
Quedas	61	6,8	89	5,9	73	4,4	223	5,5
Exposição fumaça, fogo	24	2,7	76	5,0	53	3,2	153	3,7
Choque contra objetos/pessoas	14	1,6	53	3,5	54	3,2	121	3,0
Exposição corrente elétrica	16	1,8	59	3,9	37	2,2	112	2,7
Outras causas externas	57	6,4	103	6,8	118	7,0	278	6,8
TOTAL	897	100,0	1.511	100,0	1.676	100,0	4.084	100,0

Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada e causa externa indeterminada

Adolescentes (10 a 19 anos)

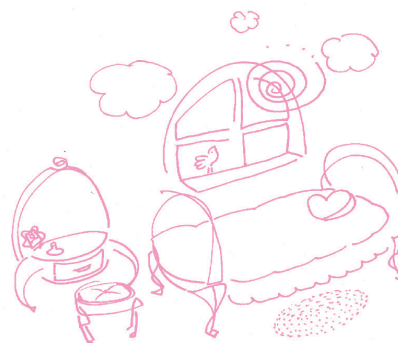
Para os adolescentes, a principal causa de óbito entre as causas externas são as agressões (52,9%), seguidas pelo acidente de transporte (25,9%) e afogamentos (9,0%). Esse perfil se repete nos adolescentes de 15 a 19 anos, para os quais 58,7% dos óbitos foram por agressões. Já na faixa etária de 10 a 14 anos, a principal causa de óbito foi o acidente de transporte (35,9%).

ATENÇÃO!

- Uma das prevenções de SUFOCAÇÃO é não deixar crianças pequenas tomarem mamadeiras sozinhas, deitadas em sofás-berços ou camas, tanto em casa como nas creches.
- O AFOGAMENTO pode ocorrer em locais como piscinas, rios, represas, mares. As crianças – especialmente as mais novas – podem se afogar em apenas 2,5 cm de profundidade. Ou seja, elas correm o risco de se afogar também em piscinas infantis, banheiras, baldes, vasos sanitários, entre outros recipientes considerados rasos. Nunca deixe a criança sozinha dentro ou próxima da água, mesmo em lugares considerados rasos.
- Para prevenir LESÕES E MORTES PELO TRÂNSITO: a maneira como seu filho é transportado no carro pode ser tão importante quanto a velocidade do veículo ou as condições da estrada. SEMPRE transporte as crianças no banco traseiro, com o cinto de segurança posto ou em cadeirinhas de contenção.

Para saber mais:

A CRIANÇA SEGURA é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, com a missão de promover a prevenção de acidentes com crianças e adolescentes até 14 anos de idade. Conheça a ONG: <http://www.criançasegura.org.br>



As agressões são as principais causas de morte entre os adolescentes e adultos.

Mortalidade proporcional entre adolescentes (10 - 19 anos) segundo causas externas definidas e faixa etária. Brasil, 2006

Causas externas	10 a 14 anos		15 a 19 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agressões	545	22,4	7.497	58,7	8.042	52,9
Acidentes de transporte	872	35,9	3.072	24,0	3.944	25,9
Afogamentos	530	21,8	844	6,6	1.374	9,0
Lesões autoprovocadas	117	4,8	617	4,8	734	4,8
Quedas	87	3,6	102	0,8	189	1,2
Outras causas externas	277	11,4	642	5,0	919	6,0
TOTAL	2.428	100,0	12.774	100,0	15.202	100,0

Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada e causa externa indeterminada





Adultos, mulheres e homens (20 a 59 anos)

Nos adultos, as agressões (45,7%) foram a principal causa de óbito entre as causas externas, seguidas pelo acidente de transporte (31,2%) e lesões autoprovocadas (suicídios) (8,0%). Esse perfil se repete entre os adultos de 20 a 39 anos, nos quais 52,7% dos óbitos foram por agressões. Na faixa etária de 40 a 59 anos, a principal causa de óbito é o acidente de transporte (36,5%).

Mortalidade proporcional entre adultos segundo causas externas definidas e faixa etária. Brasil, 2006

Causas externas	20 a 39 anos		40 a 59 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agressões	29.329	52,7	8.017	30,8	37.346	45,7
Acidentes de transporte	15.957	28,7	9.521	36,5	25.478	31,2
Lesões autoprovocadas	3.750	6,7	2.807	10,8	6.557	8,0
Afogamentos	2.071	3,7	1.175	4,5	3.246	4,0
Quedas	1.086	2,0	1.887	7,2	2.973	3,6
Outras causas externas	3.422	6,2	2.648	10,2	6.070	7,4
TOTAL	55.615	100,0	26.055	100,0	81.670	100,0

Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada e causa externa indeterminada

Idosos e idosas (60 anos e mais)

Para os idosos, a principal causa de óbito entre as causas externas foi o acidente de transporte (32,0%). Nessa categoria, o maior número de óbitos é de pedestres, seguido pelas quedas (28,6%) e agressões (12,0%). Tanto na faixa de 60 a 69 anos quanto na de 70 a 79 anos de idade, esse perfil se repete: o acidente de transporte é responsável por 40,3% e 35,0% dos óbitos, respectivamente. Já entre os idosos acima de 80 anos, a queda é a principal causa de óbito (51,3%).

Mortalidade proporcional entre idosos segundo causas externas definidas* e faixa etária. Brasil, 2006

Causas externas	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acidente de transporte	2.507	40,3	1.665	35,0	745	17,0	4.917	32,0
Quedas	873	14,0	1.261	26,5	2.252	51,3	4.386	28,6
Agressões	1.117	18,0	524	11,0	199	4,5	1.840	12,0
Lesões autoprovocadas	663	10,7	349	7,3	168	3,8	1.180	7,7
Riscos à respiração	167	2,7	256	5,4	375	8,5	798	5,2
Complicações cirúrgicas	185	3,0	203	4,3	194	4,4	582	3,8
Afogamentos	214	3,4	96	2,0	41	0,9	351	2,3
Exposição fumaça, fogo	97	1,6	84	1,8	92	2,1	273	1,8
Outras causas externas	393	6,2	313	6,5	328	7,3	1.034	6,7
TOTAL	6.216	100,0	4.751	100,0	4.394	100,0	15.361	100,0

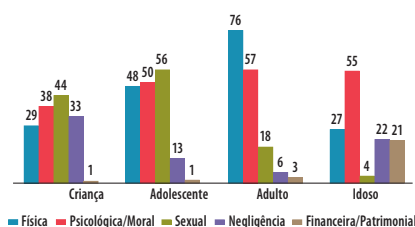
Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada e causa externa indeterminada

* Outras Causas Externas: exposição a forças mecânicas inanimadas; exposição a forças mecânicas animadas; exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente; contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes; contato com animais e plantas venenosos; exposição às forças da natureza; excesso de esforços, viagens e privações; e outros.

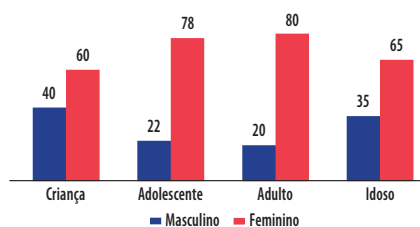
PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS E IDOSAS

- Evitar tapetes e pisos escorregadios em casa, no comércio e outros espaços de sua vida.
- Evitar camas altas.
- Utilizar corrimões.
- Instalar barras de apoio dentro do banheiro.

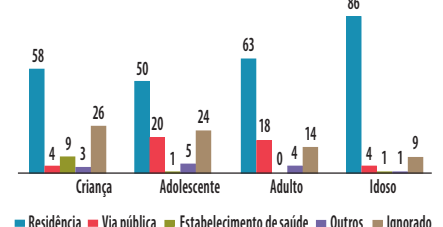
Tipos de violência segundo ciclos de vida



Violência por sexo da vítima segundo ciclos de vida



Locais de ocorrência da violência segundo ciclos de vida



Morbidade

Para conhecer melhor a magnitude e gravidade dos acidentes e violências como problema de Saúde Pública, em agosto de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do SUS. A VIVA possui dois componentes: a **vigilância contínua**, que capta dados de violências doméstica, sexual e outras violências, notificados em serviços de referência; e a **vigilância pontual**, feita com base em informações sobre atendimentos por acidentes e violências notificados por unidades de urgência e emergência. Os dados apresentados foram coletados entre agosto de 2006 e julho de 2007, em unidades de referência de 27 Municípios brasileiros que fizeram parte da implantação da vigilância contínua, a partir da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras.

Crianças (0 a 9 anos)

A agressão sexual foi a principal causa de atendimentos a crianças pelos serviços de referência de violências. Dos 1.939 registros de violências contra elas, 845 foram por agressões sexuais, 44% dos atendimentos. Em seguida estão as agressões morais (38%), negligência ou abandono (33%) e as agressões físicas (29%). Em 58% dos casos, a agressão ocorreu na própria residência.

Adolescentes (10 a 19 anos)

A agressão sexual foi a principal causa de atendimento de violência contra adolescentes. Dos 2.370 registros, 1.335 foram por agressões sexuais, 56% dos atendimentos. Em seguida estão as agressões morais (50%) e físicas (48%) e negligências ou abandono (13%). As mulheres demandaram maior número de notificações, 78% do total. Em 58% dos registros, a agressão ocorreu na própria residência, seguida pela via pública com (20%). Os principais agressores foram amigos e desconhecidos – 20% dos registros –, seguidos pelos pais (12%).

Adultos, mulheres e homens (20 a 59 anos)

Das 4.050 notificações de violência doméstica, sexual e outras contra adultos, a violência física foi a mais notificada (76%), seguida da psicológica-moral (57%), sexual (18%) e por negligência-abandono (6%). As mulheres representaram 80% dessas notificações. Em 63% dos registros, a agressão ocorreu na própria residência; e 18%, em via pública. Os principais agressores foram os próprios cônjuges (30%) e desconhecidos (16%).

Idosos e idosas (60 anos e mais)

Entre os idosos, do total de 626 notificações, a violência moral ou psicológica apresentou o maior percentual de registros (55%), seguida das notificações de violência física (27%), de abandono (22%) e de dano financeiro ou patrimonial (21%). O sexo feminino foi o mais acometido (65%). Na maioria dos casos notificados, a violência ocorreu na própria residência (86%). Os principais agressores foram os filhos (54%), seguidos pelo cônjuge em 10% dos casos.

24% das crianças agredidas foram-no pelas próprias mães, 19% pelos pais.

As meninas demandaram maior número de notificações, 60% do total.



Relação do(a) provável autor(a) da agressão registrada pela VIVA segundo ciclo etário. Brasil, 2006 - 2007

Relação com a vítima	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso
	(1.939)	(2.370)	(4.050)	(626)
	%	%	%	%
Pai	19	12	1	1
Mãe	24	8	0	0
Padrasto	7	8	0	0
Madrasta	1	0	0	0
Cônjuge	-	3	30	10
Ex-cônjuge	-	1	11	2
Namorado (a)	-	5	2	0
Ex-namorado (a)	-	2	2	0
Amigos	14	20	8	6
Desconhecido	3	20	16	5
Cuidador	2	1	0	4
Patrão	0	1	0	0
Relação institucional	1	1	1	1
Filho(a)s	-	-	1	54
Outro(a)s	21	14	16	15

Fonte: VIVA/SVS/MS 2006/2007

Você sabia?

- Violência financeiro-patrimonial é o ato que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais. Ela ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, mais freqüente em pessoas idosas.

Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes ?

DISQUE-DENÚNCIA – DISQUE 100

Violência contra a mulher é crime. Não se cale !

DISQUE 180



VIOLÊNCIA E TRÂNSITO



Os acidentes de trânsito matam mais de um milhão de pessoas e deixam entre 20 e 50 milhões de feridos por ano, em todo o mundo. Os jovens representam a maioria de suas vítimas, muitas vezes com seqüelas pelo resto da vida. Se o custo desse imenso sofrimento não bastasse, os países ainda perdem de 1 a 2% do PIB com gastos relacionados aos acidentes de trânsito.

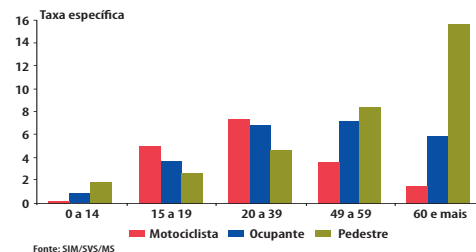
Além dos custos diretos, há vários outros, indiretos, muitas vezes invisíveis que provocam uma desestruturação familiar e pessoal imensurável. A perda de um ente querido, familiar, filho ou amigo não tem preço.

Os acidentes de trânsito e a violência urbana são as causas mais importantes de mortalidade entre jovens com menos de 35 anos, principalmente do sexo masculino, os mais envolvidos em acidentes de trânsito fatais. Os principais fatores de risco para esses acidentes são excesso de velocidade, direção sob efeito de bebida alcoólica, não-uso de capacetes ou de cinto de segurança e problemas na infra-estrutura nas rodovias e vias públicas. Para fazer frente a esse trágico quadro nacional, o Ministério da Saúde estabeleceu, entre suas prioridades, ações de prevenção das violências e dos acidentes, inclusive os acidentes de trânsito, mediante a instituição de políticas voltadas de vigilância e prevenção, e promoção da saúde e da cultura de paz.

Em 2006, foi computado o total de 35.155 óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT) no Brasil: 28.670 (82%) eram homens e 6.475 (18%) mulheres. Desse total, 227 óbitos não registraram a idade e apenas 10 não identificaram o sexo da vítima.

Ao observar o comportamento dos ATT e comparar as taxas específicas por faixas etárias e a condição da vítima, quando da ocorrência do acidente, verifica-se que, quando o acidente envolve aqueles que se deslocam em motocicleta, as idades mais atingidas encontram-se entre os 15 e os 39 anos. O acidente com motocicleta é o que mais mata jovens e adultos em plena idade produtiva. Quando a vítima está na condição de ocupante, trata-se de um adulto de 20 a 60 anos e mais; porém quando o acidentado é pedestre, a faixas etárias mais atingidas são as de 0 a 14 anos e de 60 e mais anos de idade: crianças e idosos, portanto, correm maior risco de serem atropelados em nossas vias.

Taxa de mortalidade por faixa etária segundo a condição da vítima. Brasil, 2006



Mortalidade proporcional por acidente de transporte terrestre segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2006

Faixa etária (anos)	Homens		Mulheres		Total	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
0-4	311	1,1	222	3,4	533	1,5
5-9	445	1,6	292	4,5	737	2,1
10-14	565	2,0	291	4,5	856	2,5
15-19	2.384	8,4	625	9,7	3.009	8,6
20-24	4.258	15,0	732	11,3	4.990	14,3
25-29	3.559	12,5	575	8,9	4.134	11,8
30-39	5.620	19,7	904	14,0	6.524	18,7
40-49	4.650	16,3	872	13,5	5.522	15,8
50-59	3.190	11,2	637	9,9	3.827	11,0
60-69	1.879	6,6	562	8,7	2.441	7,0
70-79	1.089	3,8	531	8,2	1.620	4,6
80 e mais	507	1,8	218	3,4	725	2,1
TOTAL	28.457	100	6.461	100	34.918	100

Fonte: SIM/SVS/MS

Você sabia?

- Segundo o Relatório Mundial de Prevenção de Lesões de Trânsito nas Vias e Rodovias:
 - A cada ano, os acidentes de trânsito nas vias e rodovias matam aproximadamente 1,2 milhões de pessoas e lesionam mais 20 a 50 milhões, que ficam incapacitadas.
 - No mundo, mais de 40% de todas as mortes por acidentes nas vias e rodovias ocorrem no grupo de 0 a 25 anos de idade.
 - Lesões por acidente de trânsito são a segunda principal causa de mortes para jovens na faixa de 5 a 25 anos.
 - Homens abaixo dos 25 anos de idade representam 75% de todas as ocorrências fatais no trânsito.
 - Em países de baixa e média renda, jovens com grande probabilidade de se envolverem em acidentes de trânsito são usuários vulneráveis – pedestres, ciclistas e motociclistas.

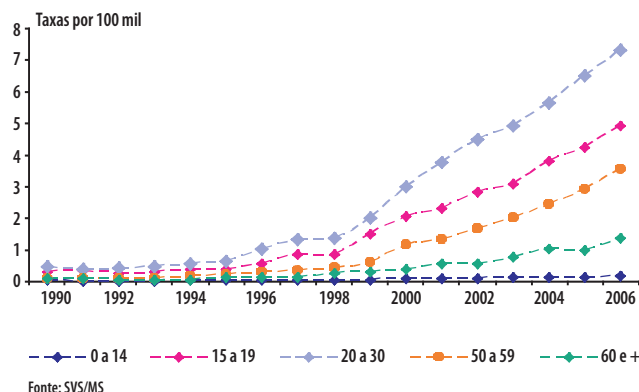


O uso da motocicleta como meio de transporte e de trabalho vem aumentando bastante e contribui para o aumento da taxa de mortalidade, mais marcante a partir de 1996.

Entre os fatores que estimulam o aumento da frota de motocicletas estão o baixo custo para aquisição e manutenção, facilidades para deslocamento e estacionamento e seu uso difundido na entrega de mercadorias e no transporte de passageiros.

A busca de aumento da produtividade no uso comercial da motocicleta induz a adoção de medidas inseguras, como manobras arriscadas e alta velocidade, que podem explicar a alta ocorrência de acidentes ocupacionais com motocicletas.

Taxa específica por idade em acidente envolvendo motociclista. Brasil, 1990-2006



Álcool

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a combinação **ÁLCOOL x DROGAS** é um dos maiores problema para a Saúde Pública. Aproximadamente 4% das mortes no mundo estão associadas ao consumo de álcool; e os acidentes de trânsito estão entre as principais conseqüências negativas do consumo de álcool. Segundo pesquisa do Vigitel realizada em 2007 pelo Ministério da Saúde, apenas nas capitais, um mínimo de 290 mil motoristas/dia dirige após consumo abusivo de bebidas alcoólicas (mais de 5 doses para o homem; e mais de 4, para a mulher).

Lei 11.705 (“Lei Seca”)

No sentido de enfrentar o elevado número de mortes provocadas por condutores que dirigem sob efeito de álcool, o Brasil instituiu em 20 de julho de 2008 a Lei nº 11.705 chamada “Lei Seca”, que trata da restrição da venda de bebidas alcoólicas e de alterações nas regras sobre a alcoolemia. Afirma que dirigir sob o efeito de qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades previstas no art. 165 do CTB. É considerada uma das mais rigorosas do mundo.

Resultados da “Lei Seca”

Um dos principais indicadores do impacto da “Lei Seca”, logo após a implantação, foi o número de resgates realizados pelo SAMU/192.

30 dias depois da entrada em vigor da Lei Seca, houve redução média de 15% nos resgates do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) relacionados com acidentes de trânsito, em 26 capitais brasileiras. Entre os dias 21 de maio e 19 de junho de 2008, o SAMU/192 atendeu, nessas capitais, 1.772 acidentes de trânsito a menos do que em igual período imediatamente anterior. As ocorrências caíram de 11.918 para 10.146.

92% da população (RJ e SP) avaliou que a nova lei é ‘ótima’ ou ‘boa’ para reduzir os acidentes de trânsito (Pesquisa Datafolha).

Operações do SAMU/192 antes e após a “Lei Seca”

Unidade do SAMU/192	Resgates 30 dias antes da Lei	Resgates 30 dias depois da Lei	Varição percentual (%)
Aracaju-SE	154	138	-10,38
Maceió-AL	248	201	-18,95
Rio de Janeiro-RJ	304	271	-10,85
Natal-RN	278	239	-14,02
Porto Alegre-RS	605	506	-16,36
Curitiba-PR	1320	1102	-16,51
São Paulo-SP	1711	1467	-14,26
Rio Branco-AC	263	219	-16,73
João Pessoa-PB	403	393	-2,48
Campo Grande-MS	484	365	-24,58
Belém-PA	262	115	-56,10
Manaus-AM	495	159	-67,87
Macapá-AP	137	106	-22,62
Salvador-BA	553	427	-22,78
Fortaleza-CE	1116	1007	-9,76
Brasília-DF	248	201	-18,95
Recife-PE	356	290	-18,53
São Luís-MA	420	300	-28,57
Porto Velho-RO	105	121	+15,23
Belo Horizonte-MG	1039	1047	+0,76
Metropolitano de Goiânia-GO	2	5	+1,50
Teresina-PI	337	340	+0,89
Florianópolis-SC	222	239	+7,65
Vitória-ES	463	483	+4,31
Palmas-TO	76	88	+15,78
Cuiabá-MT	317	317	0,00
TOTAL	11.918	10.146	14,86

VIGITEL

O Vigitel é um sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – realizado por inquérito telefônico nas capitais brasileiras. Nesse inquérito, um dos fatores de risco para as violências pesquisado é o uso abusivo de álcool, como também a correlação entre beber e dirigir.



VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS

A escola, *locus* de inclusão e convivência de diversidades, é fundamental na construção da cidadania. Sua função social relaciona-se ao desafio de assegurar a todos a oportunidade de aprendizagens significativas, desenvolvimento de potencialidades individuais e preparo básico para a vida em um mundo melhor. O reconhecimento da violência na escola, uma nova e urgente questão, é um primeiro passo na interpretação do fenômeno, caracterizado por sentimentos de medo, isolamento, angústia e tantos outros a interferir nas relações interpessoais. Ela chega a se confundir com a violência das ruas, não respeitando o limite do espaço físico da instituição.

Pensar em promoção da saúde e em resiliência (capacidade de superar as adversidades) transfere o foco da ação dos fatores de risco para os fatores de proteção. Estes funcionam como uma espécie de barreira, atrás da qual as pessoas parecem estar mais protegidas das situações difíceis da vida.

A promoção da saúde propõe a articulação entre escola, serviços de saúde, outros equipamentos sociais e comunidade, para proporcionar mais chances aos sujeitos sociais de encontrarem soluções para seus problemas. É fundamental a discussão e a reflexão coletiva sobre a

realidade presente, o conhecimento da rede de complexidade do território e o desenvolvimento de ações/estratégias que modifiquem a realidade da comunidade.

Essa violência pode se manifestar de diversas formas e proporções preocupantes, da agressão física, furto, roubo (em geral, contra o patrimônio da própria escola ou da comunidade escolar), porte de armas, tráfico de drogas, até ofensas verbais, aparentemente menos graves, que revelam atitudes discriminatórias, segregativas e humilhantes, por vezes difíceis de perceber ou mensurar. Hoje, é bastante frequente nas escolas o *bullying*.

São vários os sinais que podem indicar uma criança ou adolescente sob violência: lesões físicas; dificuldades de aprendizagem; comportamento apático, tenso, rebelde e/ou agressivo; isolamento-afastamento; choros; fugas de casa ou negação do convívio familiar ou de pessoas-grupos específicos; má nutrição; e outros.

Além do planejamento de intervenções no ambiente e nas relações sociais, com vistas à construção de relações mais saudáveis, cooperativas e solidárias, a escola pode integrar redes de prevenção de violências, comprometendo-se a identificar e prevenir sinais de violência e outras manifestações que antecedem o evento violento.

Bullying



A violência é um problema crescente para os gestores das escolas. Um tipo de violência em escolas merece especial atenção: o *bullying*.

O termo *bullying* (do inglês *bully* = valentão, brigão) é usado para identificar qualquer ato com o sentido de trocar ou gozar, tiranizar, ameaçar, intimidar, humilhar, isolar, perseguir, amedrontar, ignorar, ofender, bater, ferir, discriminar e imputar apelidos maldosos a outrem.

Bullying compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, sem motivação evidente, provocadas por um ou mais estudantes em relação a outros, responsáveis por causar dor, angústia, exclusão, humilhação, discriminação, entre outros sentimentos, sob uma relação desigual de poder.



Três aspectos da violência no contexto escolar

Situação	Característica
1ª Violência na escola	Produzida dentro do espaço escolar, sem estar ligada à natureza e às atividades da instituição escolar.
2ª- Violência da escola	Nessa situação violência institucional, de caráter simbólico, os alunos sofrem ou são submetidos à atribuição de notas, palavras e atos considerados por eles injustos e discriminatórios.
3ª- Violência contra a escola	Ligada à natureza e às atividades da instituição escolar, esta é o alvo de atos violentos: incêndios provocados por alunos, agressões a professores, e outros.

Fonte: Charlot, 2002



Paz na escola

No âmbito Federal, algumas iniciativas somam-se à promoção da cultura de paz no ambiente escolar, destacamos os seguintes programas: ‘Escola Aberta’; ‘Escola que Protege’; ‘Programa Saúde na Escola’; ‘Saúde e Prevenção nas escolas’; ‘Programa Segundo Tempo’ e ‘Programa Mais Educação’.

O tempo livre de crianças, adolescentes e jovens estudantes deve ser considerado na construção de estratégias que visem à prevenção de violências no âmbito das políticas públicas. Nesse sentido, destacam-se algumas estratégias que podem ser implementadas na prevenção da violência na escola, da escola e contra a escola.

Estratégias para a prevenção da violência na escola, da escola e contra a escola



Para saber mais:

Ministério da Educação e Cultura
<http://www.mec.gov.br>

Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
<http://www.aids.gov.br/Pages>

Programa Escola Aberta
 Contactar: escolaaberta@mec.gov.br

Escola que Protege
 Contatar: escolaqueprotege@mec.gov.br

Programa Saúde na Escola
 Contatar: pse@mec.gov.br

Programa Segundo Tempo
 Contatar: centralsegundotempo@esporte.gov.br

Programa Mais Educação
 Contatar: ducacaointegral@mec.gov.br

Você sabia?

- Apenas 40% dos jovens brasileiros completam o ensino médio (Ipea/MPOG, 2005).
- Entre os programas que os jovens mais gostam de fazer mas não fazem em seu tempo livre, estão as atividades de lazer (43%), atividades culturais (24%) e esportivas (7%) (Unesco, 2004).
- 72% dos jovens nunca participaram de atividades esportivas promovidas pelo governo (Instituto da Cidadania, 2003).
- Dos 5.564 Municípios brasileiros, 82,4% possuem estádios e ginásios poliesportivos; 72,6% possuem clubes e 97,8% contam com bibliotecas municipais. (Suplemento de Cultura da Pesquisa de Informações Básicas Municipais, do Ministério da Cultura e Fundação IBGE, 2006).





VIOLÊNCIA E TRABALHO

Vários tipos de violência interpessoal ocorrem no ambiente de trabalho ou no próprio processo de trabalho:

- entre patrões e trabalhadores(as);
- entre trabalhadores(as); ou
- entre trabalhadores(as) e usuários(as).

Essa violência institucional apresenta-se de diversas naturezas: física, psicológica ou moral, sexual e outras.

Trabalho infantil

O trabalho infantil é um problema social que atinge grande parte da infância no mundo e no Brasil. É um conjunto de ações que impede as crianças de viverem plenamente sua infância e adolescência. Trata-se de uma questão econômica. Atividades obrigadas, regulares, rotineiras, remuneradas ou não e em condições desqualificadas, que põem em risco o bem estar físico, psíquico, social e moral da criança, limitam suas opções de crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

Em 2006, o Relatório Global da Organização Internacional do Trabalho (OIT), 'A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance', informa que o Brasil foi um dos primeiros países a aderir ao Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (IPEC), em 1992; contudo, restam grandes desafios a vencer para o trabalho infantil ser eliminado.

O trabalho infantil é um exemplo significativo da conjunção de dois tipos de violência: física e psicológica:



Criança que trabalha tem comprometidas sua saúde e sua esperança de vida.

gica: **violência física**, quando exige esforço superior à capacidade do corpo, gerando alterações e/ou deformações ósseas e retardando o crescimento; e **violência psicológica** porque conduz a um amadurecimento precoce e responsabilizações demasiadas para a idade infantil.

Pesquisa da Fundação IBGE, em 2001, mostrou redução no nível de ocupação das crianças e adolescentes. Entre os fatores que contribuíram para esse avanço na luta pela eliminação do trabalho infantil no país, estão as políticas públicas implementadas pelas três esferas de governo, dirigidas à complementação da renda familiar e melhoria das condições de acesso e permanência na escola (Programa Bolsa Família).

ASSÉDIO MORAL

"...toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integralidade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho". (Hirigoyen)

O assédio moral é crime!
DENUNCIE!

<http://www.mte.gov.br>
<http://www.mpt.gov.br/denuncie.html>

O assédio moral ou terror psicológico violenta os valores que compõem a personalidade.

Para saber mais:

Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil/OIT
<http://www.ilo.org/ipsec>
Organização das Nações Unidas no Brasil
<http://www.onu-brasil.org.br>
Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef
<http://www.unicef.org.br>
Conselho Tutelar no seu Município no Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sipia)/Ministério da Justiça
<http://www.mj.gov.br/sipis/frmmapeamentoConsulta.aspx>
Ministério do Trabalho e Emprego – MTE
<http://www.mte.gov.br>
Ministério Público do Trabalho – MPT
http://www.mpt.gov.br/tra_inf

Você sabia?

- UMA em cada SETE crianças no mundo está envolvida em alguma forma de trabalho infantil. As ações mais recentes da comunidade internacional contra essa forma de exploração e desrespeito aos direitos legítimos da infância foram positivas. Estimativas da OIT indicam que o trabalho infantil diminuiu 11%, registrando 218 milhões de crianças entre 2000 e 2004.
- 12 de junho é o Dia Internacional para Erradicação do Trabalho Infantil.



TRÁFICO DE PESSOAS

O tráfico de seres humanos é um fenômeno complexo e multidimensional. Esse crime, relacionado à exploração de mão-de-obra escrava, atualmente se agrega e se confunde com outras práticas de violações aos direitos humanos, fomenta redes internacionais de exploração de comércio sexual, muitas vezes ligadas ao turismo sexual, e alimenta quadrilhas transnacionais especializadas em retirada de órgãos. Esse tipo de violência é identificado no recrutamento, transferência e alojamento de pessoas para exploração do corpo e do trabalho forçado, mediante ameaça, uso da força ou outras formas de coerção, como rapto, fraude, engano e abuso de autoridade ou de situação de vulnerabilidade.

Dados da OIT: um milhão de pessoas são traficadas no mundo a cada ano com o propósito de exploração sexual; 98% são mulheres. O tráfico chega a movimentar 32 bilhões de dólares por ano, sendo apontado como uma das atividades criminosas mais lucrativas.

Embora muitos casos referentes ao tráfico de pessoas envolvam vítimas brasileiras, o Brasil também tem sido o destino de muitas mulheres e meninas de países da América do Sul que são traficadas para fins de exploração sexual comercial, bem como de homens e meninos que são trazidos ao país para a exploração de trabalho escravo.

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA COM CIDADANIA

Já estão em processo de implementação os Núcleos de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. Seus postos poderão ser acessados nos primeiros estados priorizados pelo Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci).

Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo, Pará e Pernambuco terão uma equipe multidisciplinar formada por psicólogo, assistente social e consultor jurídico com o objetivo de prevenir, atender as vítimas e reprimir esse tipo de tráfico.

Saiba mais sobre o Pronasci. Acesse:

<http://www.mj.gov.br>

DENUNCIE!

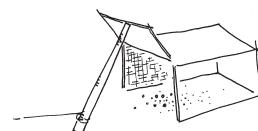
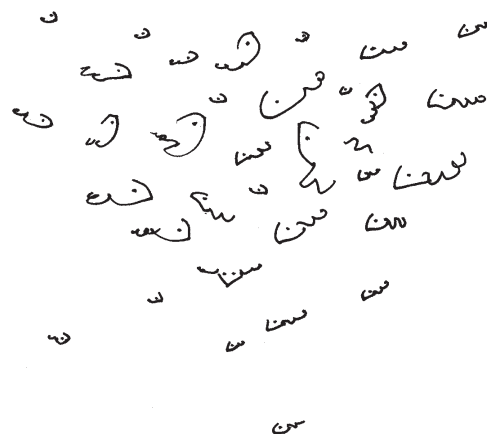
Ligue:

100 – se a vítima for criança

180 – se a vítima for mulher

Ou acesse:

www.abe.mre.gov.br



Você sabia?

- Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, elaborada por representantes do Poder Executivo Federal e convidados do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho, com a consulta pública de várias organizações não-governamentais, de órgãos de governo, de técnicos e de especialistas no assunto. Neste ano, várias sugestões foram discutidas resultando num consenso refletido no conteúdo desse documento. O instrumento que coordena a execução das diretrizes da Política é o Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.



MÍDIA E BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Não podemos desconsiderar que a mídia – conjunto dos veículos de comunicação de massa – ocupa um importante papel na formação da consciência das pessoas. Ela permite ao cidadão o acesso às informações necessárias para compreender a dinâmica dos fatos políticos, econômicos, sociais e culturais de seu tempo, facilitando assim, a relação entre aquilo que é notícia e sua vida cotidiana.

Apesar de sua estimável contribuição social para a formação do senso crítico de um povo, no afã da conquista e garantia econômica de sua audiência com agilidade e novidade, a mídia também acaba por reforçar problemas associados à informação e comunicação contemporânea, que se pode resumir na chamada ‘banalização da violência’.

De acordo com especialistas no assunto, três fatores estão ligados à vulgarização da violência na sociedade, seja pela mídia impressos, rádio e TV, ou pela rede mundial de computadores.

O primeiro é quando, sob pressão de interesses aos quais se submete eventualmente, o veículo de comunicação distorce fatos para mostrar uma “realidade” mais favorável aos propósitos de determinados grupos sociais, econômicos ou políticos. Assim, ficam prejudicadas as possibilidades de uma avaliação objetiva por parte do cidadão comum, isenta desses interesses e influências.

O segundo fator encontra-se na publicação de acusações graves sem a confirmação da legitimidade das fontes da informação e da identificação dos envolvidos. Nesse caso, corre-se o risco de antecipar ou promover um verdadeiro ‘linchamento público do acusado’, sem reconhecer a ele o alienável direito de defesa. Quando o órgão de informação reconhece o erro e se dispõe a repará-lo, quase sempre, é tarde demais: a imagem pública do indivíduo injustiçado pela notícia já está comprometida, de forma indelével.

O terceiro fator refere-se, particularmente, à ação da mídia televisiva e suas imagens. Na ânsia de conquistar mais audiência, ela investe maciçamente na produção de imagens e conteúdos relacionados ao tema da violência. A maioria das emissoras não abre mão desse poderoso recurso audiovisual e obriga o telespectador, no simples movimento de digitar canais – *zapping* – um após outro, a assistir a uma série de cenas de violência. Essa superposição de imagens, muitas vezes reforçada



pela repetição, em sua brutalidade intrínseca, obriga esse espectador a assimilá-la de forma indiferente, para se autopreservar do sentimento de desgosto, angústia e aversão que ela possa lhe provocar e insistir.

Ainda sobre seu efeito psicológico desses fatores, seja de forma consciente ou não, o fenômeno da violência pode-se incorporar em nosso imaginário como uma mera manifestação da natureza do ser humano. Imagens negativas do comportamento humano, recebidas em transmissões episódicas embora freqüentes, despertam um sentimento de impunidade que fortalece, em cada indivíduo e na coletividade, a crença de que nossas leis são obsoletas ou ineficientes; e portanto – o que é ainda pior –, causadoras de desajustes, miséria e desagregação da comunidade, indutoras à prática de novos comportamentos violentos, em um “processo inexorável de degradação social”.

Esses prejuízos causados pela ação irresponsável ou inescrupulosa de alguns meios de comunicação tem sido objeto de amplas e cada vez mais numerosas discussões entre o poder público e a sociedade. Sua conclusão é de que a aposta na associação da divulgação da violência a sua prevenção e à mensagem da cultura de paz, mediante ações de parceria entre governo – instituições – e cidadãos/cidadãs representantes de organizações e entidades interessadas, pode reverter esse quadro histórico que apenas faz perpetuar a dor e o sofrimento do ser humano pela cultura da imagem.



CULTURA DE PAZ

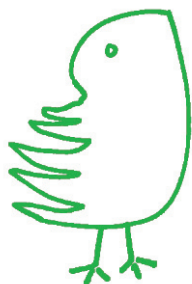
“Não há caminho para a paz, a paz é o caminho”.

Mahatma Gandhi

Um tema passa a ser importante quando é assunto de discussão, seja na vizinhança, seja na esfera nacional ou internacional, como é o caso da Cultura de Paz. Isso se torna de grande importância, principalmente quando experimentamos um momento histórico em que as distâncias se encurtam, possibilitando maior chance de convivência entre os seres humanos. Infelizmente, essa interação não tem acontecido como se deseja, pois há necessidade de admitir o diferente, conviver com aqueles que possuem outras referências culturais ou religiosas, ao mesmo tempo em que se faz necessário ver o outro, não como uma ameaça, mas como um parceiro potencial na solução dos conflitos gerados na convivência humana.

Na esfera internacional, a Cultura de Paz vem sendo objeto do interesse da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), que declara, na ocasião da criação desta, em 1945: *“como as guerras nascem no espírito dos homens, é no espírito dos homens que devem ser erguidas as defesas da paz”*.

Assim, em 20 de novembro de 1997, por meio da Resolução 52/15, o ano de 2000 é proclamado como o “Ano Internacional da Cultura de Paz” e, por intermédio da Resolução 53/25, de novembro de 1998, declara-se que o período entre 2001 e 2010, seja considerado “A Década Internacional para uma Cultura de Paz e da Não-Violência para as Crianças do Mundo”.



Conceito de Cultura de Paz

Para a UNESCO, *“Cultura de Paz é paz em ação; é o respeito aos direitos humanos no dia-a-dia; é um poder gerado por um triângulo interativo de paz, desenvolvimento e democracia. Enquanto cultura de vida trata de tornar diferentes indivíduos capazes de viverem juntos, de criarem um novo sentido de compartilhar, ouvir e zelar uns pelos outros, e de assumir responsabilidades por sua participação numa sociedade democrática que luta contra a pobreza e a exclusão; ao mesmo tempo em que garante igualdade política, equidade social e diversidade cultural.”* (Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz)

PRINCÍPIOS DA CULTURA DE PAZ

Em 1998, quando da celebração dos 50 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, um grupo de ganhadores do Prêmio Nobel da Paz redigiu o “Manifesto 2000 por uma Cultura de Paz e Não-Violência”, listando os seguintes princípios:

1. RESPEITAR A VIDA

Respeitar a vida e a dignidade de qualquer pessoa sem discriminar ou prejudicar.

2. REJEITAR A VIOLÊNCIA

Praticar a não-violência ativa, repelindo a violência em todas as suas formas: física, social, psicológica, econômica, particularmente diante dos mais fracos e vulneráveis, como as crianças e os adolescentes.

3. SER GENEROSO

Compartilhar meu tempo e meus recursos materiais cultivando a generosidade, para acabar com a exclusão, a injustiça e a opressão política e econômica.

4. OUVIR PARA COMPREENDER

Defender a liberdade de expressão e a diversidade cultural, privilegiando sempre a escuta e o diálogo, sem ceder ao fanatismo, nem a maledicência e ao rechaço ao próximo.

5. PRESERVAR O PLANETA

Promover o consumo responsável, e um modelo de desenvolvimento que tenha em conta a importância de todas as formas de vida e o equilíbrio dos recursos naturais do planeta.

6. REDESCOBRIR A SOLIDARIEDADE

Contribuir para o desenvolvimento de minha comunidade, propiciando a plena participação das mulheres e o respeito aos princípios democráticos, para criar novas formas de solidariedade.



POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DE VIOLÊNCIAS E AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 20 ANOS DO SUS

Retomada do crescimento e redução da desigualdade

- Entre 2001 e 2003, os trabalhadores ocupados passaram de 75,5 para 89,3 milhões.
- De 2003 a 2007, 12 milhões de brasileiros saíram da linha de pobreza.
- Entre 2001 e 2005, a desigualdade caiu 1,2% ao ano.

Código de Trânsito Brasileiro – CTB

Lei Federal nº 9.503, de 23/09/97, instituiu o Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, instrumento de importância fundamental no disciplinamento do trânsito no Brasil.

Em seu Artigo 1º - Parágrafo 2º, define que a segurança no trânsito é direito de todos e dever de todas as entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito (SNT), que respondem pelos danos causados aos cidadãos em virtude de ação e omissão.

O Departamento Nacional de Trânsito – Denatran/Ministério das Cidades –, como organismo federal, os Departamentos Estaduais de Trânsito – Detran –, organismos estaduais, e as entidades de trânsito das cidades, organismos municipais, coordenam as atividades de segurança viária.

O Conselho Nacional de Trânsito (Contran) é um órgão intersetorial governamental, de caráter consultivo, responsável pela regulamentação do Código de Trânsito Brasileiro. Compõem-se de representantes de alguns Ministérios e é coordenado pelo Denatran, do Ministério das Cidades.

Comitê Nacional de Mobilização para a Saúde, Segurança e Paz no Trânsito

Seu objetivo é consolidar e implementar as ações de prevenção de lesões e mortes pelo trânsito, e de promoção da cultura de paz. A decisão de sua criação partiu da ‘Primeira Semana Mundial das Nações Unidas de Segurança no Trânsito’, realizada entre 23 e 29 de abril de 2007.

Lei nº 11.705, de 19/06/08

Fixa alcoolemia 0 (zero) e impõe penalidades mais severas a quem dirigir sob a influência do álcool. **Proíbe a venda de bebida alcoólica nas rodovias federais** (ou contíguas). Reduziu os atendimentos em serviços de urgência e emergência e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU/192).

O novo Código de Trânsito Brasileiro já salvou cerca de 5 mil vidas.



Política Nacional de Atenção às Urgências

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) conta com 144 unidades de serviço que cobrem mais de 100 milhões de habitantes em 1.163 Municípios.

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB

A Portaria MS/GM nº 648, de 28/03/06, revisa as diretrizes e normas da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (SF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Planos Nacionais de Enfretamento de Violências

Destacam-se quatro grandes planos de enfrentamento de violências, definidos após ampla discussão da sociedade civil com o setor governamental:

- Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil – SEDH/PR (2007);
- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e/ou Doméstica contra Mulheres – SEPM/PR (2008);
- Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra Pessoas Idosas – SEDH/PR (2008); e
- Plano Nacional de Enfretamento do Tráfico de Pessoas – Ministério da Justiça (2008).



Estatuto do Desarmamento

Lei Federal nº 10.826, de 23/12/03. Define crimes e dispõe sobre registro, posse, comercialização de armas de fogo e munição e sobre o Sistema Nacional de Armas (Sinarm). Reduziu as mortes violentas por armas de fogo. A taxa de mortalidade caiu de 21,7 para 17,0 por 100 mil, entre 2003 e 2006, evitando-se 12.864 mortes.

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

Lei nº 8.069, de 13/07/90. Garante os direitos da população infanto-juvenil. Avanços de sua aplicação:

- A proporção de crianças e adolescentes na escola pública subiu de 81,4% em 1992 para 94,8% em 2005.
- Redução da mortalidade infantil em todo o país.
- Criação de Conselhos Tutelares e do PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil).

Estatuto do Idoso

Lei nº 10.741, de 01/10/03. Garante os direitos dos(as) cidadãos(ãs) acima dos 60 anos de idade. Elaborada após anos de debates na sociedade e no poder público, representa um avanço inegável para a legislação e uma das mais importantes ferramentas de inclusão social no Brasil.

Com sua implementação, os idosos brasileiros têm seus direitos a liberdade, respeito, dignidade, alimentação, saúde, educação, esporte, lazer, trabalho, profissionalização, previdência, assistência e habitação assegurados.

Dados da Fundação IBGE de 2007 revelam que as pessoas com 60 anos de idade e mais correspondem a 10,2% da população total do país (cerca de 19 milhões), 26,1% na faixa etária de 75 anos e mais de idade.

Maria da Penha lutou durante 20 anos para ver seu agressor condenado e virou símbolo contra a violência à mulher.

Lei Maria da Penha

Maria da Penha, que dá nome à Lei, viveu durante seis anos em situação de violência doméstica. Por duas vezes, seu marido tentou matá-la. Na primeira, com arma de fogo, e na segunda, por eletrocussão e afogamento, o que resultou em lesões irreversíveis para sua saúde, como paraplegia e outras seqüelas. Maria da Penha transformou sua dor em luta, sua tragédia em solidariedade.

A Lei nº 11.340, de 07/08/06, conhecida como Lei Maria da Penha, coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Tipifica a violência doméstica como uma violação dos direitos humanos. Altera o Código Penal e possibilita aos agressores serem presos em flagrante ou terem prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher.

Impacto da Lei Maria da Penha:

- Ampla mobilização da sociedade – segundo estudo da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM/PR), completado um ano de vigência da Lei, 74 artigos sobre ela tinham-se publicado na imprensa.
- Maior número de serviços da Rede de Atendimento.
- Delegacias mudam procedimentos – de outubro de 2006 a maio de 2007, foram instaurados 32.630 inquéritos, uma média de 177 inquéritos por Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM).
- Juizados e Varas instauram processos e aprovam medidas protetivas.

“Essa mulher renasceu das cinzas para se transformar em um símbolo da luta contra a violência doméstica no nosso país.”

Luís Inácio Lula da Silva
Presidente da República

Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher

Lei nº 10.778, de 24/11/03. Estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher para os casos, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, de qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como no privado.

Serviços da Rede de Atendimento à Mulher a partir da implantação da Lei Maria da Penha – LMP. Brasil, 2007

Tipo de serviço especializado	Existentes (A)	Abertos após a LMP	
		Nº absoluto (B)	Proporção (B/A)
Centros de referência	90	08	9%
Casas de abrigo	65	01	2%
DEAM	399	08	2%
Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher	15	15	100%
Varas adaptadas	32	32	100%
Defensorias da Mulher	15	01	7%

Fonte: SPM/PR/2007



Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA

Iniciada em 2006, para identificar e conhecer a magnitude e gravidade das violências atendidas nas unidades de urgência e emergência e serviços de referência de violências. A VIVA é composta por dois componentes:

Vigilância contínua

É realizada mediante notificação e investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras; é **compulsória** em situações de violência contra criança, adolescente, mulher e pessoa idosa.

A Ficha de Notificação/Investigação Individual é única, independentemente do sexo, faixa etária, raça/cor/etnia, classe social, religião ou orientação sexual da vítima. Encontra-se implantada no sistema Sinan NET.

Vigilância pontual

É feita por inquéritos hospitalares e/ou pesquisas periódicas, por amostragem.

Realizaram-se duas pesquisas desse tipo no SUS, em 2006 e em 2007. A partir de 2009, esse inquérito passará a ser bianual.

O QUE É UMA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA?

Notificar é dar conhecimento. Compulsório é obrigação.

A notificação compulsória e as informações levantadas por essa medida serve para que o Estado (federal, estadual e municipal) planeje políticas públicas com o objetivo de eliminar a violência contra a mulher, criança, adolescente e idosos a partir da realidade brasileira: onde acontece, qual o tipo de violência mais freqüente, quem comete essa violência, quem é que sofre a violência (raça, idade, classe social, etc.).

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

A Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/01, tem como diretrizes prioritárias:

- Promoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.
- Vigilância e monitoramento de violências e acidentes.
- Atenção integral às vítimas de violências e acidentes, desde o atendimento pré-hospitalar até a recuperação e reabilitação.
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
- Capacitação de recursos humanos.

Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito

A Portaria MS/GM nº 344, de 19/02/02 define a importância do Programa para os três níveis de governo e no trabalho intersetorial com participação social.

Encontra-se em fase de execução em 16 Municípios.

Política Nacional de Promoção da Saúde

A Portaria MS/GM nº 687, de 30/06/06, estabelece:

- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.
- Prevenção das violências e estímulo à cultura de paz.

A Política Nacional de Promoção da Saúde contribui para a prevenção de acidentes e violências na perspectiva do desenvolvimento sustentável, da mobilidade urbana e acessibilidade humana, promoção de ambientes, comportamentos e hábitos seguros e saudáveis para a população. Tem como eixos estruturantes a transversalidade, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação e controle social.

A notificação faz parte do atendimento humanizado às vítimas de violências.

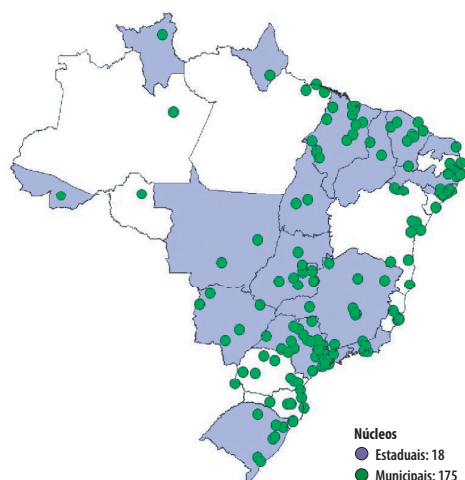


Política Nacional de Humanização – PNH

O acolhimento e escuta qualificada, realizados por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, constituem um atendimento humanizado às pessoas vítimas de violências ou em situação de vulnerabilidade.



Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde



Atualmente (2008), existem 211 Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS): 16 em instituições de ensino e pesquisa; 2 em ONG; e 193 em Secretarias de Estado e Municipais de Saúde.

Os Núcleos participantes dessa Rede coordenam, articulam, executam e potencializam, no nível local, as ações de enfrentamento de violências e de promoção da cultura de paz. Seus objetivos específicos:

- Promover a gestão do conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas e criativas.
- Implementar a troca de experiências de gestão e a formulação de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais.
- Fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e a segmentos populacionais sob risco.
- Intercambiar as formas de participação da sociedade civil, ONG e comunidades no desenvolvimento de um Plano de Prevenção de Violência e de Promoção da Saúde e Cultura de Paz.
- Implantar-implementar e acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano de Prevenção de Violência e de Promoção da Saúde e Cultura de Paz nas três esferas de governo.

Nos dois últimos anos, a Rede expandiu-se em função de grande investimento feito pelo Ministério da Saúde, mediante apoio técnico, repasse de recursos financeiros e monitoramento dos Núcleos, para proporcionar condições a sua estruturação, consolidação e sustentabilidade.

Rede de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica ou Sexual

Ações principais:

- Prevenção e tratamento de DST/aids, hepatite “B” e outras patologias que podem ocorrer como consequência de uma violência sexual.
- Realização de anticoncepção de emergência.
- Garantia da realização do aborto previsto em lei.
- Desenvolvimento de recursos humanos e treinamentos específicos.
- Notificação de violências.
- Garantia de proteção às mulheres e adolescentes em situação de risco de vida mediante articulações intersetoriais com a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, o Ministério Público, entre outros, com consequente encaminhamento para lar-abrigo, quando for o caso.
- Desenho de normas técnicas e protocolos específicos.

Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das Violências e Acidentes 2005-2007

Consensuada com o Distrito Federal, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, define prioridades e metas de vigilância e prevenção das violências e acidentes e de promoção da saúde.

Diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio

A Portaria MS/GM nº 1.876, de 14/08/06, estabelece estratégias, entre as quais se destacam:

- Formação de recursos humanos para as ações de prevenção e atenção às pessoas em risco de suicídio, sobreviventes e familiares.
- Articulação com a rede de saúde mental – ambulatórios, hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Controle de meios, como a articulação com a ‘Campanha do Desarmamento’, e de medicamentos e inseticidas, como os agrotóxicos, entre outros.
- Articulação e capacitação de profissionais dos meios de comunicação.
- Monitoramento de fatores de risco e de proteção às tentativas de suicídio.
- Campanhas educativas, outras estratégias e ações.

SAÚDE BRASIL UMA ANÁLISE DA DESIGUALDADE EM SAÚDE

Publicação periódica de análise de situação de saúde, que também aborda os acidentes e violências a partir dos dados levantados nos registros de óbitos, internações hospitalares e outras fontes.



Formação de recursos humanos e desenvolvimento de pessoas: um processo de educação permanente em saúde

Aqui, cabe destacar a realização do curso de educação à distância ‘Impactos da Violência na Saúde das Populações’.

Coordenado pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) e pelo Programa de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública (EAD/ENSP), ambos vinculados à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), esse curso já capacitou 500 profissionais de saúde e gestores das Secretarias de Estado e Municipais, além de profissionais de outras áreas, como Segurança Pública e Assistência Social.

Fomento ao ensino e pesquisa

O Ministério da Saúde e sua Secretaria de Ciência e Tecnologia tem fomentado estudos e pesquisas em parceria com instituições de ensino-pesquisa e outros setores, como o IPEA/MPOG, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia (CNPQ/MCT), OPAS-OMS, entre outros.

Igualmente, publicações de diversos documentos técnicos, dirigidos a gestores(as), trabalhadores(as) da saúde e de outros setores, além de materiais educativos para a população geral, visam divulgar o conhecimento e permitir trocas de informações e experiências.

Para saber mais:

Conheça a Lei nº 8.069, de 13/07/90:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm

Notícias sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

<http://www.redeandibrasil.org.br/em-pauta/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-completa-18-anos>

E para conhecer mais sobre o ECA:

<http://marcioruno.wordpress.com/2008/07/15/eca-18-anos-maioridade>

As ações do Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef:

<http://www.unicef.org.br>

Iniciativas com foco na juventude e na formação profissional do jovem são apresentadas pelo Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE):

http://www.gife.org.br/redegifeonline_noticias.php?codigo=8102&tamandotela=2&tipo=ie

Conheça o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – Sipiá:

<http://www.mj.gov.br/sipia/>

Sobre o Estatuto do Idoso:

http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/Id_idoso/

www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm

Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm

Conheça a Lei Maria da Penha na íntegra:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm

<http://www.spmulheres.gov.br>

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) da Fundação IBGE incluirá informações sobre as violências e acidentes.

Você sabia?

- Apesar dos 18 anos de existência do ECA, 16 crianças/adolescentes, em média, morrem assassinadas por dia no Brasil. Dados do Sistema de Informação para Infância e Adolescência – Sipiá – indicam que, entre os anos de 1999 e 2008 ocorreram por volta de 600 mil casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, dos quais aproximadamente 300 mil são realizados pelos próprios pais ou responsáveis.
- De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – do Ministério da Saúde o número de homicídios de jovens (10 a 19 anos) aumentou de 22,2% para 23,1% entre 2000 e 2005.
 - O Estatuto do Idoso garante a distribuição gratuita de próteses, órteses e medicamentos.
 - Os planos de saúde não podem reajustar as mensalidades pelo critério de idade.
 - O transporte coletivo público gratuito deve reservar 10% dos assentos e os transportes coletivos estaduais devem assegurar duas vagas gratuitas para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos.
 - Nenhum idoso pode ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão;
 - Tem prioridade na tramitação dos processos, procedimentos e execução dos atos e diligências judiciais;
 - Tem direito a 50% de desconto em atividades de cultura, esporte e lazer e reserva de 3% de unidades residências nos programas habitacionais públicos.
- De acordo com a Associação americana de Medicina, o estresse causado por viver em situação de violência constante, pode causar falta de apetite, fadiga, dores abdominais, disfunção sexual, problemas ginecológicos e outras doenças. São inúmeros os males causados às crianças que convivem com a violência doméstica. Elas geralmente sofrem de depressão, baixa auto-estima, pesadelos, ansiedade, baixo rendimento escolar, e outros.
- No mundo, cada cinco dias de falta ao trabalho são decorrentes de violência sofrida por mulheres em suas casas.
- A mulher que sofre violência doméstica, a cada cinco horas, perde um ano de vida saudável.



21 DESAFIOS PARA O SÉCULO XXI

1. Garantia da inclusão da temática das violências como um problema de Saúde Pública nas agendas dos gestores das três esferas de governo em consonância com o Pacto pela Saúde.
2. Implementação das estratégias e ações contidas na Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de Violências e Acidentes – 2005/2008 e programas específicos.
3. Elaboração, implantação e consolidação de planos nacional e dos planos estaduais e municipais de enfrentamento das violências e acidentes, promoção da saúde e da cultura de paz.
4. Intervenções sobre os determinantes e condicionantes das violências.
5. Ampliação da Agenda Temática da Promoção da Saúde.
6. Fortalecimento das ações de prevenção de violências e de promoção da saúde na atenção básica, nos serviços de média e de alta complexidade em saúde.
7. Garantia da educação permanente em saúde para o enfrentamento das violências e acidentes mediante a articulação ensino-serviço e o envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores da Saúde, representantes de instituições de ensino e pesquisa.
8. Garantia de financiamento sistemático das ações de prevenção de violências, promoção da saúde e da cultura de paz nos três níveis de gestão, acorde com as prioridades definidas pelas políticas de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Promoção da Saúde, mediante a articulação entre as diversas secretarias do Ministério da Saúde e seus parceiros nos Estados e Municípios.
9. Qualificação do controle social para a abordagem de temas inerentes à prevenção da violência e à promoção da cultura de paz.
10. Garantia da participação e controle social no desenvolvimento de ações de prevenção de violências e de promoção da saúde.
11. Consolidação das ações no âmbito da Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA.
12. Consolidação e expansão da notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências e implantação do módulo de violências no Sistema Sinan NET.
13. Realização de inquérito hospitalar de violências e acidentes em serviços de urgência e emergência, de periodicidade bianual, e consolidação da VIVA.
14. Monitoramento dos fatores de risco e de proteção em relação aos acidentes e violências.
15. Consolidação e expansão da Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.
16. Garantia da atenção integral e humanizada e da proteção social às vítimas de violências e às pessoas em situação de vulnerabilidade às violências, em ações intra e intersetoriais.
17. Produção de evidências de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e da cultura de paz.
18. Divulgação e intercâmbio de experiências bem-sucedidas de prevenção de violências e de promoção da saúde.
19. Ampliação e fortalecimento das parcerias nacionais e internacionais na área.
20. Redução da morbimortalidade por violências e acidentes.
21. Promoção da saúde e da cultura de paz.



CONASS

Violência: uma epidemia silenciosa

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

A partir da deliberação de Assembléia do CONASS de setembro de 2007, 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 realização de cinco seminários regionais e um seminário nacional.

Para subsidiar as discussões, foi publicado o ‘CONASS Documenta nº 15 – 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 outras drogas.

Também foram abordadas propostas de diretrizes para atuação das Secretarias de Estado 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 SUS: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e organismos internacionais envolvidos no enfrentamento dos diversos aspectos da violência, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Os seminários regionais foram realizados entre dezembro de 2007 e 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 aconteceu em abril de 2008, no Rio Grande do Sul.

Para a organização dos seminários, foi fundamental o envolvimento das 27 Secretarias de Estado, que trabalharam ativamente na identificação das experiências de en-

frentamento da violência nos serviços públicos estaduais e municipais, ou de instituições de ensino e pesquisa parceiras, que foram encaminhadas por formulário específico e selecionadas pela Secretaria Executiva do CONASS.

No total, foram selecionadas 118 experiências de 25 Estados brasileiros. Dessas, 102 foram apresentadas e debatidas nos seminários regionais: 20 da Região Sul; 21 da Região Centro-Oeste; 16 da Região Norte; 17 da Região Nordeste; e 28 da Região Sudeste. O resumo destas experiências foi publicado no ‘CONASS Documenta 16’.

Propostas de intervenção

O processo de mobilização coordenado pelo CONASS e seus parceiros resultou no documento ‘O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas’, que agrega experiências de vários Estados e Municípios para o enfrentamento dessa epidemia, bem como experiências internacionais como as que vêm sendo desenvolvidas no Canadá e na Colômbia. O texto também incorpora contribuições de pesquisadores e profissionais que participaram dos seminários regionais e do seminário nacional ‘Violência: uma epidemia silenciosa’, da equipe técnica do CONASS e de representantes do Ministério da Saúde, da OPAS-OMS e do CONASEMS.

As propostas são detalhadas e organizadas em seis áreas de atuação: vigilância; prevenção e promoção; organização da assistência; formação e educação permanente; pesquisa; e Legislação. Apresenta-se, a seguir, esse detalhamento.

Vigilância

Mapeamento das áreas com maior frequência de lesões e mortes ligadas à violência e acidentes e a integração dos dados dos sistemas de informações, tanto da área da Saúde como nas da Segurança, Trânsito e outros. A proposta ainda aponta ferramentas tecnológicas úteis para esse fim.

Prevenção e promoção

Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, mediante a implantação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde – NPVPS. Seu objetivo é o de executar estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes e articular uma rede de atenção inter-setorial e interinstitucional, apoiando o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento da violência, promoção da saúde e da cultura de paz.



- Identificação e mapeamento de situações de risco nas comunidades, como: alcoolismo; uso de outras drogas – em especial, o *crack* –; violência doméstica; doença mental; meio ambiente; e ambientes que estimulam situações de risco e violência. Ações de mobilização social também se fazem necessárias, haja vista a comunidade, assim como os demais atores presentes, uma vez envolvida, poder intervir na definição das prioridades, implementação das ações e avaliação dos resultados.
- Instituição de comissões de prevenção de acidentes e violência nas escolas, para favorecer uma cultura de prevenção, de cuidados e de promoção da saúde, diminuindo a mortalidade por acidentes e violências na comunidade escolar.
- Realização de campanhas de comunicação social com estratégias dirigidas para orientação e sensibilização sobre os malefícios do uso abusivo do álcool e de outras drogas, direcionando especial atenção quanto às complicações referentes ao uso do *crack*.
- O CONASS também propõe, nos níveis de governo, câmaras setoriais das políticas de saúde, segurança, prevenção da violência e promoção da cultura de paz, a envolver as diversas áreas e instituições públicas com o objetivo de formular diretrizes, coordenar, articular e acompanhar os resultados dos programas de governo para enfrentar e prevenir as violências. Entre as ações de articulação intersetorial, outras medidas podem ser tomadas, como a implantação de casas-abrigo para mulheres vítimas de violência e crianças em situação de risco.

Organização da assistência

- Adequação do sistema de saúde local e municipal, considerando-se que alguns grupos populacionais exigirão maiores cuidados e ações de diferentes profissionais.
- Disponibilidade de ações e serviços de saúde e estabelecimento de protocolos de atendimento, de acordo com as especificidades locais.
- Constituição da atenção primária como porta de entrada no atendimento integral às vítimas de violência. Em áreas de risco, as equipes da Estratégia Saúde da Família devem ser adequadas, com recursos humanos em quantidade e multidisciplinaridade necessária e suficiente para atender às necessidades da população.
- Organização dos serviços de saúde mental, com vistas a aprimorar a atenção aos pacientes usuários de álcool e outras drogas – especialmente o *crack*, pela alta indução à dependência e aumento de seu consumo.

Formação e educação permanente

- Promoção de capacitação das equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde (ACS) no

desenvolvimento de habilidades cognitivas para identificar possíveis violências no ambiente familiar e na comunidade, e encaminhar as vítimas à rede de atenção, bem como no desenvolvimento de ações de prevenção da violência e promoção da cultura de paz.

Legislação

- Mudança na Legislação que trata da comercialização e do consumo de bebidas alcoólicas, com ênfase na fiscalização e punição sobre sua venda a menores de 18 anos de idade, aumento da taxaço e controle sobre consumo e publicidade.
- Mudanças na legislação que trata da propaganda de bebidas alcoólicas, definindo-se a obrigatoriedade de informações sobre os malefícios causados pelo consumo de álcool.
- Apoio à implementação da Lei nº 11.705, de 19/06/08, que altera o Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, com a finalidade de estabelecer alcoolemia zero e impor penalidades mais severas ao condutor que dirigir sob a influência do álcool, mediante a definição de uma fiscalização mais sistemática e rigorosa.
- Revisão da Legislação com vistas ao aumento no rigor das penas relacionadas à violência no trânsito, como também à habilitação e fiscalização dos condutores de motocicleta.
- Reforço das ações de fiscalização para o cumprimento das leis que tratam da violência de gênero, contra a criança e o adolescente, e contra o idoso.
- Alteração da Legislação no sentido de reforçar as ações de combate e repressão ao crime e ao tráfico de drogas, especialmente do *crack*.

Esse conjunto de propostas foi entregue, formalmente, ao Ministério da Saúde, no dia 27 de Agosto deste ano de 2008. O CONASS espera que os itens apresentados contribuam para, além do mais amplo debate, a pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde para construir, conjuntamente com o Conselho Nacional de Saúde, uma política nacional de enfrentamento da violência com foco nas possibilidades de atuação da área da Saúde e seu papel de articulação com as demais políticas públicas.

Para saber mais:

Sobre o 'CONASS Documenta Nº 15 – Violência: uma epidemia silenciosa':

http://www.conass.org.br/admin/arquivos/conass_documenta_15.pdf

E sobre o 'CONASS Documenta Nº 16':

http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta16_final.pdf



OPAS-OMS E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS

Neste Painel, a Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e suas Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa e de Vigilância em Saúde; recomenda não apenas o enfoque para o estudo do tema como também atua na busca de soluções para a violência com base em evidências científicas, historicamente adotadas na solução de outros problemas de Saúde Pública.

O setor da Saúde deve assumir sua parcela de responsabilidade na abordagem do problema da violência, a partir do tratamento apropriado das vítimas, passando pela geração de informações com qualidade, como também seu papel na liderança, facilitação e participação de outros setores na definição e execução de políticas públicas integradas de prevenção de violência e promoção da saúde.

Efeitos da violência sobre o desenvolvimento

O aumento das manifestações violentas nas Américas, o aparecimento de formas modernas e modernizadas de fazer violência e a mudança na percepção da população, provocam efeitos sociais no desenvolvimento de uma nação, caracterizado através dos seguintes aspectos:

- Em termos sociais e culturais, redução significativa na qualidade de vida da população.
- Em termos econômicos, aumento dos custos das atividades econômicas; e redução das possibilidades de inversão externa e da rentabilidade social do capital.
- Em termos urbanos, uma sensível redução do uso do espaço público na cidade – e o conseqüente encerramento no espaço privado –, e do tempo para desfrutá-lo.
- Em termos da instituição Saúde, um aumento dos gastos com procedimentos médico-hospitalares.
- Em termos da estrutura social, a produção e geração de danos pela violência fomentam comportamentos que corroem as bases e princípios de convivência e da resolução pacífica de conflitos.
- Em termos da segurança humana, entendida como as diversas condições necessárias a uma saúde e bem-estar seguros para as pessoas e as comunidades, a violência aumenta os riscos e as preocupações com a segurança e o bem-estar das populações.

Passos fundamentais que podem transformar o problema em solução

- Obtenção de conhecimentos sobre a ocorrência de violência, mediante a reunião sistemática (vigilância epidemiológica ou informação para a ação) de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as conseqüências de eventos violentos no nível municipal (local), estadual e nacional.
- Pesquisas, pautadas no rigor científico, dirigidas aos determinantes sociais, ou seja, sobre as causas e/ou associações ‘causais’ da violência, que permitam levantar evidências sobre:
 - aspectos contextuais que determinam a reprodução social de condições de risco;
 - causas e/ou fatores que aumentam ou diminuem o risco da ocorrência de atos violentos; e
 - comportamentos, atitudes e crenças possíveis de modificar-se com intervenções intersetoriais e/ou de saúde.
- Desenho de estratégias e intervenções de prevenção da violência baseadas nos princípios da Atenção Primária em Saúde e da Promoção da Saúde – com o uso da informação descrita no passo anterior –, que permitam a execução, vigilância e avaliação de ações, e a aplicação, sob diversas circunstâncias, de intervenções comprovadas ou promissoras, acompanhadas de ampla difusão de informações, além da determinação da eficiência em função dos custos dos programas.
- Estímulo ao trabalho intersetorial, para estabelecer a articulação dos vários setores da gestão do Estado que, necessariamente, devem se envolver na abordagem integral da violência; e à participação permanente da sociedade civil.
- Avaliação de resultados e reformulação das ações, segundo o caso.

Você sabia?

- A desigualdade social, medida pelo Coeficiente de Gini, tem sido associada ao crime e à violência de tal forma que o aumento de um ponto no coeficiente correlaciona-se com 1,5% de incremento nas taxas de homicídios e com 2,6% de aumento nas taxas de roubos. Se a situação de desigualdade piorar indefinidamente, os efeitos permanentes serão 3,7 e 4,3 vezes mais altos, respectivamente, para homicídios e roubos.



O papel da OPAS-OMS

- Melhorar e desenvolver sistemas de informações sobre as expressões diferentes de violência interpessoal e social.
- Fortalecer a resposta do setor da Saúde, tanto à vítimas da violência como em programas preventivos, a serem desenvolvidos no nível comunitário.
- Impulsionar decisões dos governos nacionais ou municipais coerentes com a magnitude do problema em cada cidade ou país.
- Promover pesquisa e avaliação dos programas de prevenção de violência.
- Fortalecer o trabalho em rede e a conformação de alianças estratégicas.
- Impulsionar projetos específicos de prevenção de violência, de acordo com as autoridades locais ou nacionais.
- Apoiar os países, em suas necessidades de capacitação e fortalecimento institucional, para enfrentar a violência.

Prevenção: exemplos de intervenções efetivas

	Intervenção	Papel da Saúde
Todas as lesões	Reduzir disponibilidade de álcool	Liderar
Violência interpessoal	Visitas em domicílio	Liderar
	Capacitação (Escola) de pais	Liderar
	Habilidades para a vida	Advogar, colaborar, avaliar
	Reforçar o pré-escolar	Advogar, colaborar, avaliar
	Programas escolares para prevenir violência	Advogar, colaborar, avaliar
Conduta suicida	Restringir o acesso aos meios	Liderar
	Tratar a depressão	Liderar

Intervenções com evidências de efetividade na prevenção da violência em crianças, adolescente e jovens

Nível interpessoal		
JÁ	PRONTO	EM PREPARAÇÃO
<p>Visitas domiciliares a famílias em risco durante a primeira infância, entre 0 e 3 anos de idade.</p> <p>Capacitação de pais com primeiro(a) filho(a) em situações de risco.</p>	<p>Jovens em situação de alto risco participam em atividades conjuntas com jovens de baixo risco, sob supervisão especializada.</p>	<p>Mediação de pares</p>

Intervenções com evidências de efetividade na prevenção da violência em crianças, adolescentes e jovens

Nível comunitário		
JÁ	PRONTO	EM PREPARAÇÃO
<p>Vigilância e controle de comportamentos intimidadores (<i>bullying</i>) na escola, com desenvolvimento de competências sociais, mudança de conduta cognitiva, resolução de problemas, autocontrole.</p> <p>Participação estruturada em atividades desportivas e apoio à comunidade.</p>	<p>Atividades extracurriculares na escola-comunidade.</p> <p>Redução da disponibilidade de álcool para adolescentes e jovens.</p> <p>Atividade policial concentrada em áreas de altas taxas de criminalidade e ação coordenada com a comunidade e o sistema judicial.</p> <p>Polícia comunitária – Programas CAMPS.</p>	<p>Fortalecimento da seguridade escolar e tolerância zero à violência.</p>

Nota: JÁ: podem ser aplicadas sem temor, tem forte evidência de sua efetividade. PRONTO: existem evidências, porém não fortes. EM PREPARAÇÃO: evidência débil.



Fonte: OPAS-OMS



O tema da Violência nas Conferências Nacionais de Saúde

A criação da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP – ampliou a condição do Ministério da Saúde em incrementar e aperfeiçoar a as práticas de gestão e participação nas três esferas de governo. O advento da SGEP permitiu a ampliação da vocalização das necessidades e dos desejos da população, e a escuta dos profissionais e dos serviços, no sentido de que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam a construção de consensos a partir da identificação dos dissensos, revelam diferentes opiniões e alternativas, ensinam resultados mais expressivos e duradouros.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS constitui um conjunto de atividades pelo aprimoramento, maior eficácia, eficiência e efetividade da gestão do Sistema. São ações que incluem o apoio à mobilização e controle social, a educação popular, a busca da equidade, o monitoramento e a avaliação, a ouvidoria, a auditoria e a defesa da ética na gestão dos serviços públicos de saúde.

A Assembléia Nacional Constituinte consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado. Uma emenda popular incluiu em seu texto a participação da sociedade civil como componente essencial da construção das políticas públicas, ideia oriunda da 8ª Conferência Nacional de Saúde. As Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos, estabelecidas na Lei no 8.142/90, são espaços instituídos de controle social, com a finalidade de avaliar as condições de saúde da população e formular as diretrizes da política de saúde.

As últimas quatro Conferências Nacionais foram mais veementes na abordagem do tema da Violência.

A **10ª Conferência Nacional de Saúde** (1996) direciona ao Estado Brasileiro o foco de responsabilização pela formulação e implementação de políticas que integrem saúde, educação, alimentação, nutrição, moradia, informação pública, saneamento, meio ambiente, geração de emprego e de renda, distribuição e acesso à terra. Naquela oportunidade, recomenda-se a criação dos Conselhos de Segurança e Paz pelos Municípios, Estados e União, com a missão de propor ações inter-setoriais voltadas à violência, em que a qualificação específica dos trabalhadores que atuam em áreas de risco seja uma questão significativa para a Saúde.

Para a **11ª Conferência Nacional de Saúde** (2000), as estratégias de promoção da saúde devem prever ações de prevenção e educação. A violência, uma questão de Saúde Pública, deve ser enfrentada com um conjunto integrado de políticas e estratégias diversas. Propõe-se a articulação entre as Polícias Civil e Militar e a reestruturação das Corregedorias das Polícias, sendo imprescindível a organização de um Sistema de Vigilância das Violências.

A **12ª Conferência Nacional de Saúde** (2003) vê nas várias formas de violência a expressão das iniquidades sociais. Sendo assim, também se trata de um assunto prioritário para a Saúde Pública. Esta, para enfrentá-la, deve desenvolver políticas intersetoriais que articulem os setores de Educação, Saúde, Segurança Pública, Segurança Alimentar, Assistência Social, Comunicação, Direitos Humanos e Cidadania do Governo, em seus três níveis de gestão, para viabilizar investimentos em ações educativas como forma de prevenção à violência.

Na **13ª Conferência Nacional de Saúde** (2007) o tema ganha maior consistência. Afirma-se a responsabilidade da rede pública de saúde pela implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Trauma e Violência, os protocolos de atenção contra todos os tipos de violência e para todos os cidadãos e cidadãs. Sugere-se a elaboração de políticas públicas intersetoriais e transversais voltadas às pessoas em situação de rua, portadoras ou não de transtornos mentais, usuários de drogas e com necessidades especiais. Repudiam-se práticas higienistas, repressivas e violentas que incidam sobre esses segmentos populacionais. A implementação do programa de atendimento às mulheres vítimas de violência, em cumprimento à Lei Maria da Penha, e de abortamento, com orientações e oferta de apoio psicológico pelas unidades de saúde, foram recomendações destacadas como fundamentais para a consecução do processo de eliminação da violência.

As deliberações dessas últimas Conferências Nacionais de Saúde representam um conjunto de respostas para o desafio da violência, à altura dos agravos por ela causados à população brasileira. Representam ações perfeitamente possíveis de serem adotadas no desenho de políticas intersetoriais e implementadas pelos governos nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde.



METAS DO MILÊNIO

No ano 2000, os 191 países reunidos na Cúpula do Milênio, da Assembléia Geral das Nações Unidas, assumiram o compromisso de cumprir os seguintes OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO:

Até 2015,



1 Erradicar a extrema pobreza e a fome

Metas

- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar, calculado pela paridade de seu poder de compra em cada país.
- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome.



2 Atingir o ensino básico universal

Meta

- Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico.



3 Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

Meta

- Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, mais tardar até 2015.



4 Reduzir a mortalidade na infância

Meta

- Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.



5 Melhorar a saúde materna

Meta

- Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.



6 Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças

Metas

- Até 2015, ter detido a propagação do HIV/aids e começado a inverter a tendência atual.
- Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.



7 Garantir a sustentabilidade ambiental

Metas

- Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável às políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.
- Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável segura.
- Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados.



8 Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Metas

- Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório.
- Atender as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos.
- Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
- Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar sua dívida sustentável a longo prazo.
- Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam aos jovens obter um trabalho digno e produtivo.
- Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento; em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente das tecnologias de informação e de comunicações.



NA INTERNET

BRASIL - Governo Federal
www.brasil.gov.br

PR - Presidência da República
www.presidencia.gov.br; www.planalto.gov.br

MS - Ministério da Saúde
www.saude.gov.br

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=384

CNS - Conselho Nacional de Saúde
www.conselho.saude.gov.br

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=380

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
www.opas.org.br

MCD - Ministério das Cidades
www.cidades.gov.br

MEC - Ministério da Educação
www.mec.gov.br

MJ - Ministério da Justiça
www.mj.gov.br

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
www.mte.gov.br

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos
www.sedh.gov.br

SEPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
www.spmulheres.gov.br

SEPPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepppir/

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
www.conass.org.br

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
www.conasems.org.br

MPT - Ministério Público do Trabalho
www.mpt.gov.br

CGU - Controladoria-Geral da União
www.portaldatransparencia.gov.br

ONU - Organização das Nações Unidas
www.onu-brasil.org.br

OIT - Organização Internacional do Trabalho
www.oit.org

OIT/BRASIL - Organização Internacional do Trabalho
www.oitbrasil.org.br

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
www.unicef.org.br

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
www.anvisa.gov.br

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
www.abrasco.org.br

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
www.ibge.gov.br

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
www.opas.org.br/ripsa

Notícias e informações de todos os Ministérios, Secretarias, Programas e Projetos do Governo Federal ou que contam com seu apoio.

Sítio eletrônico com todas as informações sobre a Presidência da República.

Informações para usuários, trabalhadores e gestores da Saúde, com acesso a todas as Secretarias, programas e projetos do Ministério. Legislação, publicações e mais.

Reafirma os princípios da Reforma Sanitária, a equidade, integralidade e universalidade do SUS. Apoiar os mecanismos de participação popular e controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde. Ouve os gestores e os serviços. E audita as contas do SUS.

Informação atualizada sobre o Conselho, conferências, lutas e atividades em curso. Boletins, jornais e publicações. Acesso ao Cadastro Nacional, pautas, deliberações e muito mais.

A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS – do MS trabalha em várias ações, incluindo vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de risco.

O sítio da Organização Internacional de cooperação dispõe informações e atualidades, acesso a redes e ao boletim eletrônico, informativos e publicações. Acesso à OMS e outras agências de cooperação e instituições.

O MCD combate as desigualdades sociais, transformando as cidades em espaços mais humanizados, ampliando o acesso da população à moradia, ao saneamento e ao transporte.

O portal do MEC oferece informações para usuários, trabalhadores e gestores da educação, com acesso a todas as Secretarias, programas e projetos do Ministério. Legislação, publicações e mais.

Informações para usuários, trabalhadores e gestores da Justiça e da Segurança Pública, com acesso a todas as Secretarias, programas e projetos do Ministério. Legislação, publicações e mais.

O MTE oferece, em sua página eletrônica, informações para usuários, trabalhadores e gestores. Acesso a todas as Secretarias, programas e projetos do Ministério. Legislação, publicações e mais.

A SEDH/PR cuida da articulação e implementação de políticas públicas voltadas à proteção e promoção dos direitos humanos.

A SEPM/PR define e coordena políticas públicas que contribuem para a melhoria da vida de todas as brasileiras, de maneira a reafirmar o compromisso do Governo Federal com as mulheres do país.

A SEPPPIR tem a missão de estabelecer iniciativas contra as desigualdades raciais no País.

Notícias e informação atualizada sobre o Conselho, as Secretarias de Estado da Saúde e atividades em curso. Publicações, Coleção Progestores, Legislação do SUS e outras matérias de interesse.

Portal das Secretarias Municipais de Saúde. Informação atualizada e notícias. Publicações, acesso a outros portais, Legislação do SUS e muito mais.

O MPT é um dos ramos do Ministério Público da União, que também compreende o Ministério Público Federal, o Ministério Público Militar e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

O Portal da Transparência permite ao cidadão acompanhar a execução orçamentária dos programas e ações do Governo Federal e os recursos transferidos a Estados e Municípios.

A ONU é uma instituição internacional formada por 192 Estados soberanos, fundada após a 2ª Guerra Mundial para manter a paz e a segurança no mundo, fomentar relações cordiais entre as nações, promover progresso social, melhores padrões de vida e direitos humanos.

A OIT foi fundada em 1919 com o objetivo de promover a justiça social. É a única das Agências do Sistema das Nações Unidas constituída de estrutura tripartite, na qual os representantes dos empregadores e dos trabalhadores têm os mesmos direitos que os do governo.

No Brasil, a OIT tem mantido representação desde 1950, com programas e atividades que refletem os objetivos da Organização ao longo de sua história.

O UNICEF lidera e apóia algumas das mais importantes transformações na área da infância e da adolescência no País. Participa das grandes campanhas de imunização e aleitamento, contribuiu para a aprovação do Art. 227 da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente, e apóia o movimento pelo acesso universal à educação, os programas de combate ao trabalho infantil e todas as ações por uma vida melhor para crianças e adolescentes na região do semi-árido brasileiro.

A Anvisa/MS tem a missão de proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso.

Notícias e informação atualizada na área da Saúde Coletiva. Biblioteca e livreria. Boletins, revistas e livros. Relatórios e textos dos grupos de trabalho temáticos.

Portal brasileiro da informação. Censos, estudos e pesquisas que podem ser “baixados” pela internet sem custo para o usuário. Informações sobre todos os Municípios e Estados. Mapas interativos. Biblioteca, loja virtual e muito mais.

Os Indicadores e Dados Básicos para Saúde – IDB – são os principais produtos da Ripisa/OPAS-OMS, atualizados a cada ano. Notícias e informações sobre sua estrutura e funcionamento.



DATASUS - Departamento de Informação e Informática do Sus
www.datasus.gov.br

DENATRAN - Departamento Nacional de Trânsito
www.denatran.gov.br

'O TRABALHO INFANTIL NO BRASIL'
www.schwartzman.org.br/simon/pdf/trab_inf2004.pdf

ANDI - Agência de Notícias dos Direitos da Infância
www.redeandibrasil.org.br

BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE/MS
http://dtr2001.saude.gov.br/banco/index.htm

BIBLIOTECA DIGITAL DO MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
www.dominiopublico.gov.br

BIREME/OPAS-OMS - Biblioteca Virtual em Saúde
www.bireme.br

BVS/MS - Biblioteca Virtual em Saúde
www.ministerio.saude.bvs.br

CADERNOS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE
http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm

CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
www.claves.fiocruz.br

CRIANÇA SEGURA
www.criançasegura.org.br

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
www.dieese.org.br

FGV - Fundação Getúlio Vargas
www.fgv.br

GIFE - Grupo de Instituto, Fundações e Empresas
www.gife.org.br
DIFUSÃO DA LEI DO APRENDIZ
www.gife.org.br/redegifeonline_noticias.php?codigo=8102&tamanhodetela=2&tipo=ie

GGB - Grupo Gay da Bahia
www.ggb.org.br

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
www.ibase.org.br

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
www.ipea.gov.br

PROGRAMA 'SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS'
www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS10347757PTBRIE.htm

PROGRAMA DE APOIO A BRASILEIROS NO EXTERIOR
www.abe.mre.gov.br

PROGRAMA INTERNACIONAL PARA A ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL
www.ilo.org/ipecc

PRONASCI - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
www.mj.gov.br/pronasci

REDE FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS
www.redesaude.org.br

REDE NACIONAL DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE
http://www.redepazbrasil.ufms.br/default.php

SIPIA - Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
www.mj.gov.br/sipia

MONITORAIDS - Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids
www.aids.gov.br/monitoraids

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1078

Acesso interativo às principais bases de dados do Ministério da Saúde. Informações em saúde, produção ambulatorial e hospitalar, aplicativos (softwares), arquivos e publicações.

O Denatran/MCD tem a função de coordenar a gestão do trânsito em todo o Brasil.

Trabalho encomendado pela OIT, baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – da Fundação IBGE.

Rede ANDI Brasil trabalha no sentido de colocar a infância e a adolescência como prioridades absolutas na definição e implementação de políticas públicas. São 11 organizações que se dedicam, diariamente, a incidir na agenda da mídia, pautando e qualificando notícias e reportagens sobre o universo infanto-juvenil.

Serviço do Ministério da Saúde com informações de preços e relatórios gerenciais visando não apenas à divulgação dos preços como também a auxiliar as instituições na melhor gestão de seus recursos financeiros, bem como de seus produtos de saúde.

Milhares de livros, vídeos, fitas de áudio e imagens de domínio público disponíveis gratuitamente pela internet.

Pesquisa e acesso eletrônico a textos, livros, revistas e artigos na área da Saúde, acesso às bases Lilacs, SciELO, Cochrane; e a outras bibliotecas virtuais temáticas. Fotocópia.

A BVS/MS constitui um importante repositório de textos e publicações da área da Saúde, com entradas para redes e bibliotecas virtuais, Legislação Federal, bases de dados e notícias.

Dados de saúde, saneamento, financiamento, produção e mais, atualizados, por Região, Estado ou Município.

O CLAVES/ENSP/Fiocruz é um centro de pesquisa, ensino e assessoria criado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz em 1989, com o objetivo de investigar o impacto da violência sobre a saúde da população brasileira e latino-americana.

A Criança Segura é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, com a missão de promover a prevenção de acidentes com crianças e adolescentes até 14 anos de idade.

Informações sobre emprego e desemprego, custo de vida, cesta básica, salário mínimo. Publicações, estudos e pesquisas, notas técnicas, indicadores, metodologias e cooperação técnica.

Pesquisas, bibliotecas e publicações. Indicadores econômicos.

O sítio eletrônico do GIFE, entre outros objetivos, dispõe informações para a capacitação profissional do jovem, a exemplo do documento-link apresentado, que aponta formas de difusão da Lei do Aprendiz.

O GGB é a mais antiga entre as associações de defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil.

Notícias e informações, projetos e pesquisas sobre economia solidária, Fórum Social Mundial, monitoramento de políticas públicas, segurança alimentar, juventude e meio ambiente. Campanhas e acesso a outras redes.

O Ipea, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG –, dispõe informações socioeconômicas sobre o país, publicações, arquivos e biblioteca, estudos e pesquisas setoriais voltados ao planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

'Saúde e Prevenção nas Escolas' é um projeto dos Ministérios da Saúde e da Educação, que conta com o apoio da UNESCO e da UNICEF.

Esta página, dentro do sítio eletrônico do MRE, dispõe informações e orienta sobre os direitos e deveres de brasileiros que vivem ou pretendem viajar ao exterior.

O sítio eletrônico do IPEC, da OIT, foi criado em 1992 com o objetivo de eliminar, progressivamente, o trabalho infantil no mundo.

Desenvolvido pelo Ministério da Justiça, o Pronasci marca uma iniciativa inédita no enfrentamento à criminalidade no país. Articula políticas de segurança com ações sociais; prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência, sem abrir mão das estratégias de ordenamento social e Segurança Pública.

O portal da Rede oferece informações, documentos, publicações e links com outros movimentos e entidades, além de publicar boletins eletrônicos.

Sítio eletrônico de divulgação da Rede, cujo objetivo é promover, articular e disseminar políticas públicas e práticas bem-sucedidas que contribuam para o desenvolvimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

O Sipiia é um sistema nacional de registro e tratamento de informações, criado para subsidiar a adoção de decisões governamentais sobre políticas para crianças e adolescentes, garantindo-lhes acesso à cidadania.

Instrumento de monitoramento da epidemia de aids, com indicadores socioeconômicos e epidemiológicos para o Brasil, Regiões e Estados. Boletins epidemiológicos, textos e informação.

Bancos de dados com informações sobre o mercado de trabalho em saúde. Instrumento para a tomada de decisão e apoio à formulação de políticas pelos três níveis da Saúde Pública e pela Saúde Suplementar, privada.



PUBLICAÇÕES



Painel de Indicadores do SUS

Dirige-se aos Conselheiros de Saúde – usuários, trabalhadores e gestores. Perfil dos impactos da transição demográfica, novos modos de vida e políticas públicas nos indicadores de saúde. Disponível no sítio: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>



Epidemiologia e Serviços de Saúde

Publicação técnico-científica do Sistema Único de Saúde do Brasil, especializada em estudos epidemiológicos para o aprimoramento dos serviços do SUS. Publicação da SVS/MS, disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.



Saúde Brasil 2004, 2005 e 2006 – uma análise da situação de saúde

Situação de saúde no Brasil e suas desigualdades, apresenta análises epidemiológicas, fornece elementos para a compreensão dos determinantes sociais e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer. É produzida pelo DASIS/SVS/MS. Disponível no sítio: <http://portal.saude.gov.br/svs>

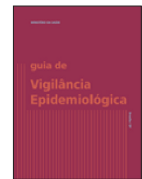
Publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) em 2005, a 6ª edição do Guia de Vigilância Epidemiológica é uma versão ampliada e atualizada das anteriores. Aborda ações de vigilância e controle de doenças transmissíveis. Orienta profissionais de saúde na investigação, prevenção e controle epidemiológico. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.

Guia de Vigilância Epidemiológica



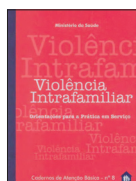
Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros

Apresenta, de forma sistemática, informações sobre acidentes e violências a partir de bancos de dados existentes no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Uma reflexão mais ampla sobre o contexto da violência. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.



Estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de acidentes e violências, mediante o implementação de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência



Violência Intrafamiliar

O tema é tratado segundo o gênero e os ciclos de vida. Aborda a violência contra portadores(as) de deficiência. Seus objetivos específicos são orientar os profissionais no diagnóstico, tratamento e prevenção de violências. Estimula o estreitamento das relações entre instituições atuantes nas áreas de Saúde, Segurança Pública, Justiça, Educação, Direitos Humanos e nos movimentos sociais. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.



O manual, discute os maus-tratos a crianças e adolescentes e as formas de violência passíveis de prevenção pelos serviços de saúde. Consolida a proposta de criação de um sistema de notificação e atendimento. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.

Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde



Vigilância em Saúde no SUS – Fortalecendo a Capacidade de Resposta aos Velhos e Novos Desafios

Perfil da nova configuração político-institucional e técnica para a vigilância em saúde com a construção do modelo descentralizado, diversificação das fontes de financiamento e outras formas de aperfeiçoamento. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.



Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil

Uma abordagem analítica das desigualdades em saúde. Apresenta informações referentes a todos os óbitos ocorridos no Brasil cuja causa básica tenha sido acidentes de transporte terrestre, no período de 1980 a 2004, incluindo local de ocorrência, residência, idade e sexo, obtidas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) sobre a mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.





Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc)

Consolida o projeto de integração dos sistemas SIM, Sinasc e Siab e estimula as estratégias adotadas pelos sistemas locais de saúde para o aperfeiçoamento da cobertura e qualidade das informações. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.

Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores de DCNT/Rede Carmen

Revisão bibliográfica que traz experiências de avaliação conduzidas nos diferentes países, sobre doenças crônicas não transmissíveis. Apresenta o referencial teórico de Habitch et al. (1999). Cita exemplos de emprego de indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto e, ainda, um guia prático de avaliação aplicável as situações de serviços. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações



Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS

Apresenta a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, cujo objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde da população brasileira relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Aprovada pela Portaria nº 687, de 30/03/06 e publicada em 2007. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações

Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil

Metodologias e indicadores possíveis de reproduzir nas Secretarias de Estado e Municipais. Apresenta um aplicativo baseado na planilha eletrônica Excel, “Medidas de Desigualdades”, especialmente produzido para reprodução e automação da maioria dos métodos estatísticos usados no tema. Também dispõe um arquivo com instruções, “Guia de Utilização”. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.



Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan

Padroniza o uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) nas três esferas de governo. Auxilia na alimentação regular da base de dados do Sistema nacional pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, principalmente de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional; é facultado aos Estados e Municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua localidade. Disponível no site: www.saude.gov.br/svs

Violência Faz Mal à Saúde

Informa os profissionais de saúde, gestores do SUS e instituições parceiras sobre como a violência sofrida por crianças e adolescentes é reconhecida. A partir da realidade, trabalha com redes intersetoriais e multiprofissionais na perspectiva da prevenção e atenção integral, proteção de direitos e desenvolvimento saudável. Disponível no site: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações



Indicadores e Dados Básicos Brasil (IDB)

Folheto com dados para o último ano informado, relativos a indicadores selecionados da base completa do IDB. Compreende 120 indicadores, em série histórica desde 1990, desagregados por Regiões, Estados, Regiões Metropolitanas e capitais. Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>

Devassos no Paraíso

Estudo da homossexualidade no Brasil. João Silvério Trevisan investiga a atuação do Santo Ofício no Brasil, as punições aos sodomitas, os conceitos de pecado e desvio de conduta em relação à homossexualidade e os esforços de políticos, autoridades policiais, juízes, higienistas e psiquiatras por entender e tentar conter a pederastia nos séculos XIX e XX. Direitos civis, inserção social de minorias, aids e intolerância. Valioso para a antropologia e a psicanálise, dissecar a religião, revela o homoerotismo nas artes e na mídia e o cotidiano homossexual, em diversos depoimentos. Editora Record; 588 p.



Salud en las Américas

Valioso estudo sobre a Saúde nos países das Américas. Publicação da Organização Pan-Americana da Saúde-OMS. Disponível em espanhol. Versão eletrônica gratuita.



Políticas de Saúde no Brasil – Um século de luta pelo direito à saúde

O filme aborda mais de 100 anos de história e conquistas sociais que resultaram na institucionalização do SUS. Estimula o debate das etapas municipais e estaduais das conferências de saúde e serve de material didático à capacitação de conselheiros e profissionais de saúde. Para os conselheiros de saúde, movimentos sociais, instituições de ensino e entidades de trabalhadores. Para obter cópias ou informações, fale conosco: sgpe.dema@saude.gov.br. Ou acesse e grave no endereço: <http://www.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1zip>



SIGLÁRIO

ACS	Agentes Comunitários de Saúde	MPT	Ministério Público do Trabalho
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	MS	Ministério da Saúde
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre	MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
BO	Boletim de Ocorrência	Notivisa	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial	NPVPS	Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	OIT	Organização Internacional do Trabalho
CGDANT	Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não-Transmissíveis	OMS	Organização Mundial da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite	ONG	Organização Não-Governamental
CIT	Comissão Intergestores Tripartite	ONU	Organização das Nações Unidas
Claves	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli	OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde	PIB	Produto Interno Bruto
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde	PNH	Política Nacional de Humanização
Contran	Conselho Nacional de Trânsito	PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
CTB	Código de Trânsito Brasileiro	PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Dasis	Departamento de Análise de Situação em Saúde	PR	Presidência da República
Datasus	Departamento de Informática do SUS	Pronasci	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	PSE	Programa Saúde na Escola
DDH	Disque Defesa Homossexual	Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher	SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Demags	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS	SEADH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
Denatran	Departamento Nacional de Trânsito	SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Detran	Departamento de Trânsito	Seseg	Secretaria de Estado de Segurança do Rio de Janeiro
EAD	Programa de Educação a Distância	SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente	SHRad	Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública	SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
EUA	Estados Unidos da América	SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
EXPOEPI	Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia	SinanNET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Fiocruz	Fundação Instituto Oswaldo Cruz	Sinarm	Sistema Nacional de Armas
GM	Gabinete Ministerial	SINESPJ	Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal
CGIAE	Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica	Sinet	Sistema Nacional de Estatísticas de Trânsito
GIFE	Grupo de Institutos, Fundações e Empresas	Sipia	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial	SNT	Sistema Nacional de Trânsito
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	SUS	Sistema Único de Saúde
IPEC	Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil	SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
LMP	Lei Maria da Penha	UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
MCD	Ministério das Cidades	Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia	UNODC	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime
MJ	Ministério da Justiça	Vigitel	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão	VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes





Caro Leitor(a),

Sua opinião é muito importante para oferecermos, a cada nova edição do *Painel de Indicadores do SUS*, um material de alta qualidade e relevância para a gestão do Sistema Único de Saúde e para o controle social da Saúde Pública em seu Município, Estado e no país.

Pensando nisso, disponibilizaremos, via internet, um formulário eletrônico para que você avalie o *Painel* e colabore conosco na construção, de forma participativa, de suas próximas edições.

Visite nossa página e deixe sua opinião.

Acesse www.saude.gov.br, clique sobre o nome da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e, em seguida, do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.

Contamos com sua colaboração.

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS



Impresso em papel reciclado



www.saude.gov.br

Disque Saúde:

0800.61.1997



Ministério
da Saúde

Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa

Secretaria de
Vigilância em Saúde

