

Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

Initiatives of Surveillance and Prevention of Accidents and Violence within the National Unified Health System (SUS)

Deborah Carvalho Malta

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF
Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

Maria do Socorro Alves Lemos

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Governo de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

Marta Maria Alves da Silva

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF

Eugênia Maria Silveira Rodrigues

Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília-DF

Cynthia Gazal-Carvalho

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO

Resumo

A violência se incorporou à agenda do setor Saúde recentemente, por volta das duas últimas décadas do século XX, pautada pelo crescimento dos números de óbitos e adoecimentos por causas externas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, anualmente, mais de 1,6 milhão de pessoas morrem vítimas de violência individual ou coletiva. Este artigo apresenta o processo de inserção do tema Violência no contexto do Ministério da Saúde (MS) e as iniciativas nas diversas áreas afins ao tema. Relata, ainda, a estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, estimulada pelo MS com o objetivo de subsidiar, técnica e politicamente, projetos locais de promoção da saúde e prevenção de violências; e divulga as principais deliberações da I Oficina Nacional da Rede de Prevenção de Violências, realizada em junho de 2005, visando à articulação dessa Rede.

Palavras-chave: violência; prevenção de acidentes; vigilância; Sistema Único de Saúde.

Summary

Violence has been recently included in the agenda of the Health sector, within the last two decades of the XX century, following an increase in the number of deaths and illnesses due to external causes. According to the World Health Organization, 1.6 million people die annually from individual or collective violence. This text presents the inclusion process and various initiatives of the Brazilian Ministry of Health (MS) regarding violence prevention. It also reports the organization of the National Violence Prevention and Health Promotion Network, encouraged by the MS, in order to provide technical and political basis for local projects on health promotion and violence prevention and disseminates the main deliberations of the I National Workshop of the Violence Prevention Network, held in June 2005, reinforcing the Network's structure.

Key Words: *violence; accident prevention; surveillance; National Unified Health System.*

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 1º Andar, Sala 142, Brasília-DF. CEP: 70058-900
Email: deborah.malta@saude.gov.br; cgdant@saude.gov.br

Introdução

A violência é um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada.

O Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, conceitua a violência como “*uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação*”.¹

Minayo e Souza² conceituam a violência como “*evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros*”. A violência, portanto, não é praticada apenas contra indivíduos, senão também contra grupos, gêneros, etnias e até nações, sendo um fenômeno não apenas contemporâneo, porém arraigado na história da constituição da humanidade.

A violência apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão,³ revestindo-se de complexidade, seja pela multiplicidade de seus determinantes, seja pela variedade de abordagens e potencialidades de intervenção, o que, na Saúde, aponta para um novo significado do conceito Prevenção.

A consciência social sobre o tema tem se aprofundado, enquanto a tolerância contra atos violentos, reduzido. Entretanto, sobre este último ponto, ainda permanecem diferenciações e flexibilidades na aceitação social. Por exemplo, a violência do trânsito – atropelamentos e mortes por consumo de álcool abusivo e alta velocidade – todavia é aceita como fatalidade, mais tolerada que os homicídios. A violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos permanece um tabu, algo não dito e restrito aos “lares”, oculta, silenciada e, de certa maneira, tolerada com a convivência pactuada dos membros da família e da comunidade. A violência da criminalidade e da delinquência social, por outro lado, inscreve-se no imaginário social como indiscutivelmente condenável.⁴

Algumas faces do problema

No Brasil, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes: cerca de 400.000 por homicídios, 310.000 por acidentes de trânsito e 65.000 por suicídios; o restante, por acidentes em geral. Em 1980, de cada 100 mil habitantes, 12 morriam por homicídios; em 2003, esse número foi de 28 por 100 mil hab.⁴

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em 2003, ocorreram 126.656 mortes violentas no País, destacando-se as agressões (51 mil), os acidentes de trânsito (33,6 mil) e os suicídios (7,8 mil). A maioria das mortes violentas ocorre entre homens jovens.⁵

Há menor informação sobre as violências domésticas – todas as formas de agressões que acontecem nos domicílios. Os estudos existentes mostram somente a ponta do iceberg. As agressões contra crianças e adolescentes acontecem, em sua maioria, dentro de casa, praticadas pelos próprios parentes.⁶

As mulheres também são vítimas constantes da violência doméstica. Estudo realizado por Acosta e Barker⁷ com 749 homens na faixa etária entre 15 e 60 anos no Rio de Janeiro mostra que 25,4% deles usaram de violência física contra sua parceira íntima pelo menos uma vez, 38,8% usaram violência psicológica e 17,2% informaram ter praticado violência sexual.

A violência apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão.

Em relação aos idosos, os estudos indicam que a maioria das queixas refere-se à violência praticada por parentes.⁸ Noventa por cento dos casos de violência contra esse grupo ocorrem no interior dos lares, dois terços dos agressores são filhos homens, noras, genros e cônjuges, e o agressor físico e emocional usa drogas. Contribuem para a maior vulnerabilidade do idoso: o agressor viver na mesma casa que a vítima; os filhos serem financeiramente dependentes dos pais idosos ou, ao contrário, o idoso depender da família e de seus filhos para sobreviver; o ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e fragilidade de vínculo familiar;

o isolamento social da família e da pessoa idosa; o idoso ter sido ou ser agressivo nas relações com seus familiares; haver história de violência na família; o responsável pelo idoso ter sido vítima de violência doméstica; e presença de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico.⁴

Por sua invisibilidade, a violência vivida na esfera doméstica tende a ser minimizada ou tratada como uma questão policial e jurídica, ora criminalizando o autor, ora penalizando a vítima e afastando-a do relacionamento ameaçador, todavia sem apresentar alternativas sociais de práticas preventivas e promocionais de qualidade de vida e saúde. No Brasil, a violência sexual comercial contra crianças e adolescentes, por sua relevância, é alvo de políticas públicas nas três esferas de governo. O Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (Cecria), de Brasília-DF, coordenou, apoiado e patrocinado por diversas instituições, um estudo denominado "Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil".⁹ O trabalho constatou 241 rotas do crime organizado, por via terrestre, marítima ou aérea, usadas na exploração sexual de mulheres e crianças brasileiras. A pesquisa permitiu comprovar a relação direta entre o tráfico de seres humanos e o crime organizado – tráfico de drogas, falsificação de documentos e lavagem de dinheiro. O estudo também ampliou a compreensão do fenômeno para o contexto das redes organizadas de exploração comercial do sexo e, como consequência, instaurou-se uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar e identificar as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes.⁹

Autores, como Minayo e colaboradores, têm discutido a importância de fazer da violência alvo de políticas públicas de saúde, por sua importância enquanto problema que afeta a saúde individual e coletiva.⁴ Considerada um objeto novo para a saúde coletiva, a violência convida a um movimento que *"contém em si a possibilidade de rejuvenescimento do escopo, dos debates e da própria definição dos horizontes e missão do setor"*.¹⁰

Intersetorialidade na prevenção da violência

A complexidade das questões sociais exige vários olhares e abordagens, aglutinação de saberes e práticas na construção integrada de soluções. A ação interse-

rial surge como uma nova possibilidade de resolução de problemas sociais, buscando aperfeiçoar recursos e soluções integradas.

Junqueira e Inojosa conceituam a intersectorialidade como a *"articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social"*.¹¹ A intersectorialidade pressupõe uma idéia de integração que transcende as ações isoladas de um único setor social, com vistas a uma nova abordagem dos problemas sociais.

A intersectorialidade implica, outrossim, novo formato de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, objetiva superar as iniquidades, buscar acesso igual para os desiguais. Nesse sentido, exige-se articulação de saberes e experiências, estabelecimento de parcerias e redes sociais. As redes sociais, por sua vez, buscam, com ações integradas, superar problemas e estabelecer acordos de cooperação, aliança e reciprocidades, para definir seus objetivos de forma coletiva e articulada.¹²

No Ministério da Saúde, essa compreensão motivou a concepção da rede de prevenção de violência para o desenvolvimento de estratégias pactuadas de vigilância, prevenção e controle sustentável das violências e fatores de risco, apoiadas nas realidades social, econômica e regional do País. Participam da sustentação dessas redes gestores, profissionais de saúde, instituições públicas, instituições de ensino e pesquisa e entidades profissionais; e conselhos de saúde, instituições privadas e instituições não governamentais.

A sociedade tem estabelecido, cada vez mais, redes de saberes e práticas. Os espaços de conexão têm se redobrado à medida que o fluxo das informações e de atividades se intensifica, em resposta à demanda crescente de novos acordos sociais na vida dos povos. A Saúde, rediscutida nessa complexidade lançada pela sociedade em redes, abre-se à realização de suas possibilidades e limites mediante a construção, contínua, de formas de olhar e pontos de contato.

Inúmeras têm sido as iniciativas, em todos os campos do saber, de organização de espaços capazes de potencializar ações conjuntas e de fazer fluir as informações. A realização de uma ação conjunta não depende, tão-somente, dos fluxos diversos de informação. Ela exige que se definam objetivos e estratégias, implica estimular a organização da ação entre aqueles

que dela participarão. Mais do que tudo, esses espaços representam a capacidade de grupos e instituições de explicitar a riqueza intersubjetiva, organizacional e política, e concretizar esses compromissos.

Essa nova forma de articulação em rede requer a inclusão de instituições parceiras e atores que se mobilizem em torno a um tema que afeta, negativamente, o cotidiano, para o melhor reconhecimento de suas causas, assim como de suas soluções potenciais. Nesse espaço, seguramente, são reforçados valores como colaboração, confiança e solidariedade. Dessa forma, esses atores se dispõem a pesquisar, monitorar, avaliar e promover a materialização de idéias, fomentando a distribuição de responsabilidades, a tomada democrática de decisões, controles coletivos sobre o que está a ser feito e avaliações sistemáticas dos resultados obtidos.

O que há de novo nesse tipo de organização em rede é que os atores envolvidos assumem uma ação proposta e decidem participar, engajam-se nessa ação como sujeitos de seus compromissos. Em suma, a organização em rede tem como valores fundamentais: co-responsabilidade; liberdade; respeito mútuo; democracia; e transparência. Estas premissas reforçam a construção de uma agenda de compromissos entre atores do Estado e da sociedade civil, uma oportunidade de o Estado atribuir novo significado a seu papel e compromisso ético com a formulação de políticas públicas que respondam às necessidades sociais, com o fortalecimento da autonomia das estruturas da sociedade.

O presente trabalho objetiva descrever as iniciativas do Ministério da Saúde na vigilância e prevenção de acidentes e violências, com destaque para a estruturação da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde e a realização da I Oficina Nacional, visando a sua articulação.

Alguns resultados em andamento na incorporação do tema da violência pelo Ministério da Saúde

Reconhecendo a importância do tema, o Ministério da Saúde reuniu especialistas no tema Violência, gestores e profissionais de atendimento de serviços de urgência, que elaboraram um documento estabelecendo as diretrizes e atividades para o setor Saúde e a construção de políticas intersetoriais. O documento foi pactuado junto ao Conselho Nacional de Saúde e

apresentado como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS).¹³

Estudiosos têm discutido a importância de fazer da violência alvo de políticas públicas de saúde, por sua importância enquanto problema que afeta a saúde individual e coletiva.

Essa Política lida com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física; abuso sexual; violência psicológica; e violência institucional. Nela, a violência é abordada como um problema de Saúde Pública a ser compartilhado com outros setores, que necessita de definições de estratégias próprias de “*promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos*”.¹³ São pressupostos da PNRMAV: (I) saúde entendida como um direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; (II) direito e respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; e (III) promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

O documento também define as seguintes diretrizes:

1. Promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis
2. Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências
3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar
4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências
5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação
6. Capacitação de recursos humanos
7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O pressuposto colocado é de integração e articulação de todas as áreas do Ministério da Saúde nas ações de vigilância, prevenção, assistência, avaliação e capacitação dos recursos humanos do SUS para a abordagem do tema.¹³

Após a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do SUS,

diversas intervenções e atividades foram desenvolvidas no esteio dessas diretrizes, entre as quais ressaltam:

Vigilância

A SVS/MS tem realizado monitoramento de acidentes e violências por meio da análise das bases de dados existentes, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A análise dessas bases de dados tem servido ao monitoramento da morbimortalidade por acidentes e violências e à orientação de políticas públicas. Análises de dados foram apresentadas nas duas edições do Saúde Brasil, de 2004 e 2005, sobre tendências históricas de acidentes e violências, avaliação da efetividade de políticas públicas – como o Código de Trânsito Brasileiro – e a campanha de desarmamento da população.^{5,14} Outra fonte de informação consiste no monitoramento dos **fatores de risco**, tendo sido realizada, em 2003, a 1ª Pesquisa Nacional de Fatores de Risco em Doenças e Agravos Não Transmissíveis em 16 capitais, graças à parceria entre o Instituto Nacional do Câncer/MS e a SVS/MS.¹⁵ Em 2007, ocorrerá a primeira Pesquisa Nacional de Fatores de Risco em Escolares, que contará com um módulo de acidentes e violências para monitorar o envolvimento de escolares adolescentes (13 a 15 anos de idade) em situações de violência. Outra iniciativa em curso consiste na implantação do Sistema de Informação Sentinela de Violências em Municípios selecionados. Planejou-se uma ficha de notificação de acidentes e violências, a ser implantada em Municípios selecionados, para monitorar o comportamento desses agravos nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida (mulher, criança, adolescente, idoso, deficiente físico e trabalhadores). Os Sistemas de Informação Sentinela serão implantados em locais de atendimento das vítimas de violência e de acidentes, visando captar informações essenciais para a prevenção, além de monitorar o impacto das ações implantadas.¹⁶

Assistência

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), responsável por participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, responde, entre outras ações de seu Departamento de Atenção Especializada, pela implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências.¹⁷ Esta política resultou do trabalho do Ministério

da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde, Estados e Municípios. Seu principal componente consiste na implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), cuja cobertura atual é de 62 milhões de brasileiros em 266 cidades. A Política Nacional apóia-se em cinco ações:

1. Organização do atendimento de urgência em unidades de pronto-atendimento
2. Estruturação do atendimento pré-hospitalar móvel (Samu/192)
3. Reorganização das grandes urgências e prontos-socorros em hospitais
4. Criação da retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências
5. Estruturação do atendimento pós-hospitalar

Na implantação desse serviço, estão sendo investidos recursos destinados à compra de ambulâncias, montagem das Centrais de Regulação e dos Núcleos de Educação em Urgência.¹⁸

Nesse sentido, a implantação do Qualisus objetiva qualificar os serviços de urgência com a melhoria do conforto do usuário, atendimento baseado em grau de risco, diminuição do tempo de espera e menor permanência no hospital. Previsto nos principais hospitais de urgência do País, o Qualisus exigirá a readequação tecnológica e dos processos de trabalho nessas unidades.¹⁹

Pesquisas e avaliação

O **monitoramento** e a **avaliação** consistem em instrumentos para melhorar o desempenho dos programas sociais. Essas atividades, entendidas como instâncias de aprendizagem que permitem a reestruturação e melhoria desses programas,²⁰ contribuem para o conhecimento da realidade local e o acompanhamento dos problemas existentes, permitem a correção de rumos, reforçam os êxitos e seus resultados e devem orientar tomadas de decisão. É desejável, portanto, que seus procedimentos atendam a todos os programas e projetos, enquanto processos formativos que colaboram no fortalecimento das capacidades dos indivíduos, das comunidades e das instituições. Algumas iniciativas em curso na área de prevenção da violência abordam tanto iniciativas de avaliação e monitoramento quanto incentivos a pesquisas. Entre elas, destacamos:

1. Fomento à realização de pesquisas estratégicas sobre o tema, a partir de uma cooperação entre

- o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia, com a seleção de cerca de 40 projetos de pesquisa, em que se investiram R\$ 3 milhões.
2. Parceria da SVS/MS com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde (Claves/ENSP/Fiocruz/MS), para realizar estudo de avaliação de experiências em prevenção de acidentes de trânsito em cinco capitais brasileiras (Belo Horizonte, Curitiba, Goiânia, São Paulo e Recife).
 3. Construção de indicadores de monitoramento da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, sendo conduzida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
 4. Parcerias em curso, a exemplo de uma pesquisa sobre custos em acidentes de trânsito, sendo conduzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea/MPOG), vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e um inventário das experiências brasileiras de prevenção de agressões por arma de fogo em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).
 5. O desafio da avaliação de experiências da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, além do registro das experiências dos 62 núcleos de prevenção à violência financiados, que contribuiu para sua difusão.²¹

Capacitação

A educação permanente em saúde é um dos desafios do SUS. Entre algumas das iniciativas em curso na SVS/MS, está a capacitação de gestores e trabalhadores de saúde na análise de dados e vigilância de violências, mediante curso de curta duração, para extração de indicadores (TAB-DANT, aplicativo para extração de indicadores de doenças e agravos não transmissíveis) cursos de especialização de longa duração em vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, cursos de vigilância de lesões adaptado de projeto do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) e, em planejamento, o curso a distância sobre prevenção de violências em parceria com o Claves/ENSP/Fiocruz/MS. Ações de capacitação estão sendo executadas por instituições parceiras, junto aos núcleos da rede de prevenção da violência. Além

de capacitar, diretamente, gestores e trabalhadores da saúde, é possível considerar como ação formadora a inserção do tema Violência no currículo de matérias ministradas pelas instituições de ensino e pesquisa. Para tanto, é necessário vencer o desafio da articulação inter e intra-institucional.²¹

Prevenção de violências

O Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito foi elaborado tendo como referências teóricas as recomendações da Organização Mundial da Saúde,²² o Código de Trânsito Brasileiro²³ e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.¹³ O Projeto, que teve início em 2002, executado em cinco capitais, expandiu-se para outras 11 em 2006.

As redes sociais buscam, com ações integradas, superar problemas e estabelecer acordos de cooperação, e definir objetivos de forma coletiva e articulada.

Estudo conduzido pelo Claves/ENSP/Fiocruz/MS, com avaliação dessas experiências, apontou avanços locais na articulação intersectorial, ações educativas, intervenções na mobilidade urbana e, em algumas capitais, redução das taxas de acidentes de trânsito.²⁴

Outro projeto fundamental consiste na estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Violências. Em maio de 2004, com o objetivo de implantar a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no que concerne à promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, foi assinada a Portaria Ministerial nº 936, de 20 de maio de 2004, que define e estrutura o modelo da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, voltada à articulação de ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais dedicadas à prevenção da violência. Essa rede tem os seguintes objetivos: (I) promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras, nacionais, regionais e locais; (II) implantar a troca de experiências de gestão e formulação de políticas públicas inter e intra-

setoriais; (III) fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; (IV) trocar experiências sobre formas de participação da sociedade civil, organizações não governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e (V) acompanhar o desenvolvimento das ações de prevenção da violência e promoção da saúde nas várias esferas de gestão.¹⁹

Até novembro de 2004, a iniciativa de constituir a Rede Nacional de Prevenção de Violências encontrava-se sob a Coordenação da SAS/MS; a partir de então, essa atribuição passou às mãos da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Departamento de Análise de Situação de Saúde da SVS/MS. Essa medida teve por objetivo potencializar a prevenção da violência, mediante intervenções e atividades de vigilância e promoção da saúde.

Antes, as ações do Ministério da Saúde no campo da prevenção da violência eram desenvolvidas, internamente, por áreas específicas, como a área da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, a Vigilância Sanitária e a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde (CN-DST/AIDS/SVS/MS). O Projeto de Promoção da Saúde, da então Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS), também desenvolveu ações de prevenção da violência entre adolescentes e deu início ao Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, citado no primeiro parágrafo deste item do texto. Ao ser criada em junho de 2003, a SVS/MS deu continuidade aos trabalhos iniciados pela SPS/MS nessa área, com um trabalho de análise da situação de saúde em acidentes e violências. O Ministério da Saúde também participou de ações em parcerias intersetoriais, como o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração de Crianças e Adolescentes, criado e desenvolvido pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, órgão integrante da Presidência da República.

De 2001 a 2003, apoiaram-se ações nos núcleos de prevenção da violência nos Estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Amapá, Mato Grosso do Sul e Paraíba, além de um núcleo no Município de Recife. Diagnóstico realizado pela SAS/MS sobre as atividades dos núcleos de Maceió, Recife e Rio de Janeiro mostrou que o enfrentamento das violências

nas diferentes localidades seguiu caminhos distintos, mesmo porque a diversidade regional do País impede a adoção de um único modelo de estrutura. Assim, cada Estado traçou sua trajetória de acordo com as especificidades locais. Criaram-se espaços públicos para a discussão sobre a violência e seu impacto na Saúde, realizaram-se seminários sobre o tema e os Municípios promoveram ações de articulação com as instâncias internas do governo, abrindo espaço para a manifestação e participação efetiva da população e criando novas alternativas de trabalho.

A constituição da Rede priorizou o trabalho com os Municípios onde já se articulavam redes de atenção e proteção a pessoas e populações vivendo situações de violência. Selecionaram-se os Municípios com mais de 100.000 habitantes e piores índices de mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios. Esse processo foi desenvolvido pelo MS em parceria com o Claves/ENSP/Fiocruz/MS.²⁵

Estabelecido esse *ranking* e considerado o orçamento disponível para 2004, foram contemplados 36 Municípios, dois Estados, dez instituições acadêmicas e duas organizações não governamentais na composição da Rede. Dois núcleos estaduais (Mato Grosso do Sul e Paraíba), que haviam realizado convênios em 2003, incorporaram-se à nova proposta do MS. Também foram abertas possibilidades de outros Municípios e instituições agregarem-se à idéia e fazerem parte da Rede. O Ministério da Saúde investiu cerca de R\$ 5 milhões e, até o momento da finalização deste relatório, a Rede estava constituída de 62 núcleos, distribuídos nas cinco macrorregiões nacionais (Figura 1), principalmente concentrados na Região Sudeste e em Áreas Metropolitanas de capitais. Desses Núcleos, 14 são instituições de ensino e pesquisa que, junto com o Ministério da Saúde, têm a missão de capacitar, apoiar, monitorar, avaliar e sistematizar experiências.

Os recursos para sua implementação foram repassados mediante convênios. Pode-se identificar dois pontos comuns em relação às dificuldades enfrentadas pelos núcleos: todos tiveram problemas na gestão dos recursos financeiros advindos de convênios, o que caracteriza deficiência na qualificação dos gestores para lidar com esse aspecto administrativo-financeiro; e não contavam com pessoal qualificado para a abordagem do tema Violência.

Figura 1 - Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

| Macrorregião | Núcleos acadêmicos | Núcleos municipais | Núcleos estaduais | Núcleos – ONG ^a |
|--------------|---|---|--|--|
| Sudeste | Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Claves/ENSP/Fiocruz/MS) Universidade de São Paulo (USP)-Ribeirão Preto-SP Núcleo de Estudos da Violência (NEV)/USP Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) | Vitória-ES Cariacica-ES Serra-ES Vila Velha-ES Rio de Janeiro-RJ Belford Roxo-RJ Duque de Caxias-RJ Niterói-RJ Nova Iguaçu-RJ Petrópolis-RJ São Paulo-SP Campinas-SP Diadema-SP Embu-SP Guarulhos-SP Itaquaquecetuba-SP Osasco-SP Praia Grande-SP São José dos Campos-SP Belo Horizonte-MG | São Paulo Rio de Janeiro | Viva Rio, Rio de Janeiro-RJ Instituto Pro-mundo, Rio de Janeiro-RJ Ipas Brasil, Rio de Janeiro-RJ |
| Sul | Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) | Curitiba-PR Foz do Iguaçu-PR Porto Alegre-RS Caxias-RS | | |
| Centro-Oeste | Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Universidade de Brasília (UnB) | Goiânia-GO Campo Grande-MS Corumbá-MS Cuiabá-MT | Mato Grosso do Sul Distrito Federal | |
| Nordeste | Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Fundação Universidade de Pernambuco (UPE) Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) Escola de Saúde da Família de Sobral-CE Universidade Federal da Bahia (UFBA) | Campina Grande-PB Recife-PE Olinda-PE Feira de Santana-BA Sobral-CE Natal-RN | Paraíba | |
| Norte | Universidade Federal do Amazonas (UFAM) | Rio Branco-AC Manaus-AM Porto Velho-RO Boa Vista-RR Pacaraima-RR | Amapá | |

a) ONG: organizações não governamentais

I Oficina Nacional da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde

Em junho de 2005, a SVS/MS realizou, em Brasília, o I Seminário da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, com os objetivos de: (I) fomentar a constituição da Rede pelos núcleos muni-

cipais, estaduais, acadêmicos e não governamentais; e (II) elaborar estratégias para o estabelecimento de parcerias nas demais ações, envolvendo as três esferas de governo. O encontro possibilitou, ainda: troca de experiências; pacto do papel das instituições de ensino e pesquisa; e definição dos mecanismos de comunicação da Rede e principais aspectos do monitoramento das atividades desenvolvidas.

Nesse encontro, realizou-se uma oficina com os núcleos acadêmicos integrantes da Rede, da qual participaram: Escola Nacional de Saúde Pública (Claves/ENSP/Fiocruz/MS); Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Estadual de Pernambuco; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública do Ceará; Escola de Saúde da Família de Sobral; Universidade Federal do Amazonas; Universidade de Brasília; e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Em seguida à apresentação da experiência de cada núcleo, constatou-se a importância de sua participação no processo de implementação da Rede. Pactuaram-se as seguintes atribuições:

1. Definição de metodologias de capacitação e organização de cursos.
2. Apoio à sistematização de experiências locais.
3. Construção de um cadastro nacional de experiências.
4. Proposição de indicadores de monitoramento.
5. Definição de experiências para serem avaliadas *a posteriori*.
6. Apoio à sistematização de experiências de prevenção da violência e promoção da saúde integrantes da Rede.

Além das atribuições gerais, as atribuições específicas estabelecidas para algumas dessas instituições foram: para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desenvolvimento de indicadores de monitoramento da Rede; e para a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desenvolvimento de espaço de comunicação eletrônica da Rede.

Em fevereiro de 2006, uma nova oficina reuniu as instituições acadêmicas participantes da oficina de junho de 2005, em que se integraram novos núcleos à Rede: Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, também da Universidade de São Paulo; e Universidade Federal de Minas Gerais. Essa oficina reafirmou os compromissos pactuados anteriormente, além de definir novos objetivos, a saber: (I) fomentar projetos de extensão e ensino sobre o tema Violência nas universidades; (II) apoiar a sistematização e publicação de experiências de prevenção da violência e promoção da saúde pelos integrantes da Rede; e (III) organizar cursos por núcleos selecionados.

Estabeleceram-se, de comum acordo, objetivos específicos para cada núcleo. Definiu-se uma organização interna em que os núcleos acadêmicos permaneceram responsáveis pelo acompanhamento de determinados núcleos da Rede, contemplando, preferencialmente, a proximidade regional.

Outra importante conclusão do encontro foi a de que a eficiência de um processo em rede está relacionada, diretamente, à qualidade da comunicação entre os participantes. Sendo assim, previu-se a inclusão de todas as formas possíveis de troca de informações entre os núcleos – comunicação via Internet; comunicação horizontal; troca de experiências em encontros anuais, nacionais e regionais –, incentivando-se o contato, por telefone ou *e-mail*, entre os coordenadores dos núcleos, as instituições de pesquisa e o Ministério da Saúde.

Desafios e conclusão

São muitos os desafios à inserção do tema Violência no contexto da Saúde, sua institucionalização e sustentabilidade. Um primeiro desafio consiste na criação e posta em prática de planos nacionais de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, inclusive de prevenção da violência no nível local, articulado com as diferentes áreas e experiências existentes. Outro desafio consiste na ampliação da capacidade da vigilância de violências, seja pela melhoria das bases de dados e implantação da coleta de dados sobre violência (serviços sentinela), seja pela ampliação da capacidade de análise dos dados existentes. Outra questão consiste na definição de prioridades e apoio a pesquisas sobre as causas, conseqüências, custos e atividades de prevenção da violência.

A organização da assistência à saúde também lida com muitos desafios: incorporação efetiva da prevenção da violência na atenção primária; fortalecimento das respostas assistenciais de saúde às vítimas da violência em seu aspecto biopsicossocial; atendimento às urgências; e articulação de parcerias na busca de respostas integradas.

A iniciativa do Ministério da Saúde de fomento da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde significa um importante passo no avanço da abordagem do tema. As redes têm um grande potencial de inovação, atuam de maneira diferenciada à de instituições isoladas e não supõem, necessariamente,

um centro hierárquico e uma organização vertical; são definidas pela multiplicidade quantitativa e qualitativa dos elos entre seus diferentes membros, orientadas por uma lógica associativa. Dessa forma, elas se mantêm dinâmicas, sempre abertas à incorporação de novos grupos, interesses e pessoas.

A ação de prevenção da violência faz-se de forma integrada e articulada entre diversas áreas e um conjunto das políticas sociais, seja com a Educação, a Secretaria Especial de Direitos das Mulheres, a Justiça, a Assistência Social, os Conselhos Tutelares, as universidades e outros parceiros, promovendo a equidade social e de gênero. No esteio dessa articulação, é fundamental o apoio permanente à colaboração e maior intercâmbio de informações para a prevenção da violência, bem como a busca de respostas práticas que considerem as políticas internacionais de controle de tráfico de armas, drogas e seres humanos.

A multiplicidade dos fatores determinantes dos desafios envolvidos implica, de parte do setor Saúde, a definição de prioridades e um posicionamento, mais além do papel de contagem e tratamento das vítimas, de articulação e formulação de intervenções à altura de sua responsabilidade diante dessa questão contemporânea.

Parafrazeando Nelson Mandela, “*Devemos fazer frente às raízes da violência. Só assim transformaremos o legado do século passado, de lastro oneroso em experiência ensinada*”.¹

Agradecimentos

Aos técnicos da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Suely Andrade e Valter Costa, pelas sugestões apresentadas ao texto deste relatório.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.
2. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 1998;4:513-531.
3. Adorno S. Socioeconomic exclusions and urban violence. *Sociologias* 2002;8:84-135.
4. Minayo MCS, Souza ER, Malaquias JV, Reis AC, Santos NC, Veiga JPC, Silva CFR, Fonseca IG. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
5. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da tendência da morte violenta. In: *Saúde Brasil, 2005*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Assis SG. Estudo sócio-epidemiológico sobre violência em escolares em Caxias [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
7. Acosta F, Barker G. Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Promundo; 2003.
8. Debert GG. A família e as novas políticas sociais no contexto brasileiro. In: *Dossiê comportamentos familiares. Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares* 2001;2:71-92.
9. Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes. *Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de exploração sexual comercial no Brasil – Relatório Nacional*. Brasília: Cecria; 2003.
10. Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
11. Junqueira LAP, Inojosa RM. *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: Fundap; 1997.
12. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade* 2004;13:25-36.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1e*.
14. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise de série temporal da mortalidade por acidentes por transporte

- terrestre no Brasil e Regiões, 1981 a 2001. In: Saúde Brasil 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.
15. Secretaria de Vigilância em Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004b.
 16. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto do Sistema de Informação de Sentinelas de Violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 17. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2ª ed. ampl. Brasília: MS; 2004.
 18. Plano Nacional de Saúde 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 20 maio 2004d. Seção 1.
 20. Sulbrandt J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: Kliksberg B, organizador. Pobreza: uma questão inadiável. Brasília: Enap; 1994.
 21. Secretaria de Vigilância em Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
 22. Peden MM, Krug E, Mohan D, et al. Five-year WHO strategy on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2001.
 23. Código de Trânsito Brasileiro e Legislação Complementar. Brasília: Departamento Nacional de Trânsito; 2005.
 24. Souza ER, Minayo MCS, coordenadores. Avaliação do Projeto de Prevenção de Acidentes de Trânsito em cinco capitais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 25. Ranking da violência por Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.