



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA FERRAZ E SILVA

**Análise das ações de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
no município de Olinda: estudo de caso**

Recife
2012

FERNANDA FERRAZ E SILVA

**Análise das ações de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
no município de Olinda: estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Ronice M^a P. Franco de Sá, PhD

Co-orientadora: Prof^ª. Doutora Valdilene P. Viana Schmaller

Recife

2012

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa CRB4-1010

S586a

Silva, Fernanda Ferraz e.

Análise das ações de prevenção da violência e promoção da saúde no município de Olinda: estudo de caso / Fernanda Ferraz e Silva. – Recife: O autor, 2012.

184 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Dr^a. Ronice Maria P. Franco de Sá.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2012.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Violência.. 2. Prevenção & controle. 3. Promoção da saúde. 4. Política da saúde. I. Franco de Sá, Ronice Maria P. (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2012-213)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

Fernanda Ferraz e Silva

No dia 16 de agosto de 2012, às 9:30h, na sala de aula do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, os(a) professores(a): Ronice Maria Pereira Franco de Sá, (Phd do PPGISC da UFPE) na qualidade de Orientadora e Examinadora Interna; Valdilene Pereira Viana Schmaller, (Doutor(a) do Departamento de Serviço Social da UFPE), na qualidade de Co-orientadora e Examinadora Externa; Maria Carmelita Maia e Silva, (Doutor(a) Professora Colaboradora da Universidade de Pernambuco – UPE) na qualidade de Examinadora Externa; e Solange Laurentino dos Santos (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE), na qualidade de Examinadora Interna, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Fernanda Ferraz e Silva, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Análise das Ações de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no município de Olinda: estudo de caso**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do (a) Mestrando (a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá	<u>APROVADA</u>
Profa. Dra. Maria Carmelita Maia e Silva	<u>APROVADA</u>
Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos	<u>APROVADA</u>
Profa. Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller	<u>APROVADA</u>

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Profa. Dra. Maria Carmelita Maia e Silva

Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos

Profa. Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller

**Dedico este trabalho a Deus, meu Criador e minha fortaleza,
a Jesus Cristo, meu único Mestre, Senhor e Salvador e
ao Espírito Santo, meu Consolador e Amigo.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amar incondicionalmente, por ter me dado um novo sentido de vida, por atender aos meus clamores nas horas de angústia e enxugar as minhas lágrimas nos momentos de tristeza e desesperança, por renovar as minhas forças e por “simplesmente” ser o Deus da minha existência.

Ao meu amado Jesus Cristo, por ter morrido por mim naquela cruz e por ter vencido a morte, trazendo vida a todos os que no Seu Nome crerem.

Ao meu querido Espírito Santo, por ser o meu Consolador, por levar ao Pai Celeste as minhas orações e petições e por estar sempre ao meu lado, guiando os meus passos e a minha vida.

Aos meus admirados pais, Fátima e Zequinha, pelo apoio, compreensão, força e incentivo em todos os momentos. Aos meus amados irmãos, Fábria e Fábio, pela paciência, compreensão e atenção dispensada.

A todos os meus familiares, por nos proporcionar momentos preciosos em família. Em especial, a minha querida tia Nádia, pelo acolhimento e pela compreensão das minhas ausências. A minha estimada tia Célia, pela grande demonstração de carinho e pela grande contribuição na confecção desse trabalho. A minha prezada tia Ednalva e seu esposo, Luiz, pelas palavras de incentivo e pelas orações. A minha apreciada tia Selma, que em meio a sua dor ainda me deu forças para desenvolver esse trabalho. A minha cunhada, Carol, pelo apoio e acolhimento, em sua residência, para o desenvolvimento de algumas etapas desse estudo.

A todos os meus amigos e amigas, especialmente a Janaína, pela amizade, força e pela compreensão das minhas ausências, e ao seu noivo Rodolfo, pelos momentos de descontração.

Aos meus irmãos na fé, pelas orações e palavras de conforto, em especial a Zuleide, Alex e Irmã Lúcia.

À Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ao Programa de Fomento à Pós-Graduação (PROF - CAPES), ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), pela oportunidade de crescimento acadêmico e profissional.

À minha orientadora, Ronice Franco de Sá, pela compreensão e paciência em organizar as idéias desse estudo, por sua rica contribuição intelectual e por acreditar na minha capacidade de desenvolvimento dessa pesquisa. À minha co-orientadora, Valdilene P. Viana Schmaller, pela oportunidade em realizar o Estágio de Docência na sua disciplina e pelas suas contribuições nesse trabalho.

Aos Professores do Mestrado Integrado em Saúde Coletiva, pela competência na condução das disciplinas e pelo apoio ao desenvolvimento de senso crítico dos acadêmicos. Em especial, agradeço àqueles que me avaliaram na Banca Examinadora do Processo de Seleção – Arguição do Anteprojeto de Pesquisa, Prof^{as} Adriana Falangola e Heloisa Mendonça e Prof^o Antônio Carlos.

Aos membros da Banca de Qualificação, Prof^a Dr^a Solange Laurentino dos Santos e Prof^a Dr^a Valdilene P. Viana Schmaller, pelas ricas contribuições no Projeto de Pesquisa inicial. E aos participantes da Banca de Defesa da Dissertação, Prof^a Dr^a Maria Carmelita Maia e Silva e Prof^a Dr^a Solange Laurentino dos Santos, pela apreciada participação e avaliação final desse estudo.

Ao Secretário do PPGISC, José Moreira, pela dedicação no exercício das suas funções, por facilitar a tramitação de documentações e por ser amigo leal em tantos momentos.

Ao ex-aluno do PPGISC e ex-orientando de Ronice, Tales Iuri Paz e Albuquerque, que pacientemente me explicou como conduzir com a categorização dos dados dessa pesquisa.

A toda equipe do NUPAV, pelo imenso acolhimento e envolvimento com essa pesquisa, pela atenção e empenho no fornecimento dos dados nas entrevistas. Em especial, agradeço a Terezinha Guimarães, que me motivou a estudar o NUPAV, com suas colocações tão contundentes no Seminário *Violência e Saúde: o que eu tenho a ver*

com isso, realizado em 2010, no Hospital das Clínicas – UFPE, culminando, assim, com essa dissertação.

A todos, que direta e indiretamente, participaram e auxiliaram no desenvolvimento dessa pesquisa. Enfim, gratidão imensa a todos que compartilharam comigo mais uma etapa de conquista profissional e pessoal.

*"Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu."
(Eclesiastes 3.1).*

*“Não vos inquieteis, pois, pelo dia de amanhã, porque o dia de amanhã cuidará de si mesmo.”
(Mateus 6.34)*

*"Antes cresci na graça e conhecimento de nosso Senhor e Salvador, Jesus Cristo. A Ele seja dada a Glória, assim agora, como no dia da eternidade."
(II Pedro 3.18)*

*“E em tudo, daí Graças; porque esta é a vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco.”
(I Tessalonicenses 5.1)*

RESUMO

Os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) foram designados para articular e coordenar ações intersetoriais, propondo como linha de atuação a construção de informações voltadas à intervenção e formação de redes de atenção, promoção à saúde e prevenção de acidentes e de violências. Objetivou-se conhecer e analisar as ações de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde desenvolvidas pelo Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência (NUPAV) no município de Olinda, enquanto membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. Utilizou-se a abordagem qualitativa, por meio da triangulação entre entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise documental, analisada com base na Análise de Conteúdo Temática. Foram realizadas doze entrevistas com indivíduos direta e indiretamente ligados ao NUPAV, desde gestores do Núcleo a funcionários de outros programas. Verificou-se que a violência doméstica é o foco de prevenção do Núcleo, em detrimento de outras violências e acidentes. Observou-se que Olinda é um município incipiente no desenvolvimento de políticas públicas destinadas a Promoção da Saúde. Percebeu-se que o planejamento e realização de ações de Promoção da Saúde seguem uma abordagem médico tradicional, numa perspectiva reducionista e setorializada do NUPAV. Aponta-se para a necessidade de formação de alianças intersetoriais em uma visão holística integradora e multidisciplinar para o desenvolvimento de políticas públicas focadas em ações articuladas na melhoria do meio ambiente, habitação, infra-estrutura urbana e, conseqüentemente, da saúde da população olindense.

Palavras-chave: Prevenção & Controle; Violência; Promoção da Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

The Centers for Violence Prevention and Health Promotion (NPVPS) were designed to articulate and coordinate intersectoral actions, proposing performance line as building information and intervention aimed at forming networks of care, health promotion and prevention of accidents and violence. The objective was to understand and analyze the actions of Violence Prevention and Health Promotion developed by the Center for the Prevention of Accidents and Violence (NUPAV) in the city of Olinda, Pernambuco as a member of the Network of Healthy Cities. We used a qualitative approach through triangulation between semi-structured, systematic observation and analysis of documents, analyzed on the basis of Thematic Content Analysis. Twelve interviews were conducted with individuals directly and indirectly linked to NUPAV, from managers to employees of other core programs. It was found that domestic violence prevention is the focus of the Center, to the detriment of the other violence and accidents. It was observed that Olinda is a municipality in the incipient development of public policies designed to Health Promotion. It was noticed that the planning and implementation of health promotion actions follow a traditional medical approach, reductionist perspective, sectorized of NUPAV. It points to the need for intersectorial alliances in a holistic integrative and multidisciplinary development of public policies focused on joint actions to improve the environment, housing, urban infrastructure, and consequently the health of the population Olinda.

Keywords: Prevention & Control; Violence; Health Promotion; Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema metodológico do estudo

Figura 2 – Atuação do NUPAV – Olinda Município Saudável

Figura 3 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Infra-estrutura e qualificação profissional x planejamento

Figura 4 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Prevenção da violência e acidentes compreendida sob a perspectiva da violência doméstica

Figura 5 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Reflexões acerca da importância da intersetorialidade para o planejamento e realização de ações para a Promoção da Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CR	Consultório de Rua
CT	Conselho Tutelar
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NPVPS	Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
NUPAV	Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência
NUSP	Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSE	Programa de Saúde nas Escolas
PSF	Programa de Saúde da Família

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PRD	Programa de Redução de Danos
RD	Redutores de Danos
RNPVPS	Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
RPMS	Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis
RVL	Rosto, Vozes e Lugares
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VD	Violência Doméstica
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 – CONSTRUINDO MUNICÍPIO SAUDÁVEL MEDIANTE A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA	23
1.1 Municípios Saudáveis e a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS)	24
1.2 Olinda enquanto membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis	27
1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Promoção da Cultura de Paz	29
1.4 Gestão e Planejamento em Saúde	34
1.5 Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RNPVPS) e os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)	40
CAPÍTULO 2 – A INSERÇÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA: CONCEPÇÕES, POLÍTICAS E AVANÇOS NO BRASIL	44
2.1 Histórico do conceito de Violência na Sociedade Capitalista	46
2.2 A prevenção e notificação da Violência no Brasil	51
2.3 Prevenção de acidentes como Política de Saúde.....	57
2.4 Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde	63
CAPÍTULO 3 – QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS	68
3.1 Questões Norteadoras	68
3.2 Objetivos	68
3.2.1 Objetivo Geral	68
3.2.2 Objetivos Específicos	68
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA DA PESQUISA	69
4.1 Desenho do Estudo	69

4.2 Seleção do Caso e o Ambiente de Coleta de Dados	70
4.3 População de Estudo	70
4.4 Técnicas e Instrumentos utilizados na Coleta dos Dados	71
4.5 Análise dos Dados	73
4.6 Aspectos Éticos	75
4.7 Esquema da síntese do estudo.....	76
CAPÍTULO 5 - ATUAÇÃO DO NUPAV – OLINDA MUNICÍPIO SAUDÁVEL	78
5.1 EIXO TEMÁTICO: INFRA-ESTRUTURA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL X PLANEJAMENTO	80
5.1.1 Sustentabilidade política e institucional questionável mediante infra- estrutura ‘tímida’	82
5.1.2 Relação pouco conexa entre qualificação profissional e notificação da violência	91
5.1.3 Planejamento deficitário devido à necessidade de maior sensibilização profissional para a notificação da violência	96
5.2 EIXO TEMÁTICO: PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E ACIDENTES COMPREENSIVA SOB A PERSPECTIVA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	102
5.2.1 Estímulo à notificação da Violência Doméstica como foco principal de prevenção	105
5.2.2 Ficha-resumo como estratégia essencial para proteção profissional e orientação de políticas públicas de proteção às vítimas	111
5.2.3 Notificação da Violência Doméstica sob a perspectiva de prevenção da violência urbana	116
5.2.4 Ênfase na prevenção da Violência Doméstica em detrimento da prevenção de acidentes	120
5.2.5 Articulações intra e intersetoriais como estratégia elementar para a notificação e prevenção da Violência Doméstica	126
5.3 EIXO TEMÁTICO: REFLEXÕES ACERCA DA NECESSIDADE DE INTERSETORIALIDADE PARA O PLANEJAMENTO E REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	132
5.3.1 Promoção da Cultura de Paz como objetivo maior da Promoção da Saúde do NUPAV	136

5.3.2 Educação em Saúde, Prevenção de Riscos e Mudança Comportamental – visão setorial sobre Promoção da Saúde	139
5.3.3 NUPAV e evidências de participação social e intersetorialidade dentro do Município Saudável.....	144
5.3.4 Autonomia profissional elevada e Articulações intra e intersetoriais rudimentares	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
APÊNDICES	173
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	173
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	174
ANEXOS	175
ANEXO A – Distribuição dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas macrorregiões do Brasil/2012	175
ANEXO B – Fluxograma geral da notificação compulsória da Violência Doméstica no município de Olinda/ NUPAV.....	179
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética	180
ANEXO D – Ficha de Notificação Compulsória do SINAN	181
ANEXO E – Ficha-Resumo	183
ANEXO F – Ficha de Notificação Compulsória da VD/ SINAN e Ficha-Resumo/ NUPAV	184
QUADRO DE FIGURAS	
FIGURA 1 - Esquema metodológico do estudo	77
FIGURA 2 – Atuação do NUPAV – Olinda Município Saudável	79
FIGURA 3 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Infra- estrutura e qualificação profissional x planejamento	81
FIGURA 4 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Prevenção da violência e acidentes compreendida sob a perspectiva da violência doméstica	104
FIGURA 5 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Reflexões acerca da importância da intersetorialidade para o planejamento e realização de ações para a Promoção da Saúde	135

INTRODUÇÃO

Desde o final dos anos 1980, as taxas de mortalidade por causas externas – acidentes e violências – apresentam-se altas e crescentes, correspondendo à terceira causa de óbito na população brasileira. Decorrente desse destaque no quadro de morbimortalidade, o Ministério da Saúde (MS) tem se mobilizado para incluir a prevenção de acidentes e violências em sua agenda, ampliando-se a compreensão da necessidade do enfrentamento dessa problemática.

Na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes no país: cerca de 400.000 por homicídios, 310.000 por acidentes de trânsito e 65.000 por suicídios, sendo o restante por acidentes em geral. Em 1980, de cada 100 mil habitantes, 12 morriam por homicídios, sendo que em 2003, esse número foi de 28 por 100 mil habitantes (MALTA et al., 2007).

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do 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) (MALTA et al., 2007).

Em 2008, as causas externas ocuparam a terceira razão de mortalidade no Brasil, com 133.644 óbitos, correspondendo a 12,5% do total. No mesmo ano, registraram-se 883.472 internações por causas externas no Sistema Único de Saúde (SUS), indicando que para cada óbito pelo menos sete pessoas são hospitalizadas no sistema público. Estima-se ainda que, para cada vítima fatal, ocorram dezenas de hospitalizações, centenas de atendimentos em serviços de emergência e milhares de consultas médicas (BORGES LUZ et al., 2011).

Comparando-se 2009 a 2008, o número de mortes provocadas por acidentes com moto aumentaram 26,7% nas rodovias federais que passam pelo Estado de Pernambuco. No final do ano de 2009, 40% de todos os acidentes com vítimas fatais nas estradas pernambucanas envolveram motos (OLINDA, 2010).

Analisando-se a distribuição de acidentes e violência no município de Olinda-PE, através dos dados da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) - Contínuo, no período de abril de 2009 a agosto de 2010, constataram-se, em relação à faixa etária, que as crianças foram as que mais sofreram acidentes, enquanto os adolescentes (17,4%) e adultos jovens (33,3%) os que mais demandaram atendimento por causas relacionadas à violência. O meio de agressão mais utilizado foi a força

corporal/espancamento (53%) seguido da utilização de objetos perfuro-cortante (19%), encontrando-se a tipologia da violência *física* correspondente a 50,9% dos casos e a *psicológica* com 40,4%, apontando as mulheres como a principal vítima (OLINDA, 2010).

Decorrente da crescente demanda de morbimortalidade por causas externas, a década de 1990 foi assinalada pela orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) por incorporar a violência e suas formas de prevenção nas agendas nacionais de saúde. A partir dessa época, as ações realizadas pelas Secretarias de Saúde buscam prover acolhimento, orientação e acompanhamento às vítimas mediante parcerias intersetoriais com Organizações Não-Governamentais (ONGs), setores de Transporte, Segurança e Justiça, Conselhos Tutelares, delegacias especializadas, centros de defesa dos direitos, entre outros serviços (SILVA et al., 2007).

Sob esse ponto de vista ampliado, o setor da saúde não se dedica apenas em assumir a responsabilidade pela assistência e reabilitação das vítimas de acidentes e violências, mas também pela prevenção desses eventos em uma perspectiva de Promoção da Saúde. Sendo assim, a Saúde tem sido cobrada a incluir, em sua pauta organizacional, a promoção de ambientes seguros e de práticas de sociabilidade, a prevenção da violência e acidentes, a oferta de atendimento multidisciplinar às vítimas e aos seus familiares e a articulação intersetorial para a elaboração de ações visando à redução de tais eventos (DESLANDES; LEMOS, 2008).

Nesse processo de inserção do tema da violência no contexto do MS, a redução da violência, por sua magnitude e complexidade, tem se mostrado um dos maiores desafios das políticas públicas. Sendo assim a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), promulgada e implantada em 2001, foi implementada através da SVS, que estruturou, em 2004, a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RNPVPS). Essa Rede foi institucionalizada com o objetivo de subsidiar, técnica e politicamente, projetos locais de promoção da saúde e prevenção da violência (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

Algumas ações de prevenção de acidentes e violências encontram-se presentes na PNRMAV e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), contribuindo para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade por causas externas, sendo essas atuações: o monitoramento das ocorrências de acidentes e violências; atendimento pré-hospitalar, interdisciplinar e intersetorial, voltado à recuperação e reabilitação das

vítimas; capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; SANTOS; RAMIRES, 2010).

Segundo Minayo & Deslandes (2009), a PNRMAV é considerada o principal marco para a inclusão da violência na agenda do setor da saúde, na qual a Promoção da Saúde constitui-se como o eixo central dessa política, enfatizando-se o desenvolvimento da cidadania, a construção de redes de proteção, o estímulo à cultura de paz e a qualidade de vida como seus objetivos principais.

Nessa trajetória, em maio de 2004, através da RNPVPS, vários Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) foram instituídos, evidenciando-se o compromisso governamental com a implementação da PNRMAV. Os NPVPS são formados por instituições municipais e estaduais de saúde, instituições acadêmicas e ONGs distribuídas nas cinco macrorregiões do País, existindo, no primeiro semestre de 2007, setenta núcleos distribuídos no território brasileiro (DESLANDES; LEMOS, 2008). Segundo a Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004, os núcleos municipais são responsáveis

por elaborar o plano municipal de prevenção da violência e promoção da saúde, promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que busquem a prevenção da violência e a promoção da saúde, qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo em situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção junto aos segmentos populacionais mais vulneráveis (BRASIL, 2004: 5).

Desse modo, os NPVPS são designados para articular e coordenar ações intersetoriais promotoras de saúde e da cultura da paz no âmbito local, propondo como linha de atuação a construção de informações voltadas à intervenção e formação de redes de atenção, promoção à saúde e prevenção de acidentes e de violências (BRASIL, 2004). Sua integração realiza-se mediante estratégias de mobilização e comunicação e a viabilização financeira para a implantação dos núcleos se dá por meio de critérios epidemiológicos e prioridades sociais, com ações de monitoramento, avaliação e disseminação dos resultados alcançados (SILVA et al., 2007).

Os NPVPS ainda devem garantir a implementação da notificação da Violência Doméstica (VD) e de outras violências, possibilitando qualidade da informação e estimulando o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas. Objetivando, assim, o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente, além de propiciar a capacitação de profissionais e estimular a participação de populações, em situação de risco, nas redes locais de atenção integral e em movimentos e conselhos sociais (BRASIL, 2004; DESLANDES; LEMOS, 2008).

Através das notificações dos casos, a violência ganha visibilidade por meio de um dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo-se, portanto, o desenvolvimento de programas e de ações específicas. Além de ajudar a compreender as necessidades de investimentos em núcleos de vigilância, assistência à saúde e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência (SALIBA et al., 2007).

Vale ressaltar que não havendo essa intervenção externa, o ciclo da violência tende a reproduzir-se incessantemente, implicando em maiores demandas e gastos para o setor de saúde e demais esferas governamentais, sem contar em implicações não notórias em longo prazo, mas que podem sobrecarregar a economia, seja no sistema penitenciário, seja no previdenciário, uma vez que vítimas e agressores são partes integrantes da População Economicamente Ativa do país. Acrescendo-se a isso uma população não contribuinte com a Previdência Social, decorrente de problemas psiquiátricos e/ou psicológicos advindos da violência sofrida ou pela reclusão do (a) agressor (a), o que repercute direta e indiretamente na economia do país (MINAYO, 2007).

O Brasil está entre os países de maior desigualdade social e, conseqüentemente, iniquidades em saúde. Promover a saúde da população neste contexto significa atuar nos determinantes destas desigualdades, de forma coordenada entre os diversos campos da atenção à saúde. Sendo preciso, portanto, atuar de maneira intersetorial e participativa, envolvendo outros setores das políticas públicas e da sociedade. Assim sendo, a Promoção da Saúde passou a ser uma estratégia de produção de saúde, viabilizando um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias acessíveis, para que, desse modo, possa contribuir na construção de ações que possibilitem responder às determinações sociais em saúde (BRASIL, 2009).

A perspectiva da Promoção da Saúde como processo que estimula a população a exercer e a aumentar o controle sobre sua saúde provoca repercussão e desencadeia diferentes iniciativas públicas, estatais e civis, como a realização de conferências e a organização de redes. Pode-se até mesmo afirmar que resgata um conjunto de valores do setor da saúde que co-relacionam, de maneira multicausal, o processo de saúde e doença com determinantes sociais, psicológicos e biológicos, além de trazer novos valores, como: a ação intersetorial, a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de movimentos comunitários. Sendo assim, as ações de promoção da saúde são princípios fundamentais de uma política de saúde pública eficaz com os pressupostos da implantação das cidades

e municípios saudáveis (SOUZA; GRUNDY, 2004 apud SPERANDIO; CORREA; BARROS, 2006)

A implementação de cidades/municípios saudáveis visa, dentre outros objetivos afeitos a desenvolvimento e equânime, sustentável e socialmente justo, identificar os aspectos determinantes do processo de saúde-adoecimento no Brasil. Sendo questões-alvo de sua iniciativa: desemprego, subemprego, saneamento básico, habitação, educação, fome, qualidade do ar, do solo e da água; dispersão e introdução de endemias; industrialização e urbanização, acesso aos bens de serviço e à assistência social e médica, explosão demográfica, formação de populações marginais, invasões urbanas e, conseqüentemente, o aumento da violência e outros agravos à saúde (BRASIL, 2009).

No Brasil, existem atualmente algumas experiências conhecidas de municípios saudáveis, sendo as mais relevantes, as da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (SPERANDIO, 2006) e as da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis – RPMS (FRANCO DE SÁ et al., 2011). Dentre os municípios que fazem parte da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, destaca-se Olinda, que solicitou adesão à RPMS e que é considerada Patrimônio Cultural da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e, ainda, por ela vir desenvolvendo projetos de cooperação técnica entre países da América Latina. Além do mais, é a terceira maior cidade de Pernambuco e a maior da RPMS, abrangendo uma população de 397.268 habitantes alocados em 43,55 km² de extensão territorial, segundo dados do IBGE/ 2009 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (OLINDA, 2009).

Dessa maneira, ao se atentar para o propósito pelo qual foram implantados os NPVPS nutrem-se questionamentos a respeito da atuação do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência (NUPAV) no município saudável de Olinda-PE. Considerando-se de elevada relevância investigar a atuação de instituições que têm como objetivo prevenir violência e acidentes, especialmente devido a implementação do Plano Nacional de Prevenção da Violência e da PNRMAV, pelo MS, e por estar em fase de implantação da RNPVPS, em alguns estados e municípios com elevadas taxas de mortalidade por causas externas. Sendo fundamental conhecer melhor o sentido das ações desenvolvidas, a dinâmica das relações e os resultados das atividades desempenhadas pelos NPVPS, para que futuras instituições possam ser mais bem orientadas, tanto pela própria instituição como pelos gestores públicos que precisam de instrumentos de inteligência para facilitar a alocação de recursos (GOMES et al., 2007).

A partir dessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar as ações de prevenção da violência e acidentes e promoção da saúde realizadas pelo NUPAV no município saudável de Olinda-PE. Buscou-se, também, com essa pesquisa, analisar como as ações de redução de acidentes e violência são desenvolvidas por esse Núcleo, assim como analisar aspectos pertinentes aos recursos humanos e a infraestrutura do NUPAV.

Sublinha-se ainda a importância de desenvolver este estudo por tratar-se de uma temática recente no campo das políticas públicas destinadas à atenção das pessoas para além do campo da saúde coletiva.

CAPÍTULO 1 - CONSTRUINDO MUNICÍPIO SAUDÁVEL MEDIANTE A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

O movimento da Reforma Sanitária, ocorrido na década de 1980, foi uma importante reformulação do setor público da saúde brasileira, visto ser esse a base para a proposição de uma política pública de saúde universal. Afirmou-se através desse evento que a saúde de uma população é o efeito de uma série de fatores, os quais só foram estabelecidos através da Constituição Federal de 1988, culminando-se deste modo com a criação do SUS (SPERANDIO et al., 2006).

A partir do reconhecimento, pela legislação brasileira, da saúde como um direito universal ao cidadão considerou-se a importância da existência de políticas sociais e econômicas para se assegurar outros direitos fundamentais, como: moradia, alimentação, educação e lazer (BRASIL, 2009). A preocupação com a saúde da população e a adoção de medidas governamentais para o controle dos agravos acompanha o desenvolvimento da sociedade ao longo dos tempos (PAIM; FILHO, 1998 apud MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

Nesse contexto, a Lei nº 8.080 de 1990, ratifica que cuidar da saúde envolve o compromisso em abordar os seus fatores condicionantes e determinantes, o que implica em um conceito diferenciado da saúde. Assim, faz-se necessário ampliar o modo de pensar e agir, analisando-se o modo de viver dos indivíduos e coletividades, não bastando, portanto, apenas ofertar os serviços de saúde e o acesso aos exames e medicamentos para que os indivíduos sejam saudáveis ou tenham uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2009).

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS e das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde, o MS propôs a PNPS visando o enfrentamento dos desafios de produção da saúde, visto o panorama sócio-histórico ser complexo e exigir uma reflexão e qualificação ininterrupta das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Desse modo, verifica-se na PNPS a idealização de ações prioritárias que permitem compreender a saúde de uma forma mais ampla, sendo essas: a promoção da alimentação saudável e de atividades físicas; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade devido ao abuso de álcool e outras drogas; prevenção de acidentes de trânsito e prevenção da violência; estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006; FRANCO DE SÁ, 2008; BRASIL, 2009).

Sob esse olhar ampliado da saúde e na perspectiva da promoção da saúde é que se inserem o contexto dos municípios e cidades saudáveis, primando-se por uma proposta abrangente da gestão através da promoção da cidadania e de ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde da população (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

A partir dessas ponderações, este capítulo visa abordar o referencial teórico pertinente as seguintes temáticas: Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde; Gestão e Prevenção da Violência. Buscando-se, assim subsidiar, a análise dos dados desse estudo.

1.1 MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS E A REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS (RPMS)

Em 1986, Duhl e Hancock elaboraram a primeira definição descrita para Cidades Saudáveis. Segundo a concepção dos autores, uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e aperfeiçoa o ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários para possibilitar às pessoas uma melhoria na sua qualidade de vida (HANCOCK; DUHL, 1988 apud AKERMAN; MALO, 2006).

Para eles, “uma cidade saudável não seria somente uma cidade com alto nível de saúde, medidos através de indicadores epidemiológicos, mas que é comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos” (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008: 64). Sendo assim, esses autores ressaltam a importância histórica do processo de tomada de decisão dos governos locais ao estabelecerem condições para a saúde, por interferir nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, através de estratégias como planejamento urbano, empoderamento comunitário e participação da população (HANCOCK; DUHL, 1988 apud AKERMAN; MALO, 2006). Corroborando com a idéia desses autores, a OMS¹ define uma comunidade saudável como aquela que

¹ Em 1995, a OMS, no documento “Vinte Pasos para formular un proyecto de ciudades sanas” considerou que para uma cidade se tornar saudável, ela deve proporcionar: um ambiente físico limpo e seguro; um ecossistema estável e sustentável; alto suporte social sem exploração; necessidades básicas satisfeitas; acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; economia local diversificada e inovadora; orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; serviços de saúde acessível a todos e um alto nível de saúde (MELO, 2008).

busca produzir, manter, proteger a saúde de cada um dos seus membros, transformando-se em uma comunidade equitativa. Ou seja, é aquela em que cada um tem a possibilidade e a capacidade de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer as suas necessidades, adaptar-se ao meio ambiente e esperar atingir um estado relativo de bem-estar físico, mental e social. Nela, os moradores assumem um papel ativo e solidário na solução de seus principais problemas, buscam melhorar seu ambiente físico e a vida social, cultural e econômica, conquistando direitos e bens sociais (BECKER; EDMUNDO, 2007: 135).

Segundo Mendes (1996) citado por Akerman & Malo (2006), o projeto *idades/municípios saudáveis* é considerado como algo estruturante do campo da saúde, onde os atores sociais (organizações da sociedade civil, Governo, ONGs) buscam, através da gestão social, transformar uma cidade em um espaço de produção social da saúde.

Historicamente, as cidades saudáveis surgiram com uma evolução no interior do movimento de Promoção da Saúde, que foi iniciado durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa – Canadá. Nesse clima de discussões sobre a saúde, enquanto produção social, novas possibilidades de participações foram difundidas a respeito de trocas intersetoriais entre gestores municipais, visando-se a ampliação da responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Nesse sentido, compreende-se que a Carta de Ottawa² tenha fortalecido a aplicação dos conceitos de promoção da saúde nos cenários urbanos. Sendo assim, as primeiras iniciativas de Municípios e Cidades Saudáveis foram identificadas no Canadá, espalhando-se depois, por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para Europa, América do Norte e América Latina (FRANCO DE SÁ, 2008).

Em 2002, o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) desenvolveu, em convênio com a Secretaria de Políticas de Saúde do MS e parceria com a OPAS, o projeto “Itambé Saudável”, no município de Itambé – Mata Norte de Pernambuco. Esse projeto foi desenvolvido entre 2002 e 2003, enquanto a UFPE negociava com o governo japonês (Agência de Cooperação Internacional do Japão – JICA) para a implantação de um outro projeto, ampliado com a mesma temática. Assim, em 2003 foi iniciado o projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil”, após 4 (quatro) anos de negociações

² Após a Conferência de Ottawa, seguiram-se a produção de outros documentos que foram a base de discussão dos pilares da Promoção da Saúde e como consequência surgiu o movimento por Cidades Saudáveis. Este ideário tem sido fomentado pela OMS na tentativa de responder, às mudanças decorrentes dos processos de globalização, descentralização e democratização, urbanização acelerada e dos novos arranjos políticos e institucionais (WESTPHAL; MENDES; COMARU, 2006 apud MELO; FRANCO DE SÁ, 2008).

com a cooperação internacional. Dessa maneira, iniciou-se também uma parceria entre o governo do Brasil e o Japão, através do órgão executor da proposta, o NUSP da UFPE, estabelecendo-se um convênio com a JICA e a Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social do Governo do Estado de Pernambuco (SEPLANDES, atual SEPLAG). Depois, a parceria estadual do projeto passou a ser representada pela Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco CONDEPE-FIDEM da atual SEPLAG.

Em dezembro de 2003, o projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” iniciou seu trabalho na região do Agreste Central, na experiência-piloto com os municípios de Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte. Tais municípios foram escolhidos a partir de critérios de proximidade com Recife e por representar um aglomerado de realidades similares e por não ter nenhum grande projeto de desenvolvimento em execução naquele momento. A sua implementação foi fruto de um processo de transformação e desenvolvimento social através de uma metodologia criada, chamada Método Bambu³, que contempla ações em vários níveis de atuação e de relações sociais entre comunidade, poder público e universidade (FRANCO DE SÁ; ROYAMA, 2008).

Resultante do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS) apresenta como objetivos

a troca de informações e tecnologias necessárias; a sensibilização de diversos setores da sociedade, visando a promoção e o crescimento da rede; a criação de novos grupos e o fortalecimento dos existentes, através da sistematização de ações, de encontros e trocas de experiências; promover uma maior cooperação dos gestores municipais e estaduais; a construção de práticas que propiciem uma melhor integração entre gestores, promotores e sociedade; promover o intercâmbio entre os municípios envolvidos na Rede Pernambucana; subsidiar o comprometimento das lideranças sociais e políticas; apresentar estratégias de intervenção junto às comunidades para a realização de projetos; viabilizar a intervenção das comunidades na realização de atividades, buscando atuar na redução das desigualdades sociais e criando mecanismos capazes de garantir, progressivamente a consolidação do movimento Município Saudável (OLIVEIRA; TRINDADE, 2008: 177).

A RPMS busca fortalecer a administração municipal através da capacitação para gestores e população, que vai encontrar nesse envolvimento uma maneira de melhorar a qualidade de vida (saúde e educação, meio ambiente, social, cultura, etc.); auto-estima; capacidade; competência; na busca de empoderamento. O uso de avaliação participativa

³ Esse método é a base do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, estimulando a inclusão social e o fortalecimento das potencialidades locais para melhorar a qualidade de vida da população (MENEZES; FRANCO DE SÁ; FREIRE, 2006).

e monitoramento sistemático propicia o desenvolvimento de capacidades e o empoderamento desejado da população envolvida (FRANCO DE SÁ; MOYSÉS, 2009).

De acordo com Franco de Sá et al. (2011), a especificidade da RPMS consiste na sua atuação estruturada em dois eixos: formação permanente para Promotores de Municípios Saudáveis (agente de intersetorialidade local de ação voluntária) e mecanismo Bambu agindo em três níveis – micro (método Bambu para mobilização, planejamento e monitoramento de ações individuais e coletivas locais), - meso (espaço de articulação e negociação entre gestão local e sociedade) – macro (promoção de políticas públicas saudáveis e intercâmbio entre municípios).

1.2 OLINDA ENQUANTO MEMBRO DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS

Olinda ingressou oficialmente na RPMS durante o VI Encontro da RPMS por adesão. É o município com maior população dentre todos os 23 membros da Rede. Olinda é considerada um município de destaque devido à sua inclusão justificar-se por ser intitulada de Patrimônio Cultural da Humanidade pela UNESCO – berço da cultura brasileira. Primeira capital de Pernambuco desenvolvia, à época de sua adesão à RPMS, projeto de cooperação técnica com o Equador, intitulado: “Olinda e Cuenca: Cidades Patrimônio Saudáveis e Universitárias”, sugerindo, portanto, ser significativa a sua participação na RPMS (OLIVEIRA; TRINDADE, 2008).

Segundo dados do IBGE/2009, o município de Olinda é a terceira maior cidade de Pernambuco, abrigando uma população de 397.268 habitantes alocados em 43,55 km² de extensão territorial, com taxa de densidade demográfica de 9.122,11 habitantes por quilômetros quadrados. Sua localização encontra-se na Região Metropolitana do Recife, possuindo uma área urbanizada de 36,73 km², correspondente a 98% do município, e 6,82 km² de área rural, o que faz dessa uma cidade majoritariamente urbana. Seus limites dão-se a Norte com o município de Paulista, a Sul e Oeste com a cidade do Recife – distando 6 km da mesma – e a Leste com o Oceano Atlântico (OLINDA, 2010). Seu clima é tropical, quente e úmido com pequenos rios litorâneos formando sua bacia hidrográfica. Sua base econômica é o comércio, a indústria de transformação e o turismo histórico-cultural (OLIVEIRA; TRINDADE, 2008).

Atualmente, Olinda tem característica de cidade-dormitório da capital Recife e de cidades circunvizinhas, sendo resultado do acelerado aumento demográfico e o reduzido desenvolvimento das atividades produtivas no município. Sua População Economicamente Ativa nos anos de 1991 e 2000, correspondendo a 42,3% e 50,7% dos habitantes respectivamente, recebia $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente, o que representou um aumento da pobreza em torno de 20% nesse município. Agravando-se ainda mais essa situação, o serviço de esgotamento sanitário estava presente em apenas 35,2% e 35,8% nos anos de 1991 e 2000, respectivamente (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Os dados apresentados permitem compreender a atual conjuntura dos determinantes sociais e ambientais (biologia humana, meio ambiente e estilos de vida) na saúde da população olindense, denotando ser um município incipiente no desenvolvimento de políticas públicas destinadas a promoção da saúde. Dessa maneira, observa-se uma iniciativa tardia da gestão municipal em intervir sobre fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que possam interferir na saúde humana.

Sob esse contexto, a formação de alianças intersetoriais em uma visão holística integradora e multidisciplinar permite o desenvolvimento de políticas públicas focadas em ações articuladas na melhoria do meio ambiente, habitação, infra-estrutura urbana e, conseqüentemente, da saúde da população (COHEN et al., 2004).

Em agosto de 1995, a cidade de Olinda, sob gestão semiplena e no processo de 'distritalização', foi o segundo município em Pernambuco a implantar o Programa de Saúde da Família (PSF) (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009). Esse Programa foi discutido no III Fórum Social Mundial, onde esse passou a constituir-se como uma prioridade da política de saúde pública do Brasil e da OPAS. Valorizando, portanto, a iniciativa da Habitação Saudável como uma ferramenta para a otimização de resultados do PSF (COHEN et al., 2004), esses autores acreditam que

a idéia de municípios/cidades saudáveis só é viável se houver uma política de habitação saudável, pois não é possível encontrar um município/cidade sem a existência de habitações saudáveis. Portanto, a estratégia de habitação saudável se insere através da colaboração interprogramática em municípios/ cidades saudáveis. (p. 810)

De acordo com Sperandio et al. (2006), um município saudável apresenta como estratégia maior o fortalecimento das atividades de promoção e proteção da saúde e desenvolvimento em nível local, contemplando uma agenda política que priorize a promoção da saúde. Devendo essa ser compreendida em seu sentido mais amplo e não

apenas no combate a doenças e delineamento de políticas meramente para dentro do setor saúde, mas sim como uma

estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades territórios e culturas presentes no nosso país (...) um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006: 12).

Com isso, atentando-se para um município saudável, é de se esperar que a saúde seja entendida no seu sentido mais amplo da qualidade de vida, sendo objeto de todas as políticas públicas, destacando-se, dentre estas, a PNPS.

1.3 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS) E A PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ

Apesar do tema da Promoção da Saúde já ser bastante discutido em eventos científicos, acadêmicos e em espaços de gestão, foi no século XX, precisamente em 1974, através do Relatório Lalonde, no Canadá, que o emprego do termo ‘Promoção da Saúde’ foi oficializado. Intitulado de ‘Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses’, esse relatório proporcionou ao campo da saúde, no contexto do pensamento estratégico, novos meios para se definirem prioridades quanto à execução do planejamento estratégico em saúde (FRANCO DE SÁ, 2008).

Em 1986, doze anos após a elaboração desse relatório e sob a influência do mesmo, foi realizada a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, da Organização Mundial de Saúde, na cidade de Ottawa-Canadá, que culminou com a Carta de Ottawa⁴, ampliando, desse modo, o conceito para a discussão sobre determinantes socioambientais no processo saúde/doença.

Foi através dessa Carta que se tornou notória a necessidade da elaboração e da implementação de políticas públicas saudáveis, com a criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e

⁴ No final da década de 70, a OMS realizou a I Conferência Internacional da Saúde, na cidade de Alma-Ata, nome pelo qual ficaria conhecida. Esta conferência desdobra-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) que teve como resultado outro marco importante, a ‘Carta de Ottawa’. A priori, foi uma resposta às expectativas por uma ‘nova saúde pública’ focalizada nos países industrializados (MELO; FRANCO DE SÁ, 2008).

reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde (CANTUSIO ABRAHÃO, 2007; FRANCO DE SÁ, 2008).

Esse documento trouxe ainda um conceito ampliado de Promoção da Saúde como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BECKER; EDMUNDO, 2007: 132). Passou-se, assim, a compreender que a saúde é o resultado de ações intersetoriais, focadas na produção de políticas públicas saudáveis e na atuação dos determinantes sociais para o bem-estar e a qualidade de vida da população (MELO; FRANCO DE SÁ, 2008).

Já no Brasil, a repercussão dessa Carta representou, na década de 80, uma grande expansão para a Promoção da Saúde, que coincidiu, na mesma época, com a VIII Conferência Nacional da Saúde⁵ (FRANCO DE SÁ, 2008). Segundo Buss (2005) citado por Schmaller et al. (2008), essa conferência afirmou os princípios da Promoção da Saúde (mesmo sem essa denominação), da Determinação Social do processo saúde-doença e da intersetorialidade (também sem essa nomenclatura).

O relatório final dessa conferência, através da Assembléia Constituinte de 1986-1988 e sob a influência do ideário do Movimento da Reforma Sanitária e na direção da Promoção da Saúde, lançou os fundamentos do SUS (BECKER; EDMUNDO, 2007). Sendo assim, o MS acrescenta que na base do processo de criação do SUS encontram-se

o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos da promoção da saúde (BRASIL, 2006: 6).

As questões debatidas para a formulação da saúde brasileira encontraram respaldo jurídico na Lei 8.080 de setembro de 1990, em seu artigo 3º, por ser esse um documento que institui o próprio SUS (BRASIL, 2009). Ainda nesse mesmo ano, a OPAS e a OMS fortaleceram o conceito ampliado de saúde ao dizer que a Promoção da Saúde é concebida como um somatório das ações da população, serviços de saúde, autoridades sanitárias e outros setores sociais, favorecendo o desenvolvimento de

⁵ A 8ª Conferência Nacional da Saúde ampliou o conceito de saúde relatando que a saúde [...] deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (FRANCO DE SÁ, 2008).

melhores condições de saúde individual e coletiva (FRANCO DE SÁ, 2008). Desse modo, CASTRO & GOSCH, (2006: 150) pontuam que a promoção da saúde emerge no cenário brasileiro como

um modo de pensar e de intervir no processo saúde-adoecimento que potencialize mecanismos de gestão intersetorial, democrática, participativa e cooperativa da rede de serviços de saúde, na tentativa de desenvolver soluções para questões complexas como a violência, a qualidade da água e do solo e o envelhecimento populacional, dentre outras.

Debates acerca da promoção da saúde seguiram-se desde 1998, sendo incentivados pelo MS, buscando-se fortalecer a compreensão do processo saúde-adoecimento como fator socialmente determinado (CASTRO; GOSCH, 2006). Essas discussões serviram de base para reordenar o atendimento à população sob a perspectiva de iniciativas que avançassem nessa área, entre elas destacaram-se a PNPS, a PNRMAV, a Promoção da Cultura de Paz e o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

Esse Pacto encontrou legitimação em 13 de dezembro de 2004, quando o MS publicou o Plano Nacional de Saúde por meio da Portaria n.º 2.607, de dezembro de 2004, onde se reafirmou um acordo de compromissos governamentais pela saúde. Nessa Portaria verifica-se que “saúde” se amplia para além do cuidado aos doentes, ao incorporar o conceito da “promoção da saúde”. Corroborando com a definição da OMS, onde “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de qualquer afecção” (CANTUSIO ABRAHÃO, 2007: 69).

Em 2006, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) incluíram a Promoção da Saúde dentre as diretrizes do Pacto pela Vida em Defesa do SUS, visando a ampliação da efetividade, eficiência e qualidade das respostas do SUS frente às necessidades de saúde da população (CASTRO; GOSCH, 2006).

Nesse mesmo ano, após diálogo entre pesquisadores sobre o tema da Promoção da Saúde com o MS, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou a PNPS, mediante a Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) n.º 687, de 30 de março de 2006. Afirmou-se nesse documento que para o desenvolvimento da Promoção da Saúde é imprescindível intervir em uma série de problemas socioeconômicos, tais como: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome,

urbanização desordenada, qualidade do ar e da água (BRASIL, 2006; CASTRO; GOSCH, 2006; BRASIL, 2009).

A PNPS teve a sua implementação regulamentada através da Portaria SVS nº184, de 24 de junho de 2010, publicada no DOU (Diário Oficial da União) de 25 de junho de 2010, pactuada na CIT de 08 de junho de 2010, sob a coordenação geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) e Promoção da Saúde do Departamento de Análise de Situação de Saúde da SVS do MS (BRASIL, 2010).

As categorias valorizadas na PNPS focam em: acesso, intersetorialidade, equidade, integralidade, educação em saúde, participação social e redes sociais. Portanto, a PNPS afirma que as ações públicas em saúde devem ir além da idéia de cura e reabilitação, privilegiando, portanto, medidas preventivas e de promoção (BRASIL, 2009). Santos & Ramires (2010) enfatizaram que a PNPS

contribui com ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências, atuando sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entorno seguros e saudáveis, como também comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população (p. 45).

A Promoção da Saúde é definida como um processo de capacitação da comunidade para se atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde requerendo uma maior participação da sociedade no controle deste processo, visto “a saúde ser o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como ser uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002 apud MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008: 62).

A Promoção da Saúde orienta-se, portanto, pelos princípios da equidade, da justiça e da solidariedade, buscando-se a solução dos problemas na mobilização da sociedade, através de reforço no planejamento e desenvolvimento do princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades: o *empowerment* comunitário. Cinco grandes estratégias são definidas para se alcançar esses objetivos: criação de ambientes favoráveis a saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos sistemas de saúde; políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária (BECKER; EDMUNDO, 2007).

A inclusão da participação da comunidade nas decisões de ações para o município representam uma co-responsabilização ao longo do processo de implementação das políticas públicas, bem como uma possibilidade para uma gestão compartilhada. Desse modo, a proposta da PNPS caracteriza de modo amplo a participação como

não somente nas instâncias formais, mas em outros aspectos constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre serviços e usuários (BRASIL, 2002: 19).

Sendo assim, uma das principais estratégias da Promoção da Saúde é a intervenção territorial, por meio de Comunidades ou Municípios Saudáveis. Através de programas territoriais integrados, que articulem ações multidisciplinares e intersetoriais, valorizando a participação comunitária em todos os estágios das intervenções. Vislumbra-se ainda a possibilidade de uma conquista da qualidade de vida no território local, bem como a promoção de uma Cultura de Paz.

Schmaller et al. (2008) percebem que a redução das violências e dos agravos à saúde, a introdução da cultura de paz e a promoção da saúde são ações contínuas, devendo, portanto, incorporar programas e políticas setoriais que visem recriar, coletivamente, novas metodologias, abordagens e projetos intersetoriais e interdisciplinares para se agir em fenômenos complexos e multifatorial como os eventos de violência.

Entende-se que Cultura de Paz é paz em ação, sendo o respeito aos Direitos Humanos no dia-a-dia. Ou seja, é um poder gerado por um triângulo interativo de paz, desenvolvimento e democracia. Enquanto cultura de vida trata-se 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 (UNESCO, 2000 apud BRASIL, 2009).

Devido à violência assumir grande relevância na área da saúde, é notório que o diálogo e a articulação com outros setores sejam alternativas plausíveis para que o seu enfrentamento apresente possibilidades mais efetivas. É nesse momento que se destaca o papel da Promoção da Saúde e do sistema de garantias de direitos e a sua relação com a construção da noção da cidadania e a promoção da cultura de paz (SCHMALLER et al., 2008).

Corroborando com essas idéias, De Salazar (2004) citado por Franco de Sá (2008) aponta que os eixos centrais da Promoção da Saúde compreendem: ambientes promotores, sustentabilidade, alianças estratégicas, participação social e políticas públicas saudáveis. Sendo assim, percebe-se que a articulação do MS com as políticas e programas de outros ministérios, autarquias e demais instituições públicas e privadas é

imprescindível para se entender a promoção da saúde em um sentido mais amplo, como uma

estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país (...) um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população (BRASIL, 2006: 3).

Percebe-se, assim, que para a Promoção da Saúde ser efetivada satisfatoriamente é preciso intervir no território através de uma abordagem multi e intersetorial e, para que isso ocorra, um bom planejamento faz-se necessário, assim como uma gestão plena, compartilhada e eficaz (CASTRO; GOSCH, 2006).

1.4 GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Muitas repercussões dos conceitos preconizados na Carta de Ottawa foram sentidas no Brasil, seja na força do Movimento por Cidades/Municípios Saudáveis e no contexto da saúde pública ou seja no modo de pensar a Promoção da Saúde nas comunidades. Mas, sem dúvida, a gestão e o planejamento em saúde foram os setores públicos administrativos que sofreram os maiores impactos, principalmente no que se refere à articulação da população com os gestores (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

Se conceituar a Promoção da Saúde já é um processo de grande complexidade, tanto pela análise do processo saúde-adoecimento quanto pelos métodos de intervenções no mesmo, imagina-se que planejar ações focadas na particularidade de cada comunidade seja uma ação mais desafiadora (CASTRO; GOSCH, 2006). Desse modo, como fator intermediador das relações, vê-se que uma integração planejada precisou ser pensada através de ações estatais que correspondessem às expectativas individuais e coletivas para uma melhor qualidade de vida (SCHMALLER; FRANCO DE SÁ; SILVA, 2008).

E pensar no coletivo ou nas particularidades de cada ser, exige da gestão um planejamento efetivo⁶ e articulado com as políticas sociais públicas⁷. Essa concepção de

⁶ Um planejamento que vise a um município saudável deve ter como meta colocar o bem-estar da comunidade acima de qualquer coisa, mesmo que para isso o município tenha de abrir mão da exploração

administração pública comprometida com o social insere-se na Estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis, que, de acordo com a OPAS, significa “uma forma de promover saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde as pessoas estudam, trabalham, se divertem, amam e vivem” (OPAS, 1998:31 apud MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008: 62).

Historicamente, as cidades passaram a ter seu planejamento orientado, a partir do final do século XIX e início do século XX, por preocupações sanitárias – reflexo de grandes epidemias e moléstias e influências nos estudos de Louis Pasteur (FRANCISCO FILHO; FÁVERO, 2006). Sendo esse período marcado por um grande desenvolvimento do Capitalismo, o que trouxe como resultado desse processo de industrialização e amadurecimento da sociedade burguesa, alterações significativas nas esferas econômicas, social, cultural e política (PAIM; FILHO, 1998 apud MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008). Essas mudanças apontaram também para a desapropriação, por parte da massa de trabalhadores, do produto final da economia, sendo que nesse ponto as políticas sociais públicas passaram a ser compensatórias das fragilidades decorrentes do sistema econômico então vigente (DE NEGRI FILHO, 2007). É desse modo, que as diferenças regionais e locais começam a aparecer, sejam no grau de desenvolvimento econômico, na dívida interna dos estados com a União, nas fontes de recursos e cotas de impostos arrecadados ou quer seja nas formas de habitação, transporte, educação, segurança, entre outras áreas (DE NEGRI FILHO, 2007; SCHMALLER; FRANCO DE SÁ; SILVA, 2008).

Com o advento da elevação em número da densidade demográfica e populacional nos centros urbanos e frente a problemas da modernidade, notou-se que não era mais suficiente a abordagem sanitária desarticulada de outros setores em meados da década de 1960 (FRANCISCO FILHO; FÁVERO, 2006; MELO, 2008). Assim, no final dos anos 1980, introduziu-se a descentralização político-administrativa resultante do processo de democratização do Estado brasileiro, redefinindo-se o papel das três esferas de governos. Verificou-se, então, que a gestão das políticas sociais públicas – saúde, educação e assistência social – passou suas decisões para a instância

de determinados recursos que não tenham como característica a reversão dos benefícios para toda a comunidade (FRANCISCO FILHO; FÁVERO, 2006).

⁷ De acordo com o que propõe Franco de Sá (2006) as políticas públicas são ações públicas que tentam regular os problemas públicos, desenvolvidos no bojo de uma sociedade e de relevância social (SCHMALLER; FRANCO DE SÁ; SILVA, 2008).

local, principalmente as relacionadas com as políticas sociais setoriais (SCHMALLER; FRANCO DE SÁ; SILVA, 2008).

Por meio da Constituição de 1988, o planejamento urbano formalizou-se como instrumento de efetivação do controle público, valorizando o papel dos municípios frente às outras esferas do poder (FRANCISCO FILHO; FÁVERO, 2006; MELO, 2008).

Sob essa perspectiva constitucional, a municipalização surge como um mecanismo facilitador para que os municípios desenvolvam uma gestão pública fundamentada na democracia e na participação, através da adoção de ações institucionais. Transferindo-se, assim, ao gestor local a responsabilidade da implantação e implementação de políticas sociais públicas, descentralizando a gestão e favorecendo a intersetorialidade (SCHMALLER; FRANCO DE SÁ; SILVA, 2008).

Schmaller et al., (2008) entendem que a proposta de ação intersetorial deve vir acompanhada prioritariamente de modificações na forma de gerenciamento intrasetorial, requerendo uma discussão sobre o modelo tradicional de gestão das políticas sociais.

Segundo Franco Netto; Drumond & Vasconcelos (2007), a intersetorialidade deve responder às necessidades do coletivo sob uma perspectiva integral da Promoção da Saúde, mobilizando e refletindo mudanças na gestão, seja no campo político ou da comunidade, ou quer seja nos constituintes de um processo de construção compartilhada. Sendo essa intersetorialidade, para Junqueira (1997) citado por Medeiros & Franco de Sá (2008), a significação de uma articulação de saberes e experiências no planejamento, na gestão, na realização e na avaliação de ações que busquem superar a fragmentação das políticas. O que implica, inevitavelmente, em uma nova forma de gestão social, deixando de ser exclusiva do Estado para ser compartilhada com a sociedade.

Entende-se que a sustentabilidade e o desenvolvimento de ações devem envolver as dimensões ambientais, sociais, culturais, econômicas, políticas e institucionais. Isso significa articular políticas e programas de vários setores da administração e diversos níveis de governo, envolvendo o Legislativo e a comunidade local, buscando-se a garantia de recursos e a continuidade das ações, além de identificar tecnologias e soluções condizentes com a realidade local (IBAM, 2004 apud TEIXEIRA, 2007).

Sperandio (2006) acredita que para se desenvolver uma gestão integrada deve-se articular outras experiências e iniciativas, tais como: orçamento participativo, fóruns de

cooperativas e conselhos municipais. Sob esse aspecto, os municípios saudáveis vêm adotando iniciativas para integrar os processos de desenvolvimento sustentável aos seus sistemas de governança através de capacitações permanentes articulados a uma rede de gestão compartilhada, integrada e participativa.

O trabalho em rede favorece o planejamento das ações em saúde, possibilitando o acesso às necessidades percebidas e vivenciadas pela população dos diferentes territórios, além de contribuir para a construção de compromissos e co-responsabilidades em favor da redução das iniquidades sociais e elaboração de políticas públicas saudáveis.

Além disso, a operacionalização de uma rede e suas possibilidades de aproximar a gestão local das necessidades em saúde vividas pela população são aspectos relevantes para a organização de uma rede de gestão, por repercutir na melhoria da gestão do SUS e favorecer a implementação da PNPS. Facilitando, assim, a construção de um processo de co-responsabilidade em favor da vida e de reduzir as iniquidades sociais nos diferentes territórios (CASTRO; GOSCH, 2006). Na PNPS consta que

[...] o trabalho em rede com a sociedade civil organizada favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2006: 8).

Cantusio Abrahão (2007) acrescenta que a abordagem na rede de municípios e comunidades saudáveis centra a atenção sobre a articulação intersetorial necessária à potencialização de iniciativas locais, constando-se que a mobilização e a participação social permitem a construção de políticas públicas integradas voltadas para a qualidade de vida da população.

Na reformulação de uma agenda intersetorial para o avanço do SUS na construção de “espaços saudáveis”, vê-se que a participação da população em conselhos, fundos, programas e projetos intersetoriais constitui-se um grande avanço para o setor administrativo público.

Segundo Franco Netto; Drumond & Vasconcelos (2007), a exigência de constituição dos conselhos municipais de saúde no âmbito do SUS tem demonstrado serem estes um importante instrumento de “empoderamento” da comunidade por meio da temática da organização dos serviços de saúde. Segundo esses autores, a composição

e gestão desses Conselhos contemplam um equilíbrio de forças que integrem posições representativas favoráveis a resolução de conflitos de uma sociedade.

Sendo assim, a proposta de Municípios e Cidades Saudáveis é proporcionar uma base para o equacionamento e gestão eficaz de problemas de saúde e sociais, criando-se espaços que favoreçam a saúde. Além de contribuir para o processo de descentralização, fortalecendo a participação comunitária nas tomadas de decisões políticas que integrem a Promoção da Saúde junto à população (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

Buss (2000) citado por Medeiros & Franco de Sá (2008: 66), considera o projeto Municípios e Cidades Saudáveis como um “projeto estruturante do campo da saúde”, onde os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil, ONGs) procuram, por meio da “gestão social”, transformar a cidade em um espaço de “produção social da saúde”. Assim, para esse autor, a conversão de uma cidade/ município em saudável está na decisão e na vontade política de direcionar as políticas públicas, combinando recursos e compromissos para se alcançar a meta da saúde entendida como qualidade de vida (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

Becker & Edmundo (2007) acrescentam que a ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território alteram os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde. Uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividade mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

Melo (2008) entende que um Plano Diretor Participativo Saudável deve promover ações que integrem o cidadão ao seu espaço, fortalecendo-os na sua vizinhança, ou seja, o ambiente é saudável não apenas por ser caracterizado por uma boa-estrutura ou assistência do Estado, mas pelo sentido de pertencimento à comunidade.

Corroborando com essas idéias, Francisco Filho & Fávero (2006) acrescentam que os municípios saudáveis devem incorporar na elaboração dos seus Planos Diretores uma preocupação mais veemente com ações que visem evitar a instalação da criminalidade. Nesse sentido, o papel da educação e da promoção integrada à saúde são atuações de grande relevância à gestão e ao planejamento em saúde.

Schmaller et al. (2008) entendem que o enfrentamento da violência é resultado de ações intersetoriais e interdisciplinares. Essas, por sua vez, são capazes de alterar os determinantes e condicionantes econômicos, políticos, culturais e sociais da população.

Para esses autores, as multicausalidades e a fatorialidade, intrínsecas ao fenômeno da violência, demandam da gestão intervenções – assistência judicial, acompanhamento psicológico, segurança pública, emprego e renda, programas e projetos sociais – que vão além de procedimentos terapêuticos e de assistência médica.

Sob esse aspecto, Estados e Municípios – mais de 600 entes federados – articulam-se com a Rede Nacional de Promoção da Saúde para receberem apoio técnico da Coordenação Geral de DANTS e financiamento da SVS, objetivando-se o desenvolvimento de iniciativas de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2009).

Através das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde - projeto de cooperação técnica com as Secretarias de Estado da Saúde – o CONASS elaborou propostas articuladas com as ações de promoção da saúde, entre elas estava o foco na prevenção da violência como uma ação de extrema relevância. A partir da deliberação da Assembléia do CONASS em 2007, esse processo desencadeou-se e teve como objetivo a ampliação da discussão do tema da violência como um problema de saúde pública.

Desde então foram realizados seminários regionais e nacionais, que culminaram com uma série de propostas para o enfrentamento da violência. Através dessas iniciativas, que agregaram a promoção da saúde na pauta de discussões das agendas estaduais, os princípios acerca do tema, defendidos pelos gestores, produziram efeitos relevantes no entendimento do papel da gestão estadual e municipal.

Assim como, sua repercussão deu-se também no reconhecimento da importância das ações de Promoção da Saúde e da organização do SUS em busca da atenção integral à saúde, contribuindo assim para um enfrentamento diferenciado da violência e melhoria na qualidade de vida do cidadão brasileiro. Sendo assim, a Promoção da Saúde, mediante a PNPS⁸, tornou-se uma prioridade no plano estratégico do MS, incluindo ações e responsabilidades que visem: a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, o estímulo às práticas corporais/ atividade física, a redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, a redução da prevalência do tabagismo, prevenção da violência e promoção da cultura de paz (BRASIL, 2009).

⁸ A PNPS foi construída de forma tripartite para sistematizar ações específicas buscando-se promover a qualidade de vida e reduzir os riscos e as vulnerabilidades à saúde. No processo de avaliação e planejamento dessas ações associadas as atividades de financiamento, publicações e eventos, a gestão dessa Política é feita por um comitê (MS, Conass e Conassem) que se reúne mensalmente para pensar tais temas (BRASIL, 2009).

Portanto, observa-se que os desafios atuais na gestão de políticas públicas, voltadas para o desenvolvimento local, enfrentamento da violência e a qualidade de vida nos espaços urbanos, apontam para a necessidade de ações comprometidas eticamente com a transformação social e o fortalecimento da participação social e da cidadania (SPERANDIO, 2006).

1.5 REDE NACIONAL DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE (RNPVPS) E OS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE (NPVPS)

O fenômeno da violência possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com os determinantes sociais, econômicos e culturais, o que impulsiona o desenvolvimento de novas estratégias que sejam intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares, buscando-se aprimorar as intervenções na problemática (COHEN, 2007; BRASIL, 2009).

A partir da década de 1980, no Brasil, constatou-se um crescente número de casos de violência, o que fez desse fenômeno uma questão de Saúde Pública com impactos relevantes nas formas de enfrentamento no setor saúde, principalmente no final do século XX e início do XXI (SCHMALLER et al., 2008).

O processo de construção de políticas públicas saudáveis fez-se necessário por causa do grande impulso da economia urbano-industrial, ocorrido ao longo do século XX. Como reflexo desse crescimento econômico, acompanhou-se também a aceleração de desigualdades sociais, danos ambientais irreparáveis e ambientes sociais mórbidos, que fomentavam sóciopatias e psicopatias. Ou seja, incrementou-se a esse quadro a acentuação do fenômeno da violência, além do uso exacerbado e crescente de álcool e outros tóxicos por adolescentes e adultos (COHEN, 2007).

Ao vislumbrar-se o setor saúde como um dos responsáveis por zelar pela integridade das pessoas, sendo também um agente interferente e transformador das relações violentas, a Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004, veio viabilizar medidas integrativas através da estruturação da RNPVPS⁹. Assim, essa Rede destina-se

⁹ Até novembro de 2004, a iniciativa de constituir a RNPVPS encontrava-se sob a Coordenação da SAS/MS (Secretaria de Atenção à Saúde). A partir dessa data, essa atribuição passou a ser responsabilidade da Coordenação Geral de DANTS, do Departamento de Análise de Situação de Saúde da SVS/MS (SILVA et al., 2007).

à articulação de ações nas três esferas de gestão, instituições acadêmicas e ONGs, tendo como objetivos¹⁰ a prevenção da violência e a Promoção da Saúde.

Essa Rede trouxe como suporte e incentivos financeiros e organizacionais, a criação de NPVPS nos estados e nos municípios, os quais propõem, como linha de atuação, a construção de informações para intervenções e redes de atenção às situações de violência e acidentes (BRASIL, 2004). Sendo assim, em 2004, através de convênios firmados com 40 entes federados, foram alocados recursos financeiros para implementação desses NPVPS, tendo-se como objetivo a construção de uma rede de promoção das ações prioritárias da PNPS. Sendo que em 2006, o Edital nº 3 financiou 78 projetos para esses Núcleos. Já em 2007, o Edital nº1 financiou 129 projetos de NPVPS. E em 2009, a Portaria nº 139, financiou conjuntamente 1.369 projetos de promoção da saúde em todas as ações prioritárias da PNPS. Ou seja, conjectura-se que haja uma maior relevância, por parte da gestão pública, à promoção da saúde e à problemática de violências e acidentes (BRASIL, 2010).

A importância do enfrentamento do fenômeno da violência através de uma Rede encontra-se no dinamismo e redesenho institucional para se promover articulações entre diferentes setores, instituições, saberes e fazeres das pessoas, favorecendo, por vezes, ações de capacitação dentro do espaço profissional (COHEN, 2007). Dessa forma, articulando-se, conjuntamente, no processo de enfrentamento da exclusão social instaurada no espaço urbano, ao se primar pelo o alcance da melhoria da qualidade de vida por meio da consideração de desejos individuais e coletivos (SPERANDIO, 2006).

Compreende-se a importância dessa Rede pela possibilidade em promover uma conscientização dos profissionais da saúde no que se refere à quebra de idéias pré-concebidas acerca do tema, bem como por ofertar treinamentos técnicos satisfatórios, voltados a efetivações de diagnósticos mais precisos no atendimento a pacientes em situação de violência (DESLANDES; LEMOS, 2008).

¹⁰ (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, ONGs 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 (BRASIL, 2004: 2).

No entanto, os desafios para essa implementação são pertinentes, uma vez que essa intervenção requer uma multi e interdisciplinaridade dos integrantes, além do apoio da RNPVPS bem estruturada e interligada à atenção primária (BRASIL, 2001).

De acordo com De Negri Filho (2007), a estruturação dos NPVPS na RNPVPS favorece a vigilância dos casos de violência e acidentes, quer seja na análise quantitativa (número) de casos de homicídios, violências e acidentes ou quer seja na apreciação qualitativa (dimensão e monitoramento) de tais episódios, que acontecem na dinâmica social. Ou seja, para se enfrentar o problema da violência e dos acidentes é preciso ter uma estrutura permanente na qual o governo e a sociedade civil trabalhem conjuntamente na operacionalização do diagnóstico da situação, sob a forma de uma coordenação trans-setorial.

Assim sendo, verifica-se que para se reduzir os agravos à saúde decorrentes de acidentes e violência faz-se necessário a construção de projetos políticos que visem a redução das desigualdades econômicas e sociais. E isso reflete sobre os aspectos éticos, políticos e de proteção e promoção de políticas públicas desenvolvidos pelo Estado. Tornando-se urgente rever as responsabilidades dos setores da educação, saúde, assistência social, legislativo e judiciário, bem como ações referentes ao tratamento e recuperação dos agressores e a proteção à vítima e aos familiares (SCHMALLER et al., 2008).

Sob esse olhar ampliado, em junho de 2005, a SVS/MS realizou, em Brasília, o I Seminário da RNPVPS objetivando fomentar a constituição da Rede pelos núcleos municipais, estaduais, acadêmicos e não governamentais e elaborar estratégias para o estabelecimento de parcerias nas demais ações, envolvendo as três esferas de governo. Esse encontro possibilitou ainda a troca de experiências, um acordo entre instituições de ensino e pesquisa e a definição dos mecanismos de comunicação da Rede, através dos principais aspectos do monitoramento das atividades desenvolvidas (MALTA et al., 2007). De acordo com esses autores, a importância da participação dos núcleos nesse processo de implementação da Rede encontrou-se nas seguintes atribuições:

definição de metodologias de capacitação e organização de cursos; apoio à sistematização de experiências locais; construção de um cadastro nacional de experiências; proposição de indicadores de monitoramento; definição de experiências para serem avaliadas a posteriori; apoio à sistematização de experiências de prevenção da violência e promoção da saúde integrantes da Rede (MALTA et al., 2007: 53).

Em fevereiro de 2006, uma nova oficina reuniu as instituições acadêmicas participantes da oficina de junho de 2005, reafirmando os compromissos pactuados

anteriormente, além de se estabeleceram, de comum acordo, objetivos específicos para cada núcleo (MALTA et al., 2007).

Considerando-se o avanço de instituições acadêmicas que lidam com a temática da violência, a Universidade Federal de Pernambuco, através das ações do Fórum Acadêmico Pensando à Violência, legitimou o NUSP¹¹ junto ao MS, resultando em um convite para que o mesmo integrasse a Rede Nacional de Núcleos *Acadêmicos* de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (SCHMALLER et al., 2008). Esses autores afirmam que

esta unidade tem composição multisetorial e multi-institucional e envolve diversos parceiros internos e externos ao NUSP e à própria UFPE. (...) a unidade em tela visa apoiar a estruturação dos núcleos de serviços municipais para a promoção, prevenção e recuperação das vítimas de violência no Estado de Pernambuco. Ao mesmo tempo, tem o objetivo de colaborar na sensibilização e na capacitação de trabalhadores da saúde, assistência e educação, com ações capazes de produzir impacto na redução da morbimortalidade por acidentes e violência, em defesa da melhoria da qualidade de vida (SCHMALLER et al., 2008: 142).

Diante dessa atuação intra e intersetorial dessa Rede, em promover encontros e expansão de novos núcleos, compreende-se que essa articulação é um grande desafio, sendo fundamental para uma abordagem mais efetiva no enfrentamento da violência. Assim sendo, a prevenção da violência, o cuidado de vítimas e familiares e a responsabilização de agressores, através de uma atuação em rede, enquadram-se como uma estratégia por excelência (DESLANDES; LEMOS, 2008).

Rememora-se que no MS, essa compreensão motivou a concepção da RNPVPS, através da Portaria GM/MS nº 936/2004, favorecendo a implantação dos NPVPS nos estados e municípios. De tal modo, verifica-se que esses núcleos, financiados pelo MS, são responsáveis por articular e coordenar ações intersetoriais promotoras de saúde e da cultura de paz em âmbito local (SANTOS; RAMIRES, 2010).

No entanto, entende-se que a realização de uma ação conjunta não depende somente de se fazer fluir as informações ou, simplesmente, de potencializar organizações 'capazes' de impulsionar esse fluxo. Exige-se a definição de objetivos e estratégias que estimulem a capacidade de grupos e instituições, explicitando assim a riqueza intersubjetiva, organizacional e política dos indivíduos e organizações (MALTA et al., 2007).

¹¹ NUSP – órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco, com vinculação direta ao Gabinete do Reitor; representa a UFPE junto ao Ministério da Saúde em assuntos relacionados à prevenção da violência (SCHMALLER et al., 2008).

É necessário verificar qual o fator preponderante do ponto de vista da gestão desses Núcleos. Acredita-se que a construção de uma rede de núcleos de prevenção e promoção da saúde permita o desenvolvimento de estratégias – através da troca de experiências e informações entre seus integrantes e comunidade – condizentes com a realidade econômica, social e regional de cada município, proporcionando, assim, a construção de um Município Saudável mediante a Prevenção da Violência (SANTOS; RAMIRES, 2010).

CAPÍTULO 2 – A INSERÇÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA: CONCEPÇÕES, POLÍTICAS E AVANÇOS NO BRASIL

As políticas sociais são resultados históricos das prioridades sociopolíticas gerais, refletindo, assim, problemas estruturais e conjunturais da sociedade capitalista, além de permitir a visualização de demandas particulares de dada sociedade (SOUZA; MINAYO, 2010).

Concorda-se com Pereira¹² quando afirma que [...] a política social

[...] jamais poderá ser entendida como um processo linear, de conotação exclusivamente *positiva ou negativa*, ou a serviço exclusivo desta ou daquela classe. Na verdade ela tem se mostrado simultaneamente positiva e negativa e beneficiado interesses contraditórios de acordo com a correlação de forças. É isso que torna a política social dialeticamente contraditória. [...]. (2008:166 - grifos da autora).

A violência enquanto expressão da questão social¹³ passou a demandar ações do Estado através das políticas sociais, em particular, a política de saúde visando a sua inclusão na agenda do setor. Com isso, objetivava-se o delineamento de ações capazes de enfrentar esse crescente fenômeno social por meio de políticas específicas de redução do agravo à saúde e programas de atendimento multidisciplinar às vítimas e aos seus familiares, além da realização de articulações setoriais e intra-setoriais para a elaboração de projetos (DESLANDES; LEMOS, 2008).

¹² Cf. PEREIRA (2008).

¹³ Para Iamamoto “a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (2007: 77).

No Brasil, desde o final dos anos 1980, observa-se um aumento no quadro de morbimortalidade decorrentes das causas externas, conjunto das diversas expressões da violência e dos acidentes. Assim, a redução da violência constitui-se, por sua magnitude e complexidade, um dos maiores desafios das políticas públicas de saúde e segurança. (DESLANDES; LEMOS, 2008). Ou seja, de cada 100 mil habitantes, 12 morriam por homicídios, sendo que em 2003, esse número foi de 28 por 100 mil habitantes. Já nos anos de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes no país: cerca de 400.000 por homicídios, 310.000 por acidentes de trânsito e 65.000 por suicídios, sendo o restante por acidentes em geral (MALTA et al., 2007).

Entre 2000 e 2009, verificou-se um aumento de 3,9% na taxa de mortalidade por causas externas, representando em 2009, a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de faixa etária entre 01 a 39 anos de idade. Quanto aos acidentes, houve aumento de 14,9% no risco de mortes por acidentes de transporte terrestre. No entanto, dentre as vítimas dessa causa, os motociclistas apresentaram maior aumento (+224,2%) no risco de morte. Os homicídios apresentaram acréscimo de 1,3% na taxa de mortalidade, sendo que o risco de morte por arma branca foi aumentado em 28%. Os homens representaram 70,5% das internações por essas causas e as mulheres, 29,5%. Entre 2000 e 2010, verificou-se aumento de 19,1% na taxa de internação hospitalar por causas externas (BRASIL, 2011).

No final do ano de 2009, 40% de todos os acidentes com vítimas fatais nas estradas pernambucanas envolveram motos, correspondendo a um aumento de 26,7% nas rodovias federais do Estado de Pernambuco entre 2008 a 2009. A partir de análise da distribuição de acidentes e violência no município de Olinda através dos dados da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), verificou-se, no período de abril de 2009 a agosto de 2010, que as crianças foram as que mais sofreram acidentes, enquanto os adolescentes (17,4%) e adultos jovens (33,3%) os que mais demandaram atendimento por causas relacionadas à violência (OLINDA, 2010).

Neste capítulo serão discutidas as concepções de violências e acidentes bem como se refletir sobre as políticas para a redução dos agravos e os avanços no sistema de proteção as vítimas e seus familiares. Assim, é a partir dessas reflexões que se irá explorar o referencial do objeto de estudo e posteriormente analisar os dados desse estudo.

2.1 HISTÓRICO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA NA SOCIEDADE CAPITALISTA

O conceito de violência transitar sobre diferentes áreas do saber aponta para diversas definições, além de ganhar adjetivações peculiares em cada uma delas, dessa maneira faz-se oportuno conhecê-las um pouco melhor.

Na filosofia a violência, como objeto de estudo, é compreendida como “toda interrogação sem resposta definitiva referente à condição humana”, conforme Domenach (1981:28) nos seus estudos em que dialoga com alguns renomados autores desde Anaximandro até Heidegger e desde Diderot até Sartre.

Engels (1990) refere que na construção histórica da sociedade de classes a violência ocorre nas relações sociais e humanas a partir da propriedade privada dos meios de produção. E, ainda afirma no Anti-Düring, em seus estudos sobre a Teoria da Violência, que

A violência não é um mero ato de vontade, pressupondo, pelo contrário, condições prévias bastante reais para o seu exercício, a saber: instrumentos, entre os quais, o mais perfeito esmaga o mais imperfeito. Estes instrumentos, que não brotam do solo por si sós, tiveram de ser produzidos, o que equivale a dizer que o produtor dos mais perfeitos instrumentos de violência, que são as armas, triunfa sobre o produtor dos mais imperfeitos. Daí temos de reconhecer, em resumo, que a vitória da violência se reduz à produção de armas e que esta, por sua vez, se reduz à produção em geral, e, portanto, ao ‘poderio econômico’, à ‘situação econômica’, aos meios materiais colocados à disposição da vontade de violência (1990:123).

Já Freud (1974 apud Domenach 1981) contribuiu com várias interpretações sobre esse tema, em diferentes etapas de seu pensamento. Em primeiro lugar associou a violência à agressividade instintiva do ser humano. Num segundo momento a definia como instrumento para arbitrar conflitos de interesses. E numa terceira posição, avançava para a ideia de construção de "identidade de interesses". E foi essa identidade que fez surgir vínculos emocionais entre os membros de uma comunidade, segundo Minayo e Souza (1999).

Domenach (1981: 34) em seus estudos afirma que no século XXI,

Lo que llamamos hoy "violencia" se cristaliza progresivamente en tres aspectos principales: El aspecto psicológico, explosión de fuerza que cuenta con un elemento insensato y con frecuencia mortifero el aspecto moral, ataque a los bienes y a la libertad de otros el aspecto político, empleo de la fuerza para conquistar el poder o dirigirlo hacia fines ilícitos.

Nestes termos a Assembleia Mundial de Saúde define violência como um problema de saúde pública mundial e têm consequências graves para indivíduos, famílias, comunidades e países a curto e em longo prazo, além do aumento da demanda que acarreta em serviços de saúde em todo mundo (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

Concorda-se com Minayo quando diz que “por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico, mas que afeta fortemente a saúde” (2006: 45). No Brasil, o Ministério da Saúde de forma operacional, bem como seguindo a definição da OMS¹⁴, conceitua violência¹⁵ como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”, caracterizando-se, assim, como um problema de saúde pública, porque afeta a integridade física e a saúde mental dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001: 3)

Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Assim, ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o 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.

Nesta Política a violência apresenta-se como um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, encerrando eventos, de natureza diversa, relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada (MALTA et al., 2007).

Esses autores ainda pontuam que “a violência apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão, revestindo-se de

¹⁴ Segundo o Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, da OMS, a violência é conceituada 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” (BRASIL, 2001).

¹⁵ As violências são definidas como o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”, englobando as agressões e lesões auto-provocadas (suicídios e tentativas) (BORGES LUZ et al., 2011).

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*” (idem, p. 46, grifo nosso).

Minayo e Souza (1999) apontam que a violência é um “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, para esses autores, não é praticada apenas contra indivíduos, mas também contra grupos, gêneros, etnias e nações, sendo assim é não um fenômeno da contemporaneidade, mas fundado na história da constituição da humanidade.

Minayo e Souza acrescentam ainda que o fenômeno da violência

É um problema da sociedade, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais. No entanto, dois fortes motivos tornam o assunto preocupação da área da saúde. O primeiro, porque, dentro do *conceito ampliado de saúde*, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e frequentemente produz a morte (1999: 11, grifo nosso).

Esta fundamentação possibilita a incorporação e a compreensão de mudanças de atitudes, crenças e práticas por parte de profissionais da saúde. Ressalta-se que as ações devem ir além do diagnóstico e do cuidado das lesões físicas e emocionais (HEISE, 1994 APUD MINAYO; SOUZA, 1999).

De acordo com Mello Jorge e Koizumi (2001) citado por Bacchieri e Barros (2011), o conhecimento, o estudo e a compreensão dos fatos permitem a implementação de ações, tendo em vista a modificação do atual panorama da violência no Brasil. Sob essa perspectiva ampliada, compreende-se a importância do conceito de prevenção violência por se ter ideia das questões que estão na pauta de discussão de uma determinada sociedade. Além de se visualizar quais são os indivíduos e grupos considerados emergentes para determinadas atuações, adequando-se a esses as melhores estratégias de ação (MINAYO; SOUZA, 1999).

Dessa maneira, entende-se que a definição de violência dependa de valores sociais, ordenamentos normativos, regras culturais e circunstâncias, estando o seu surgimento e agravamento dependentes da forma como gestão e sociedade reagem essas problemáticas. Sendo assim, a necessidade de adoção de medidas e ações governamentais, voltadas para a vigilância e prevenção da violência, torna-se fundamental ao enfrentamento desse fenômeno.

Na busca de compreensão do fenômeno e analisando-se os aspectos socioeconômicos e culturais, torna-se difícil isolar uma única forma de violência, que por sua vez, atinge diversas vítimas: as mulheres, os negros, os índios, os homossexuais, os moradores de rua, os movimentos sociais, entre outros. Em situações que não são tão explícitas, constam ainda: a privação de emprego, de salário digno, educação, saúde, transporte público, moradia e segurança alimentar. Essas são compreendidas como formas¹⁶ de violência, uma vez que além de haver uma negação do outro, há privação de direitos assegurados pela Constituição Brasileira de 1988 (SOUZA; LIMA, 2007).

Schmaller et al. (2008) também assinalam que violência como um fenômeno complexo, multifacetado e multicausal, assumindo várias formas e incorporando diversos determinantes (político, social e cultural). Afirma ainda que a violência não é um tema exclusivo da área da saúde, pois sua análise está inserida nos diversos campos do saber. Essas autoras mencionam que o impacto desse fenômeno sobre a saúde deve ter enfrentamento e pesquisado na perspectiva da intra e intersectorialidade das políticas públicas visando programar ações para sua redução e de promoção da saúde.

De Negri Filho (2007) pontuam essas políticas públicas sociais, no contexto do ideário neoliberal, como políticas compensatórias às iniquidades produzidas pelo sistema capitalista – reflexo da fragilidade da apropriação¹⁷ social do produto da economia. Para esse autor, essas políticas são utilizadas para a “garantia de um status mínimo” por intermédio de uma distribuição indireta de renda, “garantia” de direitos no setor saúde, transporte, habitação, segurança, educação, entre outras áreas.

Como reflexo desse ideário e decorrentes do capitalismo vigente, inúmeras e significativas mudanças ocorreram também no trabalho¹⁸ com consequências, inclusive, no universo da subjetividade da consciência do ser social que trabalha¹⁹. Sendo o

¹⁶ Segundo Lima et al (2010), as violências manifestam-se de diferentes maneiras: incluem violência física, psicológica, financeira, sexual, o abandono, a negligência e a autonegligência.

¹⁷ Para Antunes (2007) “[...] sob o capitalismo do Welfare State, nesse o produto continua alheio e estranho aos seus reais produtores. A decisão do que produzir não lhes pertence. E a apropriação do trabalho não é nem social e nem coletiva”.

¹⁸ O trabalho mostra-se como momento fundante de realização do ser social, condição para sua existência é o ponto de partida para a humanização do ser social e o “motor decisivo do processo de humanização do homem”. Esse foi o significado dado por Marx ao enfatizar que: “como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana” (idem: 125).

¹⁹ Antunes afirma que para Lukács o trabalho “[...] tem lugar uma dupla transformação. Por um lado, o próprio homem que trabalha é transformado pelo seu trabalho ele atua sobre a natureza ‘desenvolve as potências nela ocultas’ e subordina as forças da natureza ‘ao seu próprio poder’. Por outro lado, os objetos

capitalismo entendido como um modo de produção marcado essencialmente pela dominação do processo pelo capital, o que define uma forma específica e peculiar de relações sociais entre os homens. Essas relações sociais, por sua vez, foram reelaboradas pelo neoliberalismo nascente nos anos 90 no Brasil, onde se apontam mudanças estruturais no mundo do trabalho, da cultura e do Estado (ANTUNES, 2007).

Nas palavras de Agnes Heller apud Antunes (2007:118), “ao mesmo tempo em que o capitalismo produz necessidades múltiplas e ricas, provoca o empobrecimento dos homens e converte o ser que trabalha em um ser isento de necessidades”. Ou seja, determina-se um processo de homogeneização e redução das necessidades do ser social que trabalha, “que deve privar-se de todas as suas necessidades para poder satisfazer uma só, manter-se vivo”.

Constata-se que nas últimas duas décadas ocorreram grandes transformações societárias, com implicações distintas para o setor saúde, como o advento do neoliberalismo e a reestruturação produtiva com a acumulação flexível, reformas políticas, fiscais e monetárias, redução do papel do Estado (mínimo para social e máximo para o mercado), privatização de empresas estatais, outras²⁰ (FREITAS; PORTO, 2011). Essas mudanças de ordem mundial são provenientes do sistema excludente e devastador verifica-se a presença do aumento da pobreza, precarização das relações de trabalho, eliminação de diversas profissões no interior do mundo do trabalho, bem como as altas taxas de desemprego estrutural com consequente aumento da violência (ANTUNES, 2007).

Entende-se que essa complexificação das relações sociais e políticas, que coisificam e alienam os indivíduos, interferem na construção das bases sociais fundadas nos princípios da igualdade econômica, na democracia e na liberdade. Destarte, os eventos de violência ser historicamente produzidos, neste cenário de crise²¹ estrutural do capital são reafirmados as bases da negação do outro. Ou seja, essa relação de negação é marcada pelo ‘uso da força e da coerção – pelo uso do poder de um sobre o outro’ (FREITAS; PORTO, 2011).

e as forças da natureza são transformados em meios, em objetos de trabalho, em matérias-primas, etc.” (idem: 125).

²⁰ O modelo de regulação social-democrático, que deu sustentação ao chamado estado de bem-estar social, em vários países centrais, vem também sendo abalado pela (des) regulação neoliberal, privatizante e anti-social (ANTUNES, 2007: 175).

²¹ Cf: MÉSZÁROS (2000).

Desse modo, compreende-se que a violência caracteriza-se como uma forma de relação social – onde os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência – na qual há interferências evidentes do meio nos padrões de sociabilidade e nos modos de vida em um determinado momento histórico (MINAYO, 2006). Outrossim, pela complexidade que envolve o fenômeno, aponta-se a necessidade de um olhar diferenciado, através de políticas públicas específicas ao enfrentamento da violência.

Nestes termos, a efetivação da notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde melhora o planejamento de ações de saúde, visto que novos conhecimentos sobre a dinâmica da violência são adquiridos pela análise de indicadores epidemiológicos trabalhados por meio de estudos e pesquisas. Permitindo-se, assim, a visibilidade da problemática do fenômeno e a destinação de recursos financeiros e humanos para a assistência à saúde.

2.2 A PREVENÇÃO E A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 afirma no seu Artigo 227 que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de *negligência*, discriminação, exploração, *violência*, crueldade e opressão (BRASIL, 1988:148, grifo nosso).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) criado em 1990, no seu Artigo 157, ratifica a CF ao mencionar que “havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar a suspensão do poder familiar, liminar ou incidentalmente, até o julgamento definitivo da causa, ficando a criança ou adolescente confiado a pessoa idônea, mediante termo de responsabilidade” (BRASIL, 1990: 42).

A violência contra crianças e adolescentes foi considerada crime pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, na Convenção sobre os Direitos da Criança, e, admitida por 192 países, dentre eles o Brasil, que em 1990 promulgou o ECA – Lei 8.069. Esse documento reconhece a criança como sujeita de direitos em condição especial de desenvolvimento, aponta também para a obrigatoriedade da

notificação dos casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos/violência contra crianças e adolescentes.

Nesse Estatuto visualiza-se no capítulo II – Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, no Artigo 15 que: “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas, em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (BRASIL, 1990: 3).

Segundo Saliba et al. (2007), o ECA veio promover uma nova concepção quanto as questões de direito dos menores, afastando, assim, uma política meramente assistencialista, ao passo que cria uma estrutura que protege e defende esse grupo mais frágil.

No Artigo 13 do ECA, a notificação dos casos, passou a ser obrigatória. Sendo responsabilidade do profissional de saúde comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, seja suspeita ou confirmação, estando sujeito a penalidade com multa, situação essa prevista no Artigo 245 desse mesmo Estatuto (BRASIL, 1990). Corroborando com essa obrigatoriedade, a Portaria GM/MS nº 1968, de 25 de outubro de 2001, dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS, sendo compulsório ao profissional de saúde comunicar às autoridades competentes (BRASIL, 2001).

Nestes termos, quanto aos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos é destinado o Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, que de acordo com o seu artigo 4 : “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, *violência*, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003: 2 , grifo nosso).

A proteção a esse grupo de indivíduos mais frágeis estende-se nos artigos 19 e 57 desse Estatuto, no qual se encontram mencionados, claramente, a responsabilidade que os profissionais de saúde e instituições têm de comunicar os casos de abuso a que tiverem conhecimento. Essas denúncias devem ser registradas no Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal), no Ministério Público (MP) e/ou nas Delegacias de Polícia, implicando em pena pecuniária por não cumprimento (SALIBA et al., 2007).

Quanto à proteção do terceiro grupo mais vulnerável a violência, têm-se a expressão da Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha,

que cria mecanismos para coibir a VD e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006). Anterior a essa norma, consta no § 8º do Art. 226 da Constituição Federal que “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de *cada um* dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988: 37, grifo nosso).

A responsabilidade com os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher perpassa o âmbito legal, estendendo-se também aos serviços de saúde públicos ou privados. É o que consta na Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, na qual o Governo Federal estabelece a notificação compulsória em todo território nacional (BRASIL, 2003). De acordo com essa Lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas e hospitais). Constando-se no Art.5º da Lei nº 10.778 que a inobservância das obrigações estabelecidas nesse regulamento constitui infração da legislação referente à saúde pública (FREITAS; PORTO, 2011).

Saliba et al. (2007) enfatizam que a legislação específica de proteção aos grupos vulneráveis (criança, adolescente, idoso e mulher) não esclarece ao profissional de saúde a forma adequada de se fazer a notificação – fato que pode contribuir para uma possível omissão e, conseqüentemente, para a ineficácia desse instrumento legal. Esses mesmos autores mencionam ainda que o Código de Ética é a base para nortear decisões e condutas do profissional de saúde no desenvolvimento do seu trabalho.

Sendo assim, a resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1931/2009, publicada no DOU de 24 de setembro de 2009, apresenta no inciso VI do Capítulo I dos Princípios Fundamentais que “o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para *permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade*” (CFM, 2009: 90, Seção I, grifo nosso).

Desse modo, pode-se instituir a responsabilidade desse profissional na comunicação dos casos de violência, uma vez que através da notificação, o médico estaria zelando pela saúde de seu paciente. Responsabilização corroborada no Artigo 25 do Capítulo IV, que trata dos Direitos Humanos, sendo vetado ao médico “deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis,

praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem” (CFM, 2009: 47).

Já para o profissional cirurgião-dentista, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), através da Resolução n.º 42, de 20 de maio de 2003, do Código de Ética Odontológica, apresenta no inciso V do Artigo 5 – dos deveres fundamentais desses profissionais e entidades da Odontologia – que é dever desse profissional “zelar pela saúde e pela dignidade do paciente” (CFO, 2003: 6).

Quanto aos profissionais de Enfermagem, o Artigo 52 do antigo CE, Resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) n.º 240, de 30 de agosto de 2000, considera infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos”. A partir de 08 de fevereiro de 2007, através da Resolução COFEN n.º 311/2007, essa responsabilidade tornou-se mais específica, constando no Artigo 34 do Capítulo I – das Relações Profissionais/ Direitos Seção I, das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade/ Proibições – que é infração desse profissional: “provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de *violência*” (COFEN, 2007: 4, grifo nosso). Observa-se que apenas nesse último CE a expressão ‘violência’ aparece explícita.

Nos Códigos de Ética dos Conselhos de Enfermagem, Medicina e Odontologia alguns artigos fazem referência à obrigação que os profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Inevitavelmente, as normas específicas presentes nesses CE preveem, mesmo que implicitamente, a necessidade da realização de notificação da situação de violência a órgãos competentes. Sendo assim, o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência a que tiver conhecimento, podendo responder, inclusive, por omissão (SALIBA et al., 2007).

A responsabilidade profissional nessa temática não data apenas a partir dos CE, já que antes mesmo de ser assunto de debate no campo da saúde pública no Brasil e de conselhos profissionais, o artigo 66 do Decreto-Lei 3.688 de 1941, reconhece como contravenção penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho, cujo seu descumprimento acarreta em pena pecuniária (BRASIL, 1941). A interpretação desse artigo remete à ideia de que o profissional de saúde deverá comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente de idade ou gênero da vítima.

Deste modo, entende-se que a responsabilidade profissional de notificar os casos de violência existe tanto no âmbito penal quanto nas normas específicas, já abordadas,

do ECA, do Estatuto do Idoso e da Lei de Notificação Compulsória de violência contra a mulher (SALIBA et al., 2007).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), além desses regulamentos, a Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011, institui a obrigatoriedade da notificação para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao SUS em todo território nacional, através do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória do SINAN²² (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e seu encaminhamento aos órgãos competentes²³.

Consta do Art. 3º, Anexo I, que “as doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS” (BRASIL, 2011: 1). Assim, é a partir de 1993, o SINAN foi implantado, de forma gradual e heterogênea nas unidades federadas e municípios. Época em que não havia uma coordenação e um acompanhamento por parte dos gestores de saúde desse sistema, sendo desenvolvidos instrumentos e definições de fluxos e software para o SINAN apenas em 1998.

A definição de estratégias para a implantação do seu uso, em todo o território nacional, foi regulamentada também nesse mesmo período. Tornando-se obrigatória a alimentação regular dessa base nacional de dados pelos municípios, estados e Distrito Federal através da notificação e investigação de casos de doenças e agravos constados na lista²⁴ nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007; 2011).

Entende-se que o investimento em esforços, no sentido de ampliar a coleta de casos pelo SINAN seja uma possibilidade de garantia à universalização da cobertura da informação sobre as causas externas no país, em específico sobre a VD. Constituindo-

²² O SINAN “é um sistema permanente de coleta, transmissão e disseminação de informação sobre doenças e agravos de notificação compulsória, constituindo-se na ferramenta fundamental do sistema de vigilância epidemiológica. Dados são coletados e digitados no nível municipal, transportados para as instâncias regionais de saúde, e encaminhados semanalmente para as secretarias estaduais. Quinzenalmente os dados são enviados para o nível federal do SUS” (GALDINO et al, 2012: 148).

²³ “A Ficha de Notificação devida ser impressa em duas vias pré-numeradas. A primeira via devida ser enviada pela unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação, caso a unidade de saúde não seja informatizada, e a segunda via devida ser arquivada na própria unidade de saúde. Caso a unidade federada opte por não trabalhar com a Ficha de Notificação pré-numerada em duas vias, as informações preenchidas na Ficha de Notificação devida ser transcritas para o cabeçalho da ficha de investigação do respectivo agravo notificado.” (BRASIL, 2007: 12).

²⁴ Nessa lista, a violência doméstica, sexual e outras violências encontram-se no item 45 do Anexo I (BRASIL, 2011).

se, assim, um importante fator para as atividades de planejamento de atendimentos e formulação de políticas públicas voltadas à prevenção da violência (FISZON; BOCHNER, 2008).

Para esses autores o uso sistemático e descentralizado do SINAN poderá

Contribuir para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e permitir que seja avaliado o impacto das ações programadas (idem: 126).

Desta maneira, anteriormente à implantação do SINAN, o sistema VIVA²⁵ em Serviços Sentinela foi instituído através da Portaria GM/MS nº 1.356, de 23 de junho de 2006, visando melhorar a qualidade das informações sobre violências, para se proporcionar um conhecimento melhor da magnitude e natureza das violências e do perfil da vítima e do agressor.

Entretanto, apesar de existir um investimento²⁶ do MS, desde 2006, para a criação do VIVA em emergências hospitalares, observa-se que apenas cerca da metade dessas unidades de saúde possuem a ficha de notificação do SINAN – não significando, necessariamente, que o seu preenchimento seja efetivamente realizado (LIMA et al., 2010).

Schmaller et al. (2008) acreditam que para se viabilizar a efetivação de notificações existe o imperativo de realização de capacitações para profissionais. Sendo essas qualificações voltadas para atores da rede municipal de saúde, profissionais do PSF, professores da rede municipal e estadual de ensino, técnicos e profissionais da assistência social. Assim como, a realização de articulações com o Conselho Tutelar (CT) e a sociedade civil, organizada nos municípios e comunidades saudáveis.

Sob essa perspectiva, em 16 de maio de 2001, o MS reuniu especialistas da área da saúde, gestores e profissionais de atendimento de serviços de urgência para a elaboração de um documento que estabelecesse as diretrizes e atividades para o setor Saúde e a construção de políticas intersetoriais voltadas à prevenção da violência e

²⁵ O Sistema VIVA é formado pela vigilância de violências interpessoais em serviços de referência, sendo estruturado por dois componentes: o VIVA Contínuo – vigilância contínua de VD, sexual e/ou outras violências interpessoais e auto-provocadas e o VIVA Sentinela – vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (OLINDA, 2009) (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

²⁶ Para que a implantação da notificação da VD, sexual, violências interpessoais e auto-provocadas fosse efetivada, por meio do VIVA, o MS repassou incentivo financeiro para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2006).

acidentes. Sendo esse documento pactuado junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e apresentado com a denominação da PNRMAV - Portaria GM/MS nº 737 (MALTA et al., 2007).

A PNRMAV veio, então, afirmar que no Brasil, “acidentes e violências configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população” (BRASIL, 2001: 2). Sendo suas diretrizes norteadoras da

Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis monitorização da ocorrência de acidentes e de violências sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (idem: 13).

Destarte é sob a ótica das diretrizes da PNRMAV que são tecidas reflexões sobre as estratégias de ações intersetoriais de prevenção e notificação da ocorrência de violências e acidentes bem como a responsabilidade do setor saúde. Desta forma é a partir da publicação da Política que diversas intervenções e atividades foram desenvolvidas, por exemplo, o monitoramento de acidentes e violências por meio da análise das bases de dados existentes no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) pela SVS/MS.

Entende-se que as ocorrências de violências e acidentes são preveníveis e evitáveis. Neste sentido a notificação é um instrumento importante para planejar ações e definir prioridades de intervenção, pois gera mais recursos financeiro, humanos e pesquisas sobre a dimensão e natureza das causas externas.

2.3 PREVENÇÃO DE ACIDENTES COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Os acidentes de transporte terrestre em abrangência mundial representam um fenômeno relevante pela magnitude da mortalidade e do número de pessoas portadoras de sequelas. É estimado, anualmente, 1,2 milhões de óbitos por este evento, o que representa 12% das mortes do planeta, perfazendo a terceira causa mais frequente na faixa etária de 1 a 40 anos e a segunda causa na faixa etária de 5 a 29 anos. Em países

da África, Ásia e América Latina, os pedestres e os ciclistas é maioria dentre os indicadores de mortalidade por causa externa (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

No Brasil, desde o início da década de 1980, verificou-se um acentuado aumento da morbimortalidade por causas externas, sendo a segunda causa mais frequente e a primeira causa para a ampla faixa etária de 5 a 49 anos (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

De acordo com Bacchieri & Barros (2011), os condutores de motocicletas são considerados o grupo prioritário em programas de prevenção, com risco sete vezes maior de morte, quatro vezes maior de lesão corporal e duas vezes maior de atropelar um pedestre, quando comparados aos automobilistas.

Segundo Oliveira; Costa e Mota (2008: 365) “o Brasil está entre os países que têm registrado as maiores frequências de indivíduos feridos por acidentes de trânsito, com taxas que em 2002 alcançaram 219,5 vítimas por 100 mil habitantes e de 19,0 mortes por 100 mil habitantes”

Não obstante as estatísticas dos últimos três anos (2007-2005) indiquem uma lenta redução nas taxas de homicídios e acidentes de trânsito, as causas externas ainda se apresentam como a sexta causa de internações (DESLANDES, MINAYO; LIMA, 2008), representando em 2009, 213.165 das internações de pacientes menores de 19 anos em hospitais que integram o SUS. Dentre as principais causas externas dessa faixa etária – infância e adolescência – encontram-se as quedas, os envenenamentos, as queimaduras, os acidentes de trânsito e os abusos sexuais (SILVA et al., 2010).

Na cidade do Recife, em 2006, ocorrerem 201.474 internações hospitalares por todas as causas, com uma média de 7,1/1.000 habitantes. Do total de internações, 9,1% foram por causas externas, corresponde ao quarto lugar. A taxa de internação por causas externas variou de 3,9/1.000 habitantes em 2000 para 6,4 em 2006, o que representa um aumento de 64,6%. Ou seja, as causas externas nessa cidade, desde a década de noventa, vêm ocupando a segunda causa no padrão de mortalidade geral, representando 14,2% do obituário geral em 2005 e constituindo a sexta maior causa de internação hospitalar (LIMA et al., 2009).

Em Olinda, no período de 01 de julho de 2006 e 30 de junho de 2007, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atendeu 1032 indivíduos por acidentes de transporte terrestre, sendo o sexo masculino o mais atendido nos sistemas de saúde (795 indivíduos – 78,9%) e também o mais acometido (43,8/10 mil habitantes). Os pedestres

e ciclistas responderam por 602 atendimentos (58,3%) e ocupantes de motocicleta por 199 (19,3%) (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

Segundo Mello Jorge e Koizumi (2001) apud Bacchieri e Barros (2011), o conhecimento, o estudo e a compreensão dos dados epidemiológicos das causas externas possibilitam a implantação de ações peculiares, voltadas a prevenção dos acidentes. Sendo que o planejamento dessas intervenções baseia-se, geralmente, em informações de mortalidade e/ou de hospitalizações disponibilizados em base de dados específicos (BORGES LUZ et al., 2011). Cabral et al. (2011: 3) relatam que “conhecer a epidemiologia das causas externas é fundamental para se definir políticas de prevenção desse agravo e das mortes por ele causados”.

Destarte, em 1991, os sistemas nacionais de informação do DATASUS²⁷ (SIM e SIH-SUS) foram instituídos, visando-se a elaboração de estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação em saúde, representando a ferramenta mais utilizada para captação os dados provenientes de acidentes (FISZON; BOCHNER, 2008). Sendo a variável ‘tipo de acidente/violência’ incorporada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em 1998, tornando o SIH-SUS uma fonte de dados²⁸ mais detalhada sobre as causas externas. Acredita-se que esses sistemas de informação permitam a construção de um banco de dados para auxiliar na identificação de peculiaridades sobre as vítimas na fase pré-hospitalar em nível local. Possibilitando, assim, o monitoramento permanente destes eventos e a identificação de áreas geográficas com futuros alvos de intervenção (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

Em relação aos acidentes de trânsito, a aquisição desses dados dispõe de uma terceira fonte: o Boletim de Ocorrência²⁹ policial (BO). Contudo, esse documento não é padronizado e não há um sistema organizado em nível nacional, além de não existir interligação do mesmo com as demais fontes de registro das causas externas – SIH-SUS e SIM. Essa desconexão entre os dados, certamente, dificulta o dimensionamento da

²⁷ A criação do Departamento de Informática do SUS – DATASUS foi instituída pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no DOU de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no DOU de 19.04.1991. No início, o conjunto de serviços consistia basicamente dos sistemas de faturamento – ambulatorial e hospitalar – e dos sistemas de acompanhamento de “Nascidos Vivos” – SINASC -, “Agravos de Notificação” – SINAN – e de “Mortalidade” - SIM, além de pequenos sistemas voltados para gestão administrativa, tais como controle de materiais, de patrimônio e de processos (BRASIL, 2002).

²⁸ Os dados provenientes da AIH/ SIH-SUS correspondem somente aos pacientes internados, cujos gastos hospitalares foram custeados pelo SUS (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

²⁹ B.O. é um documento oficial utilizado nas Delegacias de Polícia Civil e Polícias Rodoviária Federal e Militares, sendo o registro das ocorrências que exigem uma intervenção policial (BACCHIERI e BARROS, 2011).

problemática, interferindo no planejamento e no desenvolvimento de ações destinadas à prevenção de acidentes (BACCHIERI; BARROS, 2011).

Em decorrência da proporção dos crescentes números de violências e acidentes, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA), sob a Coordenação da Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), objetivando diminuir os agravos e aprimorar o sistema de informações existentes sobre as causas externas (BRASIL, 2006). O sistema Rede VIVA foi estruturado em duas partes modalidades: vigilância contínua (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela por inquérito (VIVA Sentinela). Esta rede de vigilância possui um sistema de informação próprio e o lançamento dos dados é efetivado por duas fichas distintas: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (VIVA Contínuo)³⁰ e a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência (VIVA Sentinela).

De acordo com esse protocolo VIVA - Sentinela, os acidentes são definidos como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas ou emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer”. São incluídos nesse documento os acidentes domésticos, de trânsito, de trabalho, quedas, queimaduras, intoxicações e afogamentos, entre outros, possibilitando assim um conhecimento mais abrangente dos acidentes em geral (BORGES; LUZ et al., 2011). Com vistas ainda na melhoria da qualidade das informações sobre os acidentes e ampliação da cobertura dos registros dos dados, o SUS incorporou ao SINAN as doenças e os agravos relacionados ao trabalho.

Em 2007 foi iniciada a implantação dessas notificações no SINAN e incluídos conteúdos relativos à saúde do trabalhador nos programas de treinamento respectivos, em especial nos cursos preparatórios das equipes dos serviços de saúde, focando na responsabilidade profissional de se notificar estes agravos específicos (GALDINO et al., 2012).

Notificar um acidente de trabalho significa registrá-lo no protocolo de Comunicação de Acidente de Trabalho³¹ (CAT). Os dados provenientes desse

³⁰ Em 2009, segundo o Ministério da Saúde, o componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao SINAN Net, adequando-se às suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados.

³¹ O protocolo de CAT é disponibilizado através de via impressa e eletrônica, estando o empregador obrigado a comunicar à Previdência Social a ocorrência do acidente de trabalho, ou seja, “a notificação

documento permitem ao trabalhador a conquista de benefícios previdenciários, desde que a ocorrência dos acidentes de trabalho por causas externas, recebam, do médico do trabalho, o diagnóstico de nexos causal ocupacional. Sendo assim, as estatísticas dos acidentes do trabalho são importantes fontes de informação para programas que visam tornar as práticas de trabalho mais seguras (MARZIALE, 2003).

De acordo com Lima et al. (2009), as lesões e traumas provocados por acidentes têm gerado vários tipos de incapacidades, principalmente nos jovens, constituindo-se em um desafio para os serviços de saúde do ponto de vista da sua estruturação e organização para assistir essa população. Segundo esses autores, essas vítimas necessitam de uma atenção especializada além do atendimento de emergência, incluindo cuidados hospitalares, reabilitação física e psicológica. Deslandes, Minayo e Lima (2008:430) acrescentam que

com o impacto dos acidentes e violências na demanda assistencial das urgências e emergências dos hospitais brasileiros, principalmente nos grandes centros urbanos, é preciso considerar a necessidade de estruturação de uma rede assistencial hierarquizada e resolutiva. A pressão sobre os serviços de atendimento se acentua ainda mais com a constante invasão de pacientes portadores de agravos que poderiam encontrar resolução nos serviços da rede básica e nas unidades de urgência de baixa complexidade.

Além dessas implicações, existem também as incapacidades geradas nos anos potenciais de vida perdidos e no impacto nas famílias das vítimas e na sociedade em geral, o que têm levado instituições a reconhecerem a sobrecarga que esses eventos produzem nos sistemas de saúde e o significativo custo social e econômico que representam para um país (BECKER; EDMUNDO, 2007); (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

Segundo Silva et al. (2010), as repercussões dos acidentes apontam para prejuízos além dos custos sociais, econômicos e emocionais com impacto considerável em longo prazo, sendo consideradas como um importante problema de saúde pública. Já Cabral et al. (2011) enfatizam que sobre o setor saúde recai o maior ônus de todas as consequências dos acidentes, visto esse agravo ser responsável pelas demandas na atenção pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação.

deve ser feita até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e de imediato à autoridade policial competente em caso de acidente fatal. No caso de falta de comunicação, por parte da empresa, poderão emitir a CAT o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não havendo neste caso limite de prazo para a notificação” (MARZIALE, 2003: 165).

Devido à reabilitação ser um processo global e dinâmico, com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa portadora de deficiência ou com funções prejudicadas por evento traumático, esta se encontra associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando-se o bem-estar físico, psíquico e social, tendo como meta final a reintegração social do paciente. E para se reabilitar as sequelas das vítimas advindas de acidentes e violências, foi preconizada, em 2001, através da Portaria n 737, a PNRMAV a fim de favorecer a conquista da independência do paciente dentro da sua nova situação (RIBEIRO; BARTER, 2010).

Dessa maneira, a PNRMAV faz uma inflexão e uma ampliação da responsabilidade do setor de saúde sobre o tema das violências, que era anteriormente restrito aos foros policiais e judiciários. Sendo essa Política, atualmente, o principal parâmetro de análise e avaliação das respostas do SUS as demandas criadas pelos acidentes e violências (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008) Portanto, a PNRMAV orienta para a consolidação da atenção em reabilitação, a elaboração de normas técnicas e a necessidade de equipar as unidades de saúde para este fim (LIMA et al., 2009). A partir dessa política, o MS brasileiro produziu várias portarias específicas, criando diretrizes e orientações sobre a promoção da vida e a prevenção da violência, além de orientar o Sistema de Atenção à Saúde quanto aos atendimentos às vítimas e seus familiares (idem).

O Ministério da saúde, após a regulamentação da PNRMAV, cria a Portaria GM/MS n° 936/2004 para estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RNPVPS), na qual propõe a articulação de diversos atores sociais, a saber: MS, Instituições Acadêmicas, ONGs e Núcleos Acadêmicos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde do Distrito Federal, Estados e Municípios. Essa regulamentação veio, então, incentivar, por meio de orientações e recursos financeiros, a organização dos NPVPS nos Estados e nos Municípios, que, por sua vez, trouxeram como proposta de linha de atuação a construção de informações, visando intervenções e formações de rede de atenção às situações de vítimas de acidentes e violências (BRASIL, 2004).

2.4 OS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A implantação da RNPVPS, os NPVPS³² foram instituídos, evidenciando, assim, o compromisso governamental com a formulação de intervenções na área da prevenção³³, bem como para o tratamento, construção de parcerias, pesquisas, formação, serviço social e administração. Devendo essas ações organizar-se de forma integrada e articulada, primando-se pela conscientização e mobilização social do ciclo da violência, assim como para promover o acolhimento e o atendimento psicossocial às vítimas através de um suporte aos familiares, aos responsáveis e aos agressores (SCODELARIO et al., 2004).

Dessa maneira, a implantação dessa Rede visa potencializar a prevenção da violência, mediante intervenções e atividades de vigilância e promoção da saúde. Até o ano de 2007, a RNPVPS era constituída por 203 núcleos (ANEXO A) distribuídos nas cinco macrorregiões nacionais, sendo que 72 Núcleos estão situados na Região Sudeste 27 no Sul 64 no Nordeste 27 no Centro-Oeste e 13 no Norte do País. Ressalta-se que em sua maioria os Núcleos estão concentrados nas capitais e/ou em áreas metropolitanas. Desses Núcleos, 14 são acadêmicos ligados a instituições de ensino e pesquisa e destinam-se a capacitar, apoiar, monitorar, avaliar e sistematizar experiências 168 são gerenciados pelas Secretarias Municipais de Saúde e 19 pelas estaduais outros 02 NPVPS estão sob a direção de ONG.

Segundo Deslandes e Lemos (2008), os núcleos *acadêmicos* são responsabilizados pelo desenvolvimento de indicadores e metodologias para o monitoramento e a avaliação das ações da PNRMAV. Prestando-se, assim, a assessoria aos núcleos e apoio, elaboração e realização de eventos técnicos e publicações sobre a temática da violência, além de desenvolver tecnologias de comunicação entre os núcleos e apoiar o desenvolvimento de mecanismos de notificação de maus-tratos e outras violências. Esses autores pontuam ainda que os núcleos *estaduais* de prevenção da

³² Os NPVPS são constituídos por secretarias municipais e estaduais de saúde, instituições acadêmicas e ONGs, distribuídos em todas as regiões do País.

³³ Segundo a OMS, a prevenção é reconhecida como o meio mais eficaz de combate à violência, sendo recomendada uma ação em três níveis: primário (são dirigidas estratégias ao conjunto da população em um esforço para se reduzir a incidência da violência), secundário (envolve a identificação precoce da chamada população de risco, o que vai permitir o início de ações específicas nessa população) e terciário (as ações voltadas para se diminuir às consequências relacionadas ao fenômeno após sua ocorrência) (SCODELARIO et al, 2004).

violência e promoção da saúde têm atribuições similares dos acadêmicos, porém são mais abrangentes, visto esses serem responsáveis também pela articulação entre os municípios.

Em relação aos núcleos *municipais*, as suas responsabilidades são elaborar o plano de prevenção de acidentes e da violência e promoção da saúde promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais qualificar a rede de atenção integral às pessoas vivendo em situações de violência implementar a ficha de notificação realizar de estudos e pesquisas capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para prevenção da violência. Outras grandes contribuições dos NPVPS, inseridos na RNPVPS, apresentam-se na viabilização da formação de parcerias das organizações governamentais e da sociedade civil, cooperações e articulações de sujeitos institucionais, tanto no âmbito público quanto no privado. Além de sensibilizar e instrumentalizar a população para enfrentar o fenômeno, estabelecer articulação entre os vários serviços da comunidade (creches, escolas, postos de saúde, conselhos tutelares, entre outros), formando-se, assim, uma rede de atendimento e proteção às vítimas, minorando a produção e reprodução da violência (SCODELARIO et al., 2004).

Sob a perspectiva da troca de experiências e conhecimento da realidade local como importantes aliados na efetivação de políticas públicas³⁴ de prevenção e redução das mortes resultantes da violência, a Secretaria de Saúde de Olinda inaugurou em fevereiro de 2006 o NUPAV³⁵. Esse Núcleo encontra-se sob a administração da Coordenação Municipal de Vigilância em Agravos Não Transmissíveis – DANTS, a qual se submete a Diretoria de Vigilância em Saúde, que por sua vez, subordina-se a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

No Seminário CONASS, ocorrido em fevereiro de 2008 em São Luís – MA, o NUPAV apresentou como objetivos “apoiar e desenvolver estudos e pesquisas para elaboração de diagnósticos, realizar capacitações e elaboração de projetos, bem como, promover planos de ação e estratégias de prevenção, assistência e combate à violência em articulação com os diversos setores que atuam nesta temática” (OLINDA, 2011).

O Núcleo de Olinda nos seus documentos oficiais, disponíveis no endereço eletrônico, afirma que tem por objetivos são a promoção da cultura da paz a prevenção

³⁴ As políticas públicas são referidas com o objetivo de defenderem, pelo menos, “o mínimo do mínimo para que todos tenham condições de viver” (DUSI, 2006: 120).

³⁵ Localizado no bairro de Bonsucesso, com horário de funcionamento integral – das 07h00min às 17h00min (OLINDA, 2009).

de acidentes e violência e o controle das doenças crônicas degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, obesidade, entre outras), através de articulação com a Coordenação das DANTS. Esses documentos eletrônicos afirma que esse Núcleo realiza a notificação compulsória em todas as unidades municipais de saúde e acompanhamento dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência (OLINDA, 2011). Além disso, o NUPAV executa diversas atividades³⁶ e projetos de prevenção da violência contra idosos, mulheres, crianças e adolescentes³⁷.

O fluxograma geral da notificação compulsória da VD no município de Olinda (ANEXO B), através do apoio do NUPAV, apresenta a seguinte dinâmica: a unidade notificação de saúde da família repassa os casos de VD que teve conhecimento para o Distrito Sanitário responsável pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que por sua vez, envia ao NUPAV. No Núcleo, a informação da Notificação³⁸ Compulsória da Violência do Setor Saúde é comunicada aos órgãos competentes de proteção e assistência à vítima através de uma Ficha Resumo da Notificação Compulsória, que deve conter os *dados de identificação da vítima, os dados de ocorrência da violência e os encaminhamentos* que foram realizados. Essa ficha resumo segue, então, para o CT da região, em casos de violência contra a criança e o adolescente. Caso sejam notificações contra o idoso e pacientes de necessidades especiais esses resumos seguem para o MP. Quanto a ficha original de notificação, essa é encaminhada para a Epidemiologia, onde os dados são lançados por meio do Sistema VIVA³⁹ (OLINDA, 2009).

³⁶ As atividades são as seguintes: “articulação com diversos setores para realização de estudos, pesquisas, elaboração de diagnósticos, capacitações, mobilização social, visando-se, assim, a prevenção, a assistência e o combate à violência Implantação da ficha de notificação compulsória da violência nas unidades de saúde Controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) com monitoramento realizado uma vez por mês em cada polo de atividade física” (OLINDA, 2011).

³⁷ Os projetos desenvolvidos são: “*Se Bole Olinda* (incentivo à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis) *Olinda Legal*, *Sem Abuso e sem Exploração Sexual* *Coquistas* contra a violência *Educação Popular em Saúde* *Agentes RD* atuando nas Unidades de Saúde da Família (Peixinhos, Ilha do Maruim, Varadouro, Alto da Mina, Sítio Novo/Salgadinho, Amaro Branco e Jardim Fragoso) *Caravana NUPAV* (Lideranças Comunitárias atuando como agentes de prevenção e proteção à violência nas comunidades) *Controle do Tabagismo - Centro de referência para tratamento do fumante: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) Antônio Carlos Escobar-Campus FUNESO, S/N Estímulos de implantação de ambientes livres do fumo (bares, restaurantes e unidades de saúde) Programa “Escolas Livres do Fumo”* (Escola Santa Tereza – 1ª escola municipal com esta certificação)” (OLINDA, 2011).

³⁸ Entre as informações presentes na notificação constam a caracterização da vítima, do agravo e da sua situação geradora, permitindo assim o monitoramento e o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica (LEWGOY et al, 2005).

³⁹ Em 2011, o Viva Inquérito foi realizado nas unidades do SPA Olinda, Hospital do Tricentenário e UPA PE-15. Compreendendo uma equipe de 22 coletores de dados e seis supervisores, devidamente

A importância do Sistema VIVA⁴⁰ para os NPVPS é permitir a construção de um diagnóstico e um mapeamento mais sensível e preciso da situação de violência a nível municipal, estadual e nacional, possibilitando, assim, conhecer a magnitude do problema (SCODELARIO et al., 2004).

Os autores ainda ao analisarem experiências com os pólos de prevenção, constatou que a organização do sistema de atendimento, prevenção e responsabilização do agressor é mais eficaz quando as redes de notificação e de proteção estão articuladas. Ou seja, quando esses dados são lançados em um sistema de computação ligado em rede nacional, cuja finalidade está em viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes.

De acordo com Lewgoy et al. (2005), a partir de uma rede informatizada de hospitais que é referência no atendimento de situações decorrentes de acidentes e violência, há subsídios para se estruturar observatórios da violência. Sendo que esses se constituem em um sistema de vigilância epidemiológica para a vigilância dos agravos decorrentes de causas externas, sendo desenvolvidos e implementados pela Secretaria Estadual da Saúde.

Dessa forma, no dia 11 de fevereiro de 2010, a Secretaria de Saúde de Olinda, em parceria com a Polícia Militar de Pernambuco e a OPAS/OMS, inaugurou⁴¹ a sede do Observatório da Violência no município, localizada na Rua do Bonsucesso, s/n, no bairro do mesmo nome, fazendo parte, então, das ações e políticas da coordenação do NUPAV (OLINDA, 2011).

Lewgoy et al. (2005) acrescenta que através desses observatórios torna-se possível fornecer subsídios para a identificação e caracterização das situações de agravos à saúde decorrentes de causas externas.

Deslandes e Lemos (2008) nos seus estudos enfatizam que se faz necessário avaliar o processo de implantação dos núcleos e examinar a sua atuação e

identificados. O VIVA Inquérito é uma ferramenta utilizada para subsidiar políticas públicas de prevenção, atenção integral às vítimas, promoção à saúde e estímulo a uma cultura de paz (OLINDA, 2011).

⁴⁰ Os Sistemas de Informação Sentinela são implantados em locais de atendimento das vítimas de violência e de acidentes, visando-se captar informações essenciais para a prevenção, além de monitorar o impacto das ações implantadas (MATA et al, 2007).

⁴¹ A solenidade contou com a presença do prefeito Dr. Renildo Calheiros, da Secretária de Saúde Tereza Miranda, do comandante da PMPE coronel José Lopes e representantes da OPAS/OMS (OLINDA, 2011).

sustentabilidade político-institucional, financeira e técnica nesse processo de enfrentamento da violência.

Sob esse olhar ampliado sobre o atendimento multidisciplinar às vítimas e aos seus familiares e a articulação intersetorial e intra-setorial para a elaboração de ações, visando à redução dos acidentes e violências, percebe-se que ao setor saúde recai um papel estratégico para o enfrentamento da violência. Por meio de programas de prevenção da violência e promoção da saúde as vítimas, inseridos numa rede de proteção, torna-se possível contemplar diferentes realidades sociais e econômicas.

Sendo assim, os NPVPS inserem-se como um grande aliado para o enfrentamento das causas externas, seja no cuidado às vítimas – que tem sido cobrado a incluir, em sua pauta organizacional, a prevenção da violência e de acidentes – ou quer seja na promoção de ambientes seguros e de práticas de sociabilidade pautadas pela tolerância e pela diversidade (MALTA et al., 2007).

CAPÍTULO 3 – QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

3.1 QUESTÕES NORTEADORAS

Diante do quadro referencial construído para esse estudo, apresentam-se as seguintes questões que nortearam essa pesquisa:

PRINCIPAL: Como se dá a atuação do NUPAV no município saudável de Olinda-PE?

SECUNDÁRIAS:

1. Considerando que Olinda é membro de uma Rede de Municípios Saudáveis, o seu Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências – NUPAV possui infraestrutura adequada, gestão eficiente e recursos humanos devidamente capacitados e constantemente atualizados para fazer frente a esse papel?
2. Qual a dinâmica de trabalho e como são realizadas as ações de prevenção da violência e acidentes do NUPAV – Olinda Município Saudável?
3. Como são desenvolvidas as ações de Promoção da Saúde pelo NUPAV – Olinda Município Saudável?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo Geral

Conhecer e analisar as ações de prevenção da violência e promoção da saúde desenvolvidas pelo NUPAV no município de Olinda enquanto membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis.

3.2.2 Objetivo Específicos

- Conhecer e analisar a infra-estrutura física do NUPAV – Olinda Município Saudável;
- Conhecer e analisar as ações de formação profissional dos recursos humanos treinados pelo NUPAV – Olinda Município Saudável;
- Conhecer e analisar as ações desenvolvidas para prevenção de acidentes e violências e promoção da saúde pelo NUPAV – Olinda Município Saudável.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA DA PESQUISA

A partir do pressuposto estabelecido por esta pesquisa, no qual um município saudável deve representar um guardião dos princípios e valores da Promoção da Saúde, optou-se pelo estudo de caso com enfoque qualitativo, uma vez que esse tipo de apreciação leva em consideração a compreensão, a interpretação dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade atribuídas pelos atores pesquisados ao objeto de estudo (MINAYO, 1998).

Com isso, utilizou-se a “triangulação de métodos de coleta”, como estratégia para se obter um conhecimento mais aprofundado do tema e uma melhor combinação e cruzamento dos múltiplos pontos de vistas, além de possibilitar uma melhor interação, crítica e comparação dos dados desse estudo.

Sendo assim, buscando-se compreender a subjetividade presente nos discursos dos entrevistados, lançou-se mão de uma lógica emergente e reflexiva sobre as narrativas dos mesmos, permitindo, portanto, o entendimento da experiência humana através das representações empíricas constadas nessa pesquisa.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo de caso representa a estratégia de escolha para questões do tipo “como” e “por que”, devido ao fato do pesquisador ter pouco controle sobre os eventos comportamentais e quando o foco da pesquisa encontra-se em acontecimentos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Ou seja, o estudo de caso permite a compreensão de fenômenos sociais complexos, como é o caso da violência (YIN, 2005).

De acordo com Yin (2005), existem três condições fundamentais para o enquadramento do tipo de estudo a ser empregado em uma pesquisa: o tipo de questão de pesquisa proposta; a abrangência do controle que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais atuais; e o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. Sendo assim, o estudo de caso foi escolhido não só pelas três condições fundamentais, já abordadas, trabalhadas teoricamente pelos estudos de Yin (2005), mas também por ser, de modo específico, o método adequado para estudos que requerem uma profundidade de análise e de explicação. Além de ser

satisfatório no processo descritivo e explicativo no que se refere a questões que transcendem o tempo, como é o caso da temática da violência. Desse modo, através desse estudo de caso, não se destinou a descobrir causas e/ou conseqüências acerca do tema da violência e acidentes, mas buscou-se compreender a atuação do NUPAV no Município Saudável de Olinda.

E para se alcançar os objetivos propostos para essa pesquisa, foi realizada uma abordagem metodológica essencialmente qualitativa, que conforme Minayo (1998)

trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável. (p. 22)

Compreende-se, portanto, que a abordagem qualitativa permita obter a opinião dos entrevistados diretamente envolvidos com o processo de idealização e realização das ações de prevenção da violência e Promoção da Saúde no município, satisfazendo, assim, o propósito do estudo em entender a dinâmica de atuação do NUPAV no município.

4.2 SELEÇÃO DO CASO E O AMBIENTE DE COLETA DE DADOS

A seleção do município de Olinda justifica-se, primeiramente, por este ser o mais populoso município-membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis e por fazer parte da região metropolitana de Pernambuco e, portanto, do Grande Recife, região considerada como das mais violentas do Brasil (DORNELAS; SILVA, 2008), sendo a terceira maior cidade de Pernambuco com uma população de 397.268 habitantes alocados em 43,55 km² de extensão territorial, segundo dados do IBGE/2009 (OLINDA, 2009).

Assim sendo, a coleta de dados foi realizada na própria instituição NUPAV, como requerido à Secretaria de Saúde do município, mediante uma Carta de Anuência.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Como critério para escolha da população do estudo, optou-se pela mediação de seleção dos entrevistados através de *informantes-chave* – pessoas com conhecimento

especial acerca da dinâmica de trabalho do NUPAV. Dessa forma, esses indivíduos integram as seguintes áreas:

- Gestão e Assistência Social
- Programa de Redução de Danos (PRD)

Utilizou-se, também, como critério de formação da população de estudo, o aspecto da *acessibilidade dos entrevistados*, visto as atividades desses profissionais serem realizadas, na sua grande maioria, em áreas externas ao espaço físico do NUPAV.

Outro o critério empregado como técnica de seleção foi o da *saturação*, no qual foram identificadas, no decorrer das entrevistas a falta de informações suficientemente novas ou diferenciadas, que viessem justificar a ampliação da coleta de novo material empírico (FONTANELLA et al., 2011).

Sendo assim, os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram intermediados pelas indicações dos informantes-chave, a acessibilidade dos entrevistados à realização do estudo e pela saturação das informações obtidas através das entrevistas. Sendo excluídos, portanto, os indivíduos que não se enquadraram nas características anteriormente descritas.

Entrevistou-se 12 informantes até se ter atingido o ponto de saturação teórica – momento em que as informações passaram a se repetir, indicando que a seleção da amostra deveria ser interrompida (FONTANELLA et al., 2011).

O estudo envolveu pessoas direta e indiretamente ligadas ao NUPAV, desde gestores do Núcleo a funcionários de outros programas, devido esses indivíduos compartilharem o mesmo espaço físico de trabalho. Sendo assim, a população total da pesquisa contou com a participação de 12 profissionais desde pessoal ligado à administração do NUPAV (2), assistentes sociais (3), profissional psicólogo (1), Redutores de Danos (4), tanto do PRD quanto do Consultório de Rua (CR), integrantes do Programa Polícia Amiga e do HIPERDIA (2).

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS

Visando-se uma maior aproximação da realidade com um aprofundamento relevante do conhecimento obtido através dos dados qualitativos, utilizou-se nesse estudo, a *triangulação de coleta*, tendo-se: a coleta documental, a observação

sistemática e a entrevista semi-estruturada. Além disso, um diário de pesquisa também foi elaborado para este propósito.

No processo de análise documental foram coletados documentos já existentes e arquivados na própria instituição, tais como: guias de orientações aos profissionais de saúde do município, sobre DANTS (inclusive o tema da violência); estudos e levantamentos epidemiológicos realizados no município; fichas de notificação e resumo da violência; e prontuário de paciente do Consultório de Rua.

A observação sistemática visou absorver características pertinentes a realidade, atentando-se as condutas humanas, captadas através do sentido auditivo e visual. Buscando-se, assim, encontrar subsídios para a descrição e explicação sistemática do objeto de estudo. Através dessa perspectiva pressupunha-se que, no interior da instituição pesquisada, os profissionais tivessem representações relevantes em relação ao universo vivido e experimentado. Nesse sentido, essa realidade foi entendida como uma construção social que se desenvolve no interior de um contexto de valores, noções, regras e normas (PESSANHA; CUNHA, 2009).

As entrevistas foram precedidas da aplicação de um pequeno questionário que objetivou conhecer o perfil do profissional, sendo referentes: ao sexo, a idade, o estado civil e ao nível de instrução. Observou-se, portanto, uma população relativamente jovem, com predominância da faixa etária entre 20 a 54 anos, sendo a maioria do sexo feminino. O estado civil predominante dos entrevistados foi o 'solteiro', tendo como nível de instrução mais prevalente o 'ensino médio completo'.

A entrevista semi-estruturada foi constituída exclusivamente por perguntas abertas, sendo essas previamente padronizadas para se permitir a comparabilidade das respostas. Ao longo do diálogo, alguns questionamentos foram aprofundados, bem como novos foram inseridos, para se obter um melhor esclarecimento a respeito do tema estudado. Esse método de coleta permitiu um aprofundamento em determinados assuntos relevantes ao estudo, o que possibilitou um contato direto com o (a) entrevistado (a). Sendo possível captar suas reações, sentimentos, hábitos e outras reações, propiciando assim um maior grau de confiabilidade aos dados coletados.

As entrevistas seguiram um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A), que foi pré-testado com profissionais da área de saúde para se verificar a adequação da linguagem à compreensão das perguntas, além de observar se a seqüência das perguntas dispunha-se de modo apropriado. Assim, os pontos abordados nas entrevistas foram

construídos a partir dos objetivos e do quadro conceitual elaborado para esse estudo, versando sobre:

- O entendimento do profissional e sua atuação em ações de promoção da saúde, prevenção da violência e acidentes;
- A qualificação dos recursos humanos e a realização de ações de promoção da saúde e prevenção da violência;
- A infra-estrutura do NUPAV;
- Ganhos e perdas de Olinda com a implementação do NUPAV no contexto de município saudável;

A coleta de dados foi realizada no período entre agosto e outubro de 2011, sendo gravadas por meio de aparelho eletrônico (gravador digital de voz). As entrevistas tiveram a duração média de cada entrevista de 58min, sendo essas, formalmente, agendadas e gravadas com a concordância prévia do (a) entrevistado (a) através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Esse Termo foi previamente lido, explicitado os objetivos da pesquisa e aceito pelos participantes em concordância com a realização da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após as gravações, o conteúdo bruto das entrevistas recebeu os devidos cuidados técnicos: transcrição de documentos em software específico (Microsoft Word®), compactação em pastas digitais e gravação em CD (disco compacto). Após a transcrição, cada entrevista foi identificada com a numeração de 1 (um) a 12 (doze), por ordem de realização das mesmas, seguidas pela idade, sexo (F ou M) e estado civil, garantindo, com isso, a não identificação dos entrevistados.

Os questionários de entrevista e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram guardados em pastas-arquivo específicas juntamente com os CDs, em local seguro e reservado para livros e projetos (biblioteca pessoal), na residência da pesquisadora, onde ficarão por um período de 05 (cinco) anos. Sendo assim, de total responsabilidade da pesquisadora, o armazenamento, o arquivamento e a manutenção do sigilo dos profissionais. Satisfazendo, assim, as condições descritas no Inciso IX.2e, da Resolução 196/96.

A análise qualitativa dos dados foi realizada seguindo as perspectivas da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009), que considera o método como

um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados [...] enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. (p. 11)

Dessa forma, a análise de conteúdo das entrevistas seguiu os seguintes passos:

Inicialmente foi realizada uma escuta atenta das entrevistas, a fim de se identificar possíveis equívocos cometidos no momento das transcrições, assim como para se atribuir ênfases na tonalidade de voz dos (as) entrevistados (as), efetivando-se também a validação das transcrições pela pesquisadora.

Em um segundo momento, procedeu-se a leitura flutuante/global das entrevistas, buscando-se a ‘familiarização’ com o material coletado. Em uma terceira instância, evoluiu-se para a releitura das mesmas, buscando-se colocar em evidência os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados aos problemas abordados. Ou seja, iniciou-se por reunir e deduzir as palavras idênticas, sinônimas ou próximas a nível semântico - extrair as *rubricas* das entrevistas. Sendo essa primeira análise estabelecida por aproximações semânticas ligeiras, mas não destituídas de critérios de agrupamento, permitindo assim representar a informação de forma condensada. Buscou-se, nessa fase, identificar a frequência de ocorrência das palavras, a fim de se ter uma primeira idéia do vocabulário utilizado pela população de estudo.

Em um quarto instante, as rubricas foram enquadradas na detecção dos *núcleos temáticos centrais*, identificando-se, assim, aspectos destacáveis da percepção dos sujeitos sobre o tema em questão. Nessa fase, para facilitar a visualização dessas unidades, foram realizados esquemas minuciosos da fala de cada uma das entrevistas. Sendo a noção de tema compreendida como uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser representado por uma palavra ou uma frase.

Por fim, os temas relevantes que se sobressaíram nos esquemas (acima relatados), a partir da própria experiência dos entrevistados, foram reagrupados em *categorias conceituais dos núcleos de sentido*, as quais delinearam a estrutura do universo pesquisado. Sendo, então, atribuído um título genérico para cada categoria, que foi definido no final da operação de análise.

Posteriormente, cada categoria conceitual foi trabalhada através da *integração argumentativa*. Momento em que as informações provenientes do campo empírico foram analisadas e interpretadas à luz da teoria do tema de pesquisa e pela própria percepção da pesquisadora, constituindo-se numa *triangulação da análise dos dados*.

Os parâmetros norteadores para a análise dos dados foram definidos tomando-se como base as principais políticas de prevenção da violência e acidentes e promoção da saúde. Assim, os documentos que subsidiaram a discussão das informações obtidas na coleta de dados da pesquisa foram: Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), publicada pela Portaria GM/MS nº 737/2001; Portaria GM/MS nº 936/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção da Violência em Estados e Municípios; e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), divulgada pela Portaria GM/MS nº 687/2006.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa procurou atender as recomendações exigidas pela Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do CNS, que regulamenta pesquisas com seres humanos. Obtendo êxito em todos os procedimentos éticos, através da sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em junho de 2011, por meio do protocolo nº 281/11 (ANEXO C).

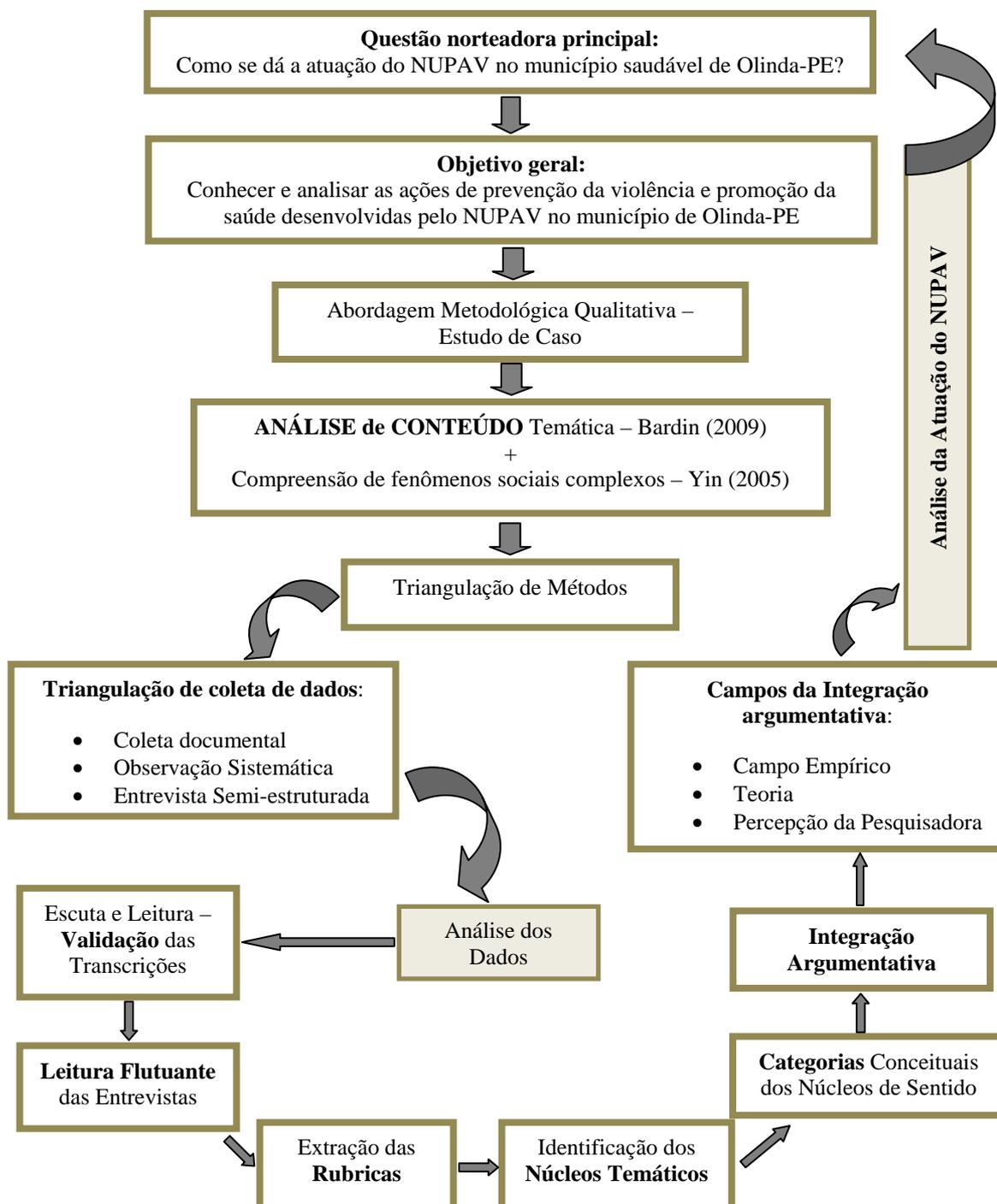
Anteriormente a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética, esse estudo também foi submetido à avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda. Solicitando-lhe a permissão para a realização do estudo, mediante a requisição de uma Carta de Anuência para autorização das entrevistas nas instalações físicas do NUPAV. Sendo aprovada, portanto, em maio de 2011.

Anteriormente a realização da entrevista, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto às implicações advindas de sua participação no estudo. Sendo informados e convidados a participarem da pesquisa, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.7 ESQUEMA DA SÍNTESE DO ESTUDO

Buscando-se facilitar a compreensão das etapas realizadas durante essa pesquisa, optou-se por detalhar a estratégia metodológica utilizada nesse estudo mediante a apresentação da Figura 1.

Figura 1. Esquema metodológico do estudo



CAPÍTULO 5 – ATUAÇÃO DO NUPAV – OLINDA MUNICÍPIO SAUDÁVEL

A proposta desse estudo foi analisar ‘como o NUPAV realiza as suas ações de promoção da saúde e prevenção de acidentes e da violência no município de Olinda-PE’, através de doze (12) entrevistas sob o ponto de vista dos profissionais, sendo respeitados os critérios pré-estabelecidos na metodologia.

No momento em que foram realizadas as entrevistas, o NUPAV estava passando por um processo de transição na sua coordenação, estando o cargo de coordenador assumido por um Redutor de Danos do Consultório de Rua. A antiga coordenadora do NUPAV desarticulou-se para assumir a coordenação da DANTS, que hierarquicamente coordena o NUPAV. Até o término da coleta de dados dessa pesquisa, a coordenação do Núcleo ainda não havia integrado um novo funcionário à função.

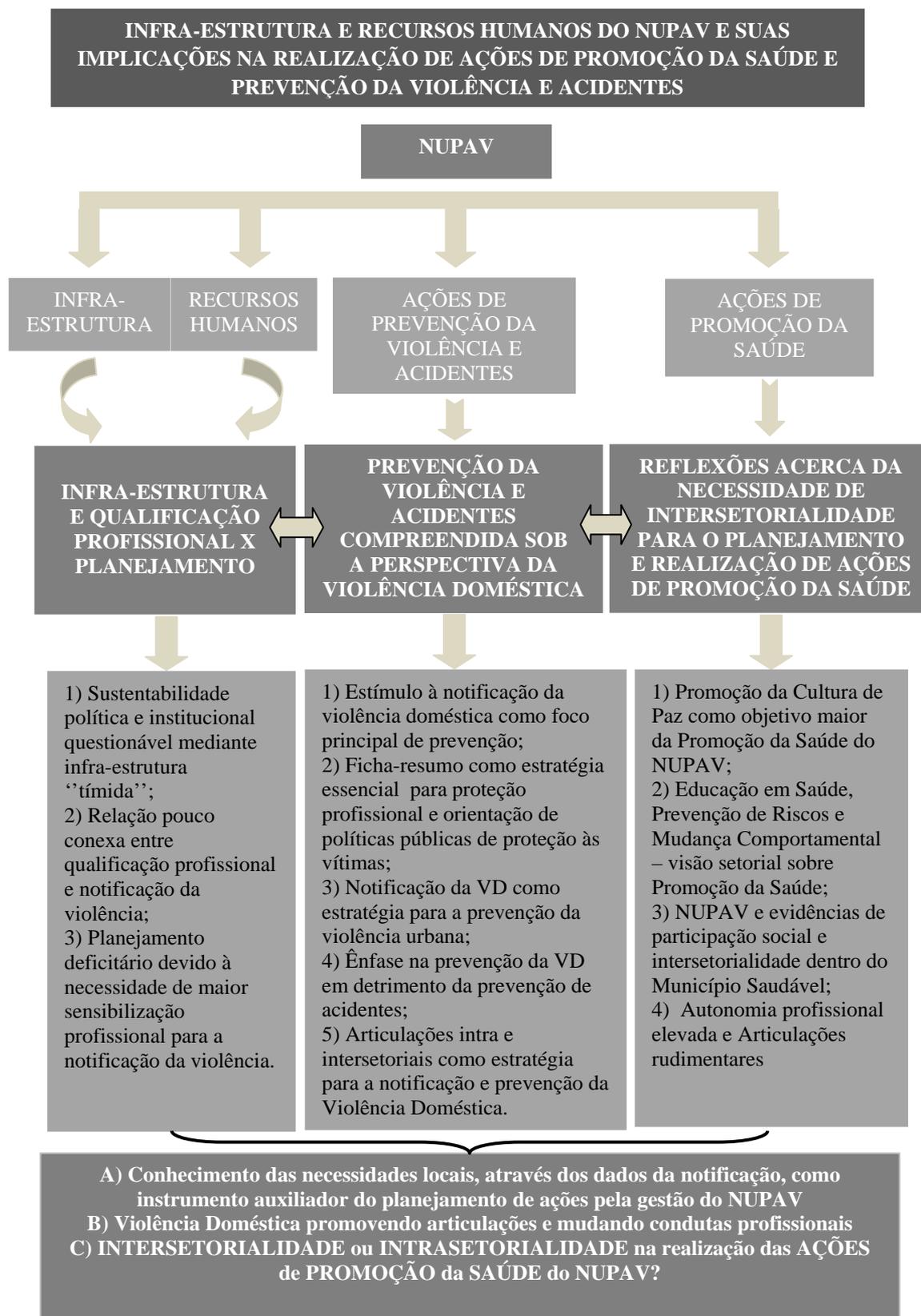
Devido à escassez de material bibliográfico escrito especificamente sobre o NUPAV, encontrou-se uma dificuldade de análise documental. Desse modo, foram considerados apenas documentos normativos da instituição.

Através da observação sistemática, percebeu-se que os entrevistados estavam muito receptivos e acessíveis à realização das entrevistas, permitindo assim uma boa relação com a pesquisadora, o que facilitou a coleta dos dados e proporcionou um momento de descontração durante as entrevistas. No entanto, alguns entrevistados, nos momentos iniciais das entrevistas, ficaram tensos e nervosos, mas no decorrer do processo descontraíram-se consentindo que a objetividade das informações fornecidas não fosse prejudicada.

Ao se analisar o espaço em que está inserido o NUPAV e baseando-se na apreciação da observação sistemática, observou-se que há um clima amistoso de compartilhamento do ambiente, de forma que há um estímulo a promoção da cultura de paz a começar pela atmosfera de trabalho.

O capítulo de análise dos resultados foi dividido de acordo com três eixos temáticos, estando o primeiro relacionado à Gestão. O segundo referindo-se a Prevenção de Acidentes e Violência e, por último, aludindo-se a Promoção da Saúde. Buscando-se facilitar o entendimento da análise dos dados, foi confeccionado um quadro esquemático relacionando os três eixos temáticos trabalhados, conforme segue abaixo:

Figura 2 – Atuação do NUPAV – Olinda Município Saudável⁴²



⁴² Diferentes intensidades de sombreamento foram utilizadas com a finalidade de enfatizar a força argumentativa das categorias e subcategorias trabalhadas durante a análise dos dados.

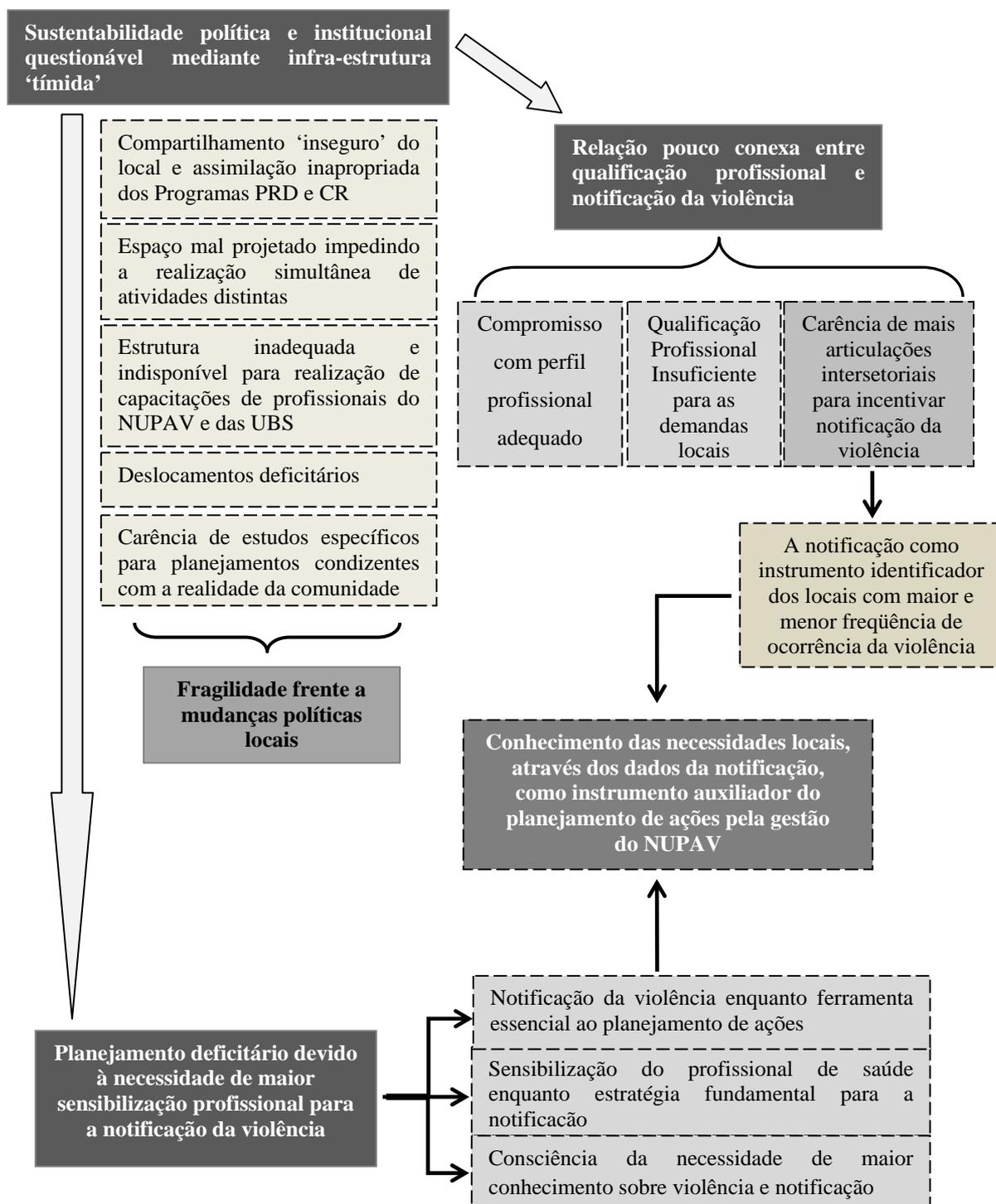
5.1 EIXO TEMÁTICO: INFRA-ESTRUTURA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL X PLANEJAMENTO

Esse eixo temático estrutura-se com a finalidade de compreender a relação da infra-estrutura do NUPAV e da qualificação profissional com o planejamento de ações propostos pela gestão dessa instituição.

A partir da análise dos dados obtidos, surgiram três categorias, sendo a primeira referente ao tema da infra-estrutura do NUPAV. A segunda reporta-se ao tema de recursos humanos. E a terceira categoria trata da gestão do NUPAV, sob a perspectiva do planejamento de ações. Buscando-se uma melhor compreensão desse eixo temático, foi construído um esquema didático referente à análise dos resultados. As categorias principais e suas subcategorias serão descritas no decorrer do eixo na mesma seqüência que aparecem na Figura 3. Assim, as categorias principais são:

- 1) Sustentabilidade política e institucional questionável mediante infra-estrutura “tímida”;
- 2) Relação pouco conexa entre qualificação profissional e notificação da violência;
- 3) Planejamento deficitário devido à necessidade de maior sensibilização profissional para a notificação da violência.

Figura 3 – Esquema didático das categorias oriundas da análise do eixo temático: Infra-estrutura e qualificação profissional x planejamento⁴³



⁴³ Diferentes intensidades de sombreado foram utilizadas com a finalidade de enfatizar a força argumentativa das categorias e subcategorias trabalhadas durante a análise dos dados.

5.1.1 Sustentabilidade política e institucional questionável mediante infraestrutura ‘tímida’

Como essa investigação faz parte da análise de um estudo de caso da instituição NUPAV, então se optou em fazer uma breve descrição do Núcleo com a finalidade de contextualizar o leitor no local da pesquisa.

O NUPAV foi implantado em fevereiro de 2006, tendo sua primeira instalação física localizada na Avenida Presidente Kennedy no bairro de Peixinhos, onde compartilhava o espaço físico com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e com o grupo de HIPERDIA.

Através de um acordo da Secretaria de Defesa Social (SDS) com a Secretaria de Saúde de Olinda, no segundo semestre de 2008, o NUPAV mudou-se para o seu segundo e atual espaço físico, situado a Estrada do Bonsucesso S/N – Bonsucesso, Olinda. Essa segunda instalação física localiza-se em um prédio onde funcionava anteriormente um Núcleo de Segurança Comunitária. Após a desativação desse Núcleo, o Governo do Estado de Pernambuco solicitou o envio de agentes de segurança patrimonial (Policiais Militares de reserva) com a tarefa de zelar e preservar a estrutura física do patrimônio público.

Em 2010, o município de Olinda recebeu um incentivo financeiro do MS para a implantação do Programa de Redução de Danos e do Consultório de Rua, sendo esses assimilados pelo NUPAV.

O acolhimento desses dois programas pelo Núcleo constitui-se em uma particularidade do município de Olinda, visto que em outras cidades do território nacional, essa responsabilidade é da Saúde Mental do município. Dessa maneira, devido o município não dispor de outro espaço específico para integrar essas equipes, por ter prazos vigentes para essas implantações e pela necessidade de um acompanhamento mais próximo, então a Secretaria de Saúde Municipal destinou-os a coordenação do NUPAV. Isso aponta para a primeira sub-categoria:

A) Compartilhamento ‘inseguro’ do local e assimilação inapropriada dos programas de Redução de Danos e Consultório de Rua

O compartilhamento do espaço físico com policiais militares reformados assinala para questões de segurança das equipes, uma vez que a realização de ações noturnas pelo grupo do CR junto aos usuários de drogas, em situação de rua, pode levar o traficante de drogas a pensar, equivocadamente, que os redutores do Consultório de

Rua são indivíduos informantes para a polícia. De tal modo, as ações realizadas pela equipe do CR junto aos usuários de drogas estão focadas, exatamente, na redução e eliminação do uso dos entorpecentes, o que pode significar perdas significativas do lucro dos traficantes. Dessa maneira, para eles o trabalho que o CR realiza é uma ameaça ao comércio de drogas, o que implica em uma situação de vulnerabilidade passível de represália por parte desses traficantes. Esse questionamento pode ser verificado através dos seguintes depoimentos:

“O pessoal do Consultório de Rua ao irem abordar espontaneamente um usuário de álcool e outras drogas para uma abordagem do tratamento, estando a sua unidade de coordenação funcionando com um núcleo de polícia, o que é que o traficante pode dizer: eles são informantes (...) ficou no NUPAV, mas isso não tem nada a ver, porque eles teriam que ficar com saúde mental.” Entrevistado 5

“A estrutura do NUPAV, enquanto prédio físico, eu acho tranquilo para o tipo de serviço que a gente faz, porque aqui só é uma base. A gente não tem as intervenções feitas aqui. Eu só não gosto de ser um núcleo junto com a polícia, não porque é a polícia, mas as fantasias que podem ser geradas (...) trabalhando com moradores que é fugitivo, ladrão, traficante (...) eles vêem que a gente está vindo para o Núcleo e ele achar que aqui funciona um núcleo de polícia (...) mesmo que seja aquela coisa de Polícia Amiga.” Entrevistado 4

Sob essa perspectiva, visualiza-se que a assimilação do CR pelo NUPAV pode colocar em risco todas as equipes que estão inseridas nessa mesma estrutura física – antigo Núcleo de Segurança Comunitária. Essa é uma questão que gera muitas controvérsias entre os entrevistados, sendo apontado por alguns como uma estratégia favorável a integração entre os parceiros do NUPAV, conforme podem ser verificados os trechos das entrevistas abaixo:

“Espaço que não é nosso, é da Polícia (...) se houvesse a necessidade, eu acredito que a gente teria um nosso (...) o Núcleo não é uma coisa específica da saúde (...) é um tema que passou a ser da saúde porque ele impacta a saúde. Então, a gente vê que pela própria especificidade do Núcleo, do que precisa ser o NUPAV, é importante que a gente esteja bem pertinho desses outros parceiros, onde o tema violência é mais deles, até para que a coisa possa funcionar melhor.” Entrevistado 8

[Policia Amiga] “Nós vivemos dentro de uma comunidade (...) pra ajudar um ao outro (...) nós somos amigos das pessoas (...) cada caso é um caso e tem que ser analisado (...) nós somos uma equipe unida, o que se passar pra um, vai se passar pro outro.” Entrevistado 10

Sob esse ponto de vista e buscando privilegiar uma linha de cuidado integral, entende-se que esse aspecto do uso de drogas demanda da saúde pública saídas também complexas. Essas, por sua vez, apontam para a necessidade de incorporação de diversos parceiros e práticas de cuidado fora da saúde mental. Ou seja, existe o imperativo de estabelecimento de contato com associações, MP, Justiça, Segurança Pública e outros

parceiros intersetoriais de programas de inclusão social e cultural, para que a equipe do CR possa anunciar a sua existência e os objetivos dos seus serviços, facilitando assim a integração entre os diversos setores da rede de proteção (BRASIL, 2010).

O Art. 4º da Portaria GM/MS nº 936/2004, que dispõe sobre a estruturação da RNPVPS e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção da Violência em Estados e Municípios, define como atribuições dessa Portaria que ações programáticas estratégicas sejam implementadas, em parceria com as esferas de gestão do SUS, a partir dos propósitos e diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, percebe-se que tanto o Consultório de Rua quanto o NUPAV necessitam estar mais próximos dos seus parceiros para um melhor desempenho de suas funções, mas não consta nas diretrizes da Portaria GM/MS nº 737/2001 e nº 936/2004, que regulamentam esses dois programas, que eles devem estar inseridos em um Núcleo de Polícia ou que não seja viável introduzi-los em um lugar físico próprio (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

A assimilação das equipes do CR e PRD pelo NUPAV é considerada, pela maioria dos pesquisados, como a principal queixa apontada em relação à infra-estrutura do Núcleo, uma vez que com um grande número de indivíduos o espaço torna-se pequeno para o desenvolvimento de muitas atividades.

Uma descrição detalhada do espaço físico permitirá ao leitor compreender o dimensionamento do local e as dificuldades advindas da falta de estrutura adequada, como se pode observar:

O antigo prédio do Núcleo de Segurança Comunitária, no qual se localiza o NUPAV, foi inicialmente submetido a reforma, onde esse espaço foi dividido em três compartimentos, ficando três salas com sanitário em cada uma delas, uma recepção e uma copa. Uma das salas é destinada aos agentes de segurança comunitária, sendo inserida nesse mesmo espaço também a copa do prédio. No momento da coleta de dados, averiguou-se que havia necessidade de realização de reforma nesse âmbito.

Outra sala é reservada, especificamente, para a equipe do HIPERDIA. Observou-se que esse espaço é climatizado e dispõe de equipamentos eletrônicos (computadores) e de armários para o arquivamento de documentos. No entanto, esse ambiente não contém aparelhos de fax-fone e nem de impressoras, indicando que o suprimento desses equipamentos é satisfeito pelos que são destinados a sala do NUPAV – único recinto que contempla esses dois dispositivos eletrônicos.

A sala designada à equipe do NUPAV é também compartilhada com mais duas equipes: CR e PRD. Esse espaço também é climatizado, dispondo de quatro (4) computadores, sendo dois (2) para a equipe do NUPAV, um (1) para o grupo de PRD e um (1) para o CR. Além desses computadores, o Núcleo também dispõe de um notebook para uso externo em apresentações e palestras.

Verificou-se que não existe uma senha de acesso exclusivo, destinada a cada equipe para o uso dos computadores, o que indica que documentos, imagens, arquivos e pastas pessoais são compartilhados entre todos os grupos (NUPAV, CR e PRD). Além disso, a conexão desses computadores com a rede de internet é um advento recente no NUPAV, apresentando falhas e desconexões constantes, o que dificulta a realização de pesquisas e estudos mais condizentes com a realidade da população. Esse fato aponta para a segunda sub-categoria:

B) Espaço mal projetado impedindo a realização simultânea de atividades distintas

A realidade da sala destinada ao NUPAV é bem diferente do que se tinha como expectativa para essa instituição. Através de observação sistemática, constatou-se que esse espaço não apresenta compartimentos que permitam a realização simultânea de atividades distintas. Ou seja, o mesmo ambiente onde são exercidas as reuniões com as equipes é também o mesmo espaço viabilizado à confecção de pesquisas e estudos. Portanto, percebe-se que a estrutura física do NUPAV não foi projetada para atender as necessidades laborais das equipes, muito menos de assimilar os grupos do Consultório de Rua e do Programa de Redução de Danos.

Quanto à acomodação da mobília, verificou-se que a disposição da mesa, do armário e dos aparelhos eletrônicos na sala destinada ao NUPAV leva a alguns transtornos para a realização de determinadas funções desenvolvidas pelas equipes dessa instituição.

Assim, devido à mesa de reunião localizar-se ao centro da sala e existir um fluxo de entrada e saída de pessoas para uso de telefone, fax, impressoras e acesso aos armários, nota-se que essa disposição atrapalha o andamento das discussões, visto que gera a desconcentração do grupo, quebrando o foco da pauta estudada. Caso o grupo deseje debater um tema que não seja comum a outras equipes, certamente terá que se deslocar para outros ambientes fora das dependências físicas do Núcleo, conforme se verifica nos trechos de entrevistas abaixo:

“a van [veículo] é local de reunião (...)” Entrevistado 2

“Tem outras horas que isso aqui está super lotado; é exatamente quando choca horários, aí a gente, às vezes, faz reunião ali fora [praça ao lado do NUPAV], porque certas coisas você se trabalhar não dá pra está com ‘zuada’ ou com outros profissionais”.
Entrevistado 1

Desse modo, pode-se verificar que não há um mínimo de privacidade para a realização dessas reuniões. Além disso, como o espaço é pequeno e só há a disponibilidade de uma mesa para a acomodação das equipes, então caso estejam marcadas duas reuniões para o mesmo horário, certamente uma delas será prejudicada com a inviabilidade do local. Verificando-se a habilidade de adaptação dos funcionários do NUPAV à realização de suas reuniões e estudos, mesmo diante de condições sonoras desfavoráveis e de fluxo de pessoas constante no ambiente.

Em desacordo, alguns entrevistados, quando questionados em relação à dimensão física e o delineamento da sala, apontaram que esse espaço é suficiente para a realização das atividades. Eles ainda assinalaram que não existe a concretização de ações dentro dessas dimensões sendo, portanto, apenas um local de fomento das idéias e de apoio ao desenvolvimento de pesquisas e estudos, conforme pode ser observado pelos trechos abaixo:

“Algumas vezes, acontece de ter um certo ‘saturamento’ de pessoas dentro da sala para usar os computadores, mas em questão de capacidade é suficiente, eu acho que não é um impedimento.” Entrevistado 3

“A estrutura do Núcleo ainda é muito tímida pra esse volume de trabalho todo, mas acho que se consegue dar o recado (...) acho que consegue firmar enquanto discussão no município.” Entrevistado 9

Scodelario et al. (2004) corroboram com essas idéias ao assinalar que a área de atuação da RNPVPS estende-se para a construção de parcerias e formulação de estudos e pesquisas, devendo as ações, destinadas à violência, organizarem-se de forma integrada e articulada, não requerendo, necessariamente, um local específico para o desenvolvimento de intervenções.

Entretanto, Antunes (2007) faz uma crítica aos ambientes de trabalho relatando que o reflexo do ideário do capitalismo vigente revela inúmeras e significativas mudanças no trabalho trazendo consequências para o universo subjetivo da consciência do ser social que trabalha. Esse autor acredita que mesmo diante de condições inadequadas de trabalho, muitos trabalhadores se submetem ao regimento interno de uma instituição sem questionar o sistema, devido muitas vezes não ter o apoio de um movimento sindical, que com o capitalismo perdeu sua força pela luta trabalhista, ou

simplesmente por esse trabalhador não ter desenvolvido um pensamento crítico acerca da sua situação.

Ampliando-se a discussão para a compreensão de um ambiente saudável e analisando-se o NUPAV como uma instituição inserida em um Município Saudável, entende-se que um espaço é saudável não apenas por ser caracterizado por uma boa-estrutura ou assistência do Estado, mas pelo sentido de pertencimento do trabalhador ao seu local de labor (MELO, 2008).

Sob essa perspectiva, visualiza-se que o compartilhamento dos Programas de Redução de Danos e Consultório de Rua no mesmo espaço físico do NUPAV possa permitir uma melhor integração entre as equipes e uma maior aproximação com os parceiros do NUPAV. Entretanto, a falta de um projeto adequado do espaço físico leva a mais transtornos do que benefícios desse compartilhamento. Além disso, tal condição não implica, necessariamente, em êxito no planejamento e execução de ações integradas de promoção da saúde e prevenção da violência. Essa inadequação da estrutura física aponta para a terceira sub-categoria:

C) Estrutura inadequada e indisponível para realização de capacitações de profissionais do NUPAV e das UBS

Outra questão analisada na infra-estrutura do NUPAV foi a indisponibilidade de um espaço apropriado para a realização de capacitações dos profissionais do próprio Núcleo e dos profissionais de saúde das UBS, devendo essas qualificações serem realizadas em ambientes fora da instituição, como pode ser observado nos trechos de entrevistas abaixo:

“(capacitações) geralmente foi espalhada, teve uma que foi lá num hotel na beira-mar de Olinda.” Entrevistado 4

“Então, a gente liga e fala com outro redutor de danos que está precisando e aí, o pessoal do DST vai dizer pra gente quando é que pode e qual o local que pode (...) a gente consegue, às vezes, essas capacitações de DST, lá na Policlínica Barros Barreto ou na Policlínica da Mulher, são dois espaços” Entrevistado 12

“Há duas semanas atrás, a gente foi numa Unidade de Saúde, fazer uma capacitação com os novatos.” Entrevistado 5

Segundo Deslandes & Lemos (2008), os núcleos municipais de prevenção da violência e promoção da saúde são responsáveis por capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente capazes de realizar a integração local e regional.

As diretrizes da PNRMAV enfatizam que o seu objetivo primordial é a busca de uma atenção qualificada para a população vítima de acidentes e violências nos vários níveis de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Compreende-se que a falta de um espaço reservado dentro da própria instituição NUPAV não impede a realização da qualificação dos profissionais internos e externos ao Núcleo. No entanto, denota requerer da instituição maiores esforços e articulações intra e intersetoriais para o suprimento dessa inadequação e indisponibilidade de espaço físico.

D) Deslocamentos deficitários

Além do espaço físico ser compartilhado e inadequado ao desenvolvimento de algumas atividades, o transporte também é partilhado. A equipe do NUPAV conta com a disponibilidade de um veículo, três vezes por semana, para a realização de suas atividades extramuros. Os dois dias restantes, o uso desse transporte é dividido com a equipe do HIPERDIA. Agravando essa situação, o veículo atende ainda a demandas esporádicas da equipe de Redução de Danos, como pode ser constatado a partir do seguinte trecho:

“A gente agenda o carro nos dias que a gente tem pra usar (...) é um carro [o veículo do NUPAV] pra dividir para o NUPAV inteiro (...) é todo mundo precisando desse carro, já tem as datas certas que a gente pode pegar.” Entrevistado 12

Ao se analisar a Portaria GM/MS nº 936/2004, que regulamenta a implantação e implementação de NPVPS em Estados e Municípios, verificou-se que não existe nenhum artigo que fale a respeito da disponibilidade de transporte próprio a esses núcleos. Além dessa análise, foi realizada uma revisão integrativa a respeito da problemática e constatou-se que nenhum estudo, acerca de veículos oferecidos a NPVPS, foi encontrado na literatura. Assim, acredita-se que o veículo utilizado pelo NUPAV, para a realização de suas atividades junto as UBS, seja reflexo de articulação do Núcleo com a Secretaria de Saúde do município.

Com isso, percebe-se que a escassez de recursos próprios destinados a instituição NUPAV dificulta o deslocamento de funcionários desse Núcleo para o desenvolvimento de ações extramuros. Certamente se existisse um veículo especificamente destinado a atender as demandas dessa instituição, mais áreas e equipes de saúde do município seriam contempladas com visitas mais frequentes dos profissionais que integram o NUPAV. Essa dedução aponta para a quinta sub-categoria:

E) Carência de estudos específicos para planejamentos condizentes com a realidade da comunidade

Para alguns entrevistados, o compartilhamento do espaço físico e do uso de computadores não atrapalha somente a elaboração de estudos esquematizados para a idealização de ações mais planejadas e direcionadas à comunidade, mas também afeta, de uma forma geral, o desempenho das equipes, conforme o trecho de entrevista abaixo:

“Eu acho pequeno (...) acho que, de fato, se tivesse outras salas, uma sala para cada grupo, seria bem melhor para o desempenho do nosso trabalho (...) se a gente tivesse uma sala com um computador com nossos arquivos guardados, nossas palestras (...) para atualizar banco de dados, estudar e preparar palestras e pesquisar temas.”
Entrevistado 12

De acordo com o Artigo 4º da Portaria GM/MS nº 936/ 2004, a RNPVPS tem como atribuição específica estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas pelos Núcleos Municipais. Esse artigo ainda apresenta o apoio a estudos e pesquisas como sendo um instrumento de grande relevância e interesse para o desenvolvimento de políticas e ações intersetoriais, que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde (BRASIL, 2004).

A PNRMAV também apresenta diretrizes que corroboram com essa portaria. Essa política preconiza o apoio da ampliação de estudos e pesquisas, ressaltando a responsabilidade do setor saúde em tratar desse fenômeno social (BRASIL, 2001). Apreende-se dessas duas regulamentações que o investimento em pesquisas e estudos, acerca da problemática, é de extrema valia para a idealização de ações comprometidas com as necessidades da população (MALTA et al., 2007).

Considerando-se o NUPAV como um espaço destinado ao fomento de pesquisas, estudos e discussões acerca da violência e acidentes, tinha-se como hipótese que, no mínimo, na sua estrutura física existisse uma área reservada à elaboração de investigações e análises mais específicas, voltadas ao planejamento de ações de promoção e prevenção. Ou seja, supunha-se que tivesse um lugar semelhante a uma biblioteca com acervo bibliográfico acessível e atualizado, bem como com computadores com acesso regular a internet. Devido a necessidade de concentração e de silêncio para o cumprimento de estudos e pesquisas, esperava-se também que o NUPAV dispusesse de outro espaço distinto desse, para que a realização de reuniões não interferissem no trabalho de outras equipes. Diante de tantas deficiências na infraestrutura do NUPAV, certamente a sub-categoria assinalada a seguir é a que gera

maiores implicações futuras na realização dos trabalhos desenvolvidos por essa instituição.

F) Fragilidade frente a mudanças políticas locais

Além do NUPAV apresentar compartilhamento do espaço físico e transporte com as equipes dos Programas de Redução de Danos, Consultório de Rua e Hiperdia, essa instituição nunca dispôs de uma estrutura física própria.

Diante de possíveis mudanças políticas, em épocas eleitorais, torna-se questionável a manutenção do NUPAV no município, uma vez que não existe um espaço físico próprio para a realização de suas atividades, como se verifica no trecho abaixo:

“Quando muda muito a gestão e o olhar é diferenciado (...) e você tem que seguir o que o Gestor determina (...) por mais tenha uma vontade imensa de fazer coisa diferente ou de manter um trabalho ‘x’, você vai ter que ser conduzido pela forma como o gestor está querendo. E você vai precisar fazer isso (...) você não é autônomo” Entrevistado 8

Assim sendo, a indisponibilidade de uma estrutura física própria relata a fragilidade do NUPAV frente a mudanças políticas que sejam contrárias a ideologia da atual gestão, sendo questionável a sustentabilidade política e institucional desse Núcleo no município.

Essa situação agrava-se ao se vislumbrar a possibilidade de reativação do Núcleo de Segurança Comunitária, visto que certamente o NUPAV teria que se desinstalar dessa unidade física, ficando a mercê de acordos políticos entre instituições que o aceitassem em suas dependências. Conseqüentemente, durante esse período de desalojamento do NUPAV, as ações de prevenção e promoção seria afetadas na sua idealização e efetivação, prejudicando por fim, a comunidade (FRANCO NETTO; DRUMOND; VASCONCELOS, 2007).

De acordo com a PNRMAV, a configuração e a ordenação da rede de serviços do SUS encontram respaldo nas diretrizes dessa política ao dispor de projetos e repasses de recursos que se destinam à estruturação e à organização de NPVPS (BRASIL, 2001).

De posse dessas análises, verifica-se a necessidade do NUPAV em dispor de um espaço físico próprio, que disponha de uma estrutura adequada para atender as demandas dos profissionais dessa instituição e de serviços de saúde. Entretanto, para a maioria dos entrevistados, a infra-estrutura do NUPAV é considerada satisfatória e suficiente para a realização de suas atividades laborais, mesmo sendo recorrente falas a respeito da melhoria do espaço físico.

Por fim, acredita-se que a melhoria da infra-estrutura do NUPAV possa permitir a elaboração de estudos cruzados da necessidade de notificação com a sensibilização profissional, além de ser um fator facilitador para o planejamento de ações mais condizentes com a realidade do município.

5.1.2 Relação pouco conexa entre qualificação profissional e notificação da violência

Observou-se que o processo de admissão de funcionários para compor o quadro profissional do NUPAV e dos outros grupos que compartilham o mesmo espaço físico (CR e RD), não segue uma metodologia padrão para contratação de novos integrantes.

Alguns funcionários que fazem parte da estrutura do NUPAV são concursados do Estado de Pernambuco e da Prefeitura Municipal de Olinda. No entanto, a maioria dos profissionais adentrou na instituição mediante uma seleção, que compreendia as seguintes etapas: avaliação de currículo; análise de experiência profissional; realização de entrevista; e confecção de oficinas e dinâmicas de grupo. De acordo com os dados, retira-se a primeira subcategoria dessa categoria, no que tange à forma de seleção de profissionais:

A) Compromisso com perfil profissional adequado

A justificativa do emprego de várias fases nesse processo seletivo encontra-se na busca do perfil do candidato que mais se adéque a função pretendida. A realização das oficinas e dinâmicas de grupo, durante o processo seletivo, permite avaliar alguns aspectos considerados significativos para a seleção do candidato, como: a criatividade, a capacidade de liderança, o empenho, a vontade e o interesse pela função pretendida. Ou seja, a admissão resume-se, basicamente, em encontrar a pessoa que preencha os requisitos considerados necessários ao desempenho de cada cargo, conforme os trechos das entrevistas abaixo:

[perfil] “Eu acho que é botar a pessoa certa no lugar certo.” Entrevistado 8

“Aí saíram procurando profissionais pelo perfil que coubesse pra atuar no Consultório de Rua (...) até então não tinham achado ninguém que coubesse tanto que a pessoa pudesse ficar, quanto que fosse interessante pro trabalho.” Entrevistado 1

“Pra mim, o importante é fazer meu trabalho com carinho.” Entrevistado 7

Alguns funcionários ainda relataram que foram indicados para o preenchimento de algumas vagas, como consta nos relatos abaixo:

“Eu fui convidado para ficar no NUPAV pela minha experiência em violência na área social.” Entrevistado 5

“Surgiu a vaga, aí foi indicação.” Entrevistado 6

“Fui comunicado que era exatamente pra providenciar a parte dos eventos nos bastidores.” Entrevistado 7

No entanto, quando questionados a respeito dessa indicação, buscando-se compreender detalhadamente esse processo de admissão, alguns entrevistados relataram que foram indicados inicialmente ao preenchimento da vaga, mas que tiveram que se submeter a todas as fases do processo seletivo junto com os demais candidatos. Eles ainda mencionaram que se não tivessem o perfil para o desempenho das funções, certamente eles não teriam sido selecionados.

Alguns Redutores de Danos do CR e do programa de RD citaram alguns casos de colegas de profissão que desistiram do trabalho ao perceberem que não tinha o perfil imperativo para a função, conforme pode ser constatado a partir dos seguintes relatos:

“Alguns RD entraram e não tinham perfil, saíram (...) enfim, outros vieram (...) Entrevistado 1

[Seleção é perfil] “Claro, é botar a pessoa certa no lugar certo. Até porque o trabalho é muito difícil, se você pega e joga só por causa do currículo (...) aí chega lá, a pessoa vai dizer ‘ah menina isso aqui tá ruim, paga pouco’ (...) porque paga pouco mesmo. Então vai ter que ter o coração, vai ter que ter a vontade, vai ter que ter o perfil pra ta ali.” Entrevistado 8

A questão salarial também foi apontada como um fator decisivo para a identificação do perfil profissional, ou seja, do quanto esse indivíduo demonstra interesse em realizar as atribuições da função pretendida. Devido o município de Olinda dispor de uma remuneração inferior a dos municípios circunvizinhos, então, essa seria uma barreira para manter o funcionário no cargo. Isso pode ser verificado através do depoimento abaixo:

“Prefeitura de Olinda é um município que não arrecada tantos recursos assim (...) o salário dos profissionais é baixinho (...) tem algumas dificuldades, mas pelo menos no NUPAV e no Consultório de Rua eu não consigo ver grandes dificuldades para a gente não está fazendo o nosso trabalho, não. A gente consegue criar estratégias (...) consegue está arrumando meios de se desenvolver o trabalho.” Entrevistado 1

A equipe de violência do NUPAV ainda assinalou que o profissional realmente precisa ter perfil para se envolver com a problemática da violência, caso contrário se sente frustrado frente a tantas limitações para a resolutividade dos casos, como pode ser visualizado no relato abaixo:

“Eu acho que quem lida com violência, quem lida com prevenção, precisa saber lidar com frustração, tem que saber lidar o tempo inteiro com frustração, porque, às vezes, você estrutura uma ação bem direitinho e uma coisinha que não está legal, e que nem diz respeito, que nem é da sua secretaria, é de outra secretaria e não funciona bem (...) cai tudo por água abaixo” Entrevistado 8

Santos & Ramires (2010) entendem que o perfil de profissionais de saúde capacitados e treinados, da melhor forma possível para seu processo de trabalho e para suas competências, são aqueles que demonstram satisfação e apresentam um perfil de segurança e realização quando assumem os desafios impostos pelas atividades habituais.

Acredita-se que o compromisso do NUPAV com o perfil profissional adequado as funções possa permitir a elaboração e adoção de medidas de reforço na qualificação profissional, viabilizando um melhor desempenho profissional nas atividades e uma atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população (DESLANDES; LEMOS, 2008). Quanto ao que se refere à qualificação profissional oferecida pelo NUPAV, encontra-se a segunda sub-categoria:

B) Qualificação profissional insuficiente para as demandas locais

Alguns entrevistados compreendem a qualificação profissional como sendo a realização de treinamentos e capacitações, enquanto a sensibilização é compreendida como parte integrante do monitoramento da violência – ação de vigilância da violência realizada pela equipe do NUPAV exclusivamente com as UBS. Isso pode ser verificado através do relato abaixo:

“Eu digo que é importante qualificar, que é importante sensibilizar, que é importante ter essa visão geral da rede e ser monitorado (...) o caminho é esse mesmo. Qualificar, sensibilizar e monitorar, tem que ser e isso é o tempo inteiro”. Entrevistado 8

Analisando-se a qualificação profissional oferecida aos profissionais de saúde das UBS verificou-se a presença de dois momentos de sua concretização. No início em que o NUPAV foi implantado em Olinda, a equipe de violência realizava treinamentos junto as UBS para a implantação da ficha de notificação compulsória do SINAN (ANEXO D). O momento inicial das capacitações realizadas pelo NUPAV nas UBS compreendia não somente a apresentação dessa ficha, mas também o seu estudo detalhado junto aos profissionais, tirando-se dúvidas a respeito da notificação, proteção profissional e fluxograma da ficha. O segundo e atual momento dessas capacitações compõe-se pelo compartilhamento de informações com esses profissionais sobre a identificação da violência e sobre o modo como eles devem agir frente a situações de

violência: como receber a vítima e seu acompanhante e como proceder com o acolhimento dos mesmos, conforme pode ser observado nos depoimentos abaixo:

“Para implantar essa ficha, houve primeiro um treinamento de toda a rede, de uma ficha grande, complexa (...) Por isso é que a gente faz por ano um monitoramento. Uma vez, no mínimo, por ano, a gente tem que ir em todas as 54 Unidades de Saúde da Família, conversar olho no olho; a gente pára a equipe toda. Isso é Monitoramento. Isso aí é o seguinte: quando a gente vai de posto em posto, não é uma capacitação, a gente está fazendo um monitoramento: ‘como é que está a situação da violência’. A capacitação, a gente já fez e a gente faz uma vez no ano, mas aí com toda rede.” Entrevistado 5

“A gente tem atualmente acho que 54 unidades de saúde – espaços físicos e 59 equipes e a gente vai pelo menos duas vezes, em cada unidade de saúde pra fazer monitoramento de notificação. A gente vai lá, mostra, senta com o pessoal, e diz, ‘olha está desse jeito, a forma como vocês estão’ (...) No espaço de monitoramento (...) porque eu acho que o que é suficiente é quando a gente soma a qualificação, o monitoramento e mais a sensibilização.” Entrevistado 8

Pensando-se integradamente, acredita-se que esses treinamentos sobre a identificação da violência precisariam ser destinados não somente aos profissionais de saúde das UBS, mas também deveriam ser estendidos aos demais profissionais da rede de atenção à saúde, da educação e da assistência social do município (SALIBA et al., 2007). No entanto, devido a disponibilidade de apenas duas funcionárias do NUPAV para realizar essas capacitações em 59 ESF, localizadas em 54 UBS, compreende-se que é inviável movê-las para outros setores além da saúde.

Decorrente desse pequeno número de profissionais do NUPAV devidamente qualificados para ministrar essas capacitações junto as UBS, observou-se que essa assistência é precária para atender toda a demanda do município, entendendo-se que a quantidade de treinamentos e sensibilizações é considerada insuficiente para atender às demandas provenientes da problemática da violência e acidentes.

De acordo com as diretrizes e estratégias da PNRMAV – Portaria GM/MS nº 737/2001, a capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas para NPVPS constam como atribuições dessa política (BRASIL, 2001; MINAYO, 2006). Sendo assim, acredita-se que o objetivo geral dessa capacitação é conscientizar e informar os profissionais de saúde sobre o seu papel e a importância do seu trabalho em grupo, estimulando-os a atuar, de forma ética e pró-ativa, na prevenção da violência, na comunicação interpessoal e no desenvolvimento do trabalho em equipe (COHEN, 2007).

Com isso, pode-se deduzir que há uma fragilidade no planejamento e execução das capacitações ministradas pela equipe do NUPAV decorrentes do período de tempo muito extenso entre as sessões. Devido a saúde ser um processo dinâmico e os casos

deterem particularidades que requerem troca de experiências mais frequentes entre as equipes, permite-se concluir que a qualificação profissional é insuficiente para atender as demandas do município. Essa deficiência aponta para a terceira sub-categoria.

C) Carência de mais articulações intersetoriais para incentivar a notificação da violência

A equipe do NUPAV ao identificar que havia uma lacuna na idealização de suas qualificações profissionais, vislumbrou a possibilidade de promover articulações para incentivar os profissionais a realizarem a notificação, conforme pode ser observado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Eu acho que sozinhos, a gente não faz nada (...) Precisamos usar a nossa rede para fazer nossas capacitações.” Entrevistado 8

“A capacitação, a gente faz uma vez no ano, mas aí com toda rede.” Entrevistado 5

Identificou-se ainda, através dos relatos, que o treinamento relativo à notificação da violência é pensado de maneira mais contínua aos profissionais das UBS. Pondera-se que esse seja o caminho para a prevenção, por isso é que se investe no monitoramento da violência como advento associado a sensibilização, conforme pode ser observado no trecho de entrevista abaixo:

“Acho que a gente tem que fazer sempre (...) a qualificação associada a sensibilização e ao monitoramento é o caminho para a prevenção da violência” Entrevistado 8

A respeito do tema de acidentes, não foram relatadas capacitações acerca da problemática por nenhum dos entrevistados. Quando questionamentos a respeito desse assunto, todos os pesquisados apontaram que acidentes é uma responsabilidade do NUGEO – parceiro do NUPAV instituído em Olinda em 2007 – e que quando necessitavam de dados referentes a acidentes, o acesso a essas informações provinha desse parceiro. Desse modo, pode-se concluir que o NUPAV não trabalha o tema de acidentes em suas capacitações.

No entanto, examinando-se o Art. 4º da Portaria GM/MS nº 936/2004, percebe-se que a capacitação dos profissionais deve está articulada em parceria com os pólos de educação permanente e com os movimentos sociais constituindo-se uma estratégia relevante para o trabalho de prevenção da violência. Constata-se que é dever dos NPVPS implementar, em parcerias com as esferas de gestão do SUS, o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde a partir dos propósitos e diretrizes da PNRMAV, que inclui nesses termos a prevenção de acidentes (BRASIL, 2004).

Sob essa perspectiva da RNPVPS e PNRMAV, acredita-se que não seja de responsabilidade *absoluta* do NUPAV em proceder com a qualificação profissional acerca do tema de acidentes no município quando esse Núcleo já dispõe de um parceiro que trabalha especificamente com a temática. Porém, a leitura dessas diretrizes não eximem a incumbência do NUPAV em realizar capacitações, sensibilizações e monitoramentos dos profissionais de saúde que atuem em todos os níveis de atendimento do SUS. Todavia, a finalidade dessa atuação encontra-se em superar os problemas relacionados à investigação e à informação relacionada a acidentes e violências, já que o NUPAV é mencionado como um Núcleo de fomento de estudos e pesquisas.

Segundo Lewgoy et al. (2005), os momentos de planejamento, execução e avaliação da capacitação proporcionam a realização de movimentos contínuos, articulados, informatizados, de planejamento e de parceria entre as equipes que integram a gestão da capacitação, promovendo articulações intersetoriais e estabelecendo vínculos entre a instituição gestora do programa e a que executa a capacitação.

Dessa maneira, acredita-se que essa articulação para a realização da qualificação profissional constitui-se como um fator motivador no processo de planejamento e execução de ações, visto que ao compartilhar informações e experiências com outros parceiros, o profissional sente-se estimulado a se engajar na problemática.

5.1.3 Planejamento deficitário devido à necessidade de maior sensibilização profissional para a notificação da violência

Ao se verificar o planejamento das ações específicas observa-se:

A) Consciência da necessidade de maior conhecimento sobre violência e notificação

A necessidade de conhecimento sobre ‘o que é violência’ é considerada um pré-requisito para que o profissional realize a notificação da VD. Assim, o primeiro momento das capacitações realizadas pelo NUPAV junto aos profissionais das UBS do município é para apresentar o conceito da violência, não é realizada apenas a exposição de uma definição simplória, mas sim a ampliação do que se compreende normalmente por situações violentas. Ou seja, constitui-se em uma tentativa de despertar no profissional um olhar diferenciado frente a circunstâncias consideradas ‘normais’.

Através da conscientização, no que se refere à quebra de idéias pré-concebidas acerca do tema da violência, as oficinas de sensibilização são consideradas como uma estratégia fundamental para a notificação. Segundo o depoimento abaixo, as oficinas de sensibilização tem como meta:

“Despertar no profissional essa sensibilidade pra olhar uma pessoa como pessoa (...) talvez o mais importante é a gente informar pro profissional de saúde que a gente não está pra cuidar só do ferimento da pessoa.” Entrevistado 9

Segundo opinião de alguns entrevistados, é incoerente esperar que um profissional notifique um caso de violência quando ele não compreende que tal circunstância é resultante de um cenário de violência. Ele não associa que o seu paciente necessita de uma intervenção clínica e de um acompanhamento diferenciado porque o aparecimento de determinadas lesões físicas e/ou psicológicas são procedentes de uma violência. Desse modo, não há como notificar um caso de violência, se o profissional de saúde não entende aquela situação ou lesão como uma violência, como pode ser verificado no depoimento abaixo:

“As capacitações são feitas quando a gente começa a falar da prevenção de violência, a gente começa a falar ‘Primeiro, o que é violência pra você’? A gente chega, às vezes, nos postos de saúde e eles dizem assim: ‘Apelidar o menino é violência’? E! ‘Cabeção, oião’. O que é bullying? E a gente começa a discutir (...) primeiro pra você notificar a violência, você tem que entender aquilo como violência. Se você não enxerga como violência (...) isso já banalizou.” Entrevistado 5

De acordo com Gomes et al. (2007), o entendimento subjetivo da violência permite captar atitudes consideradas ‘naturais’ pela maioria das pessoas, além de admitir o aprofundamento na compreensão das nuances de cada indício de violência, podendo variar conforme alguns condicionantes: o tempo, o lugar, a cultura e a sociedade, o arcabouço teórico de quem a estuda, os simbolismos que a sociedade e seus sujeitos lhe atribuem e a forma com que a enfrentam.

Saliba et al. (2007) também corroboram com essa idéia, enfatizando que a partir do momento em que o profissional de saúde depara-se com cenários de VD e compreende a dinâmica de famílias em situações de vulnerabilidade, então ele se encontra apto e seguro para realizar o diagnóstico desse agravo.

A qualificação surge, então, na discussão sobre políticas de recursos humanos em saúde como componente que permite criar e manter a oferta de recursos humanos adequados às necessidades do sistema de saúde. Esse debate, por sua vez, ganha força quando se considera o contexto de mudança na organização do sistema com a

implantação e expansão da Equipe de Saúde da Família. O NUPAV, por sua vez, ao fazer a discussão do tema da violência no município, seja na atenção básica ou com outras instituições, proporciona um conhecimento mais detalhado das necessidades locais e dos problemas sociais de determinada comunidade (SANTOS; RAMIRES, 2010).

B) Sensibilização do profissional de saúde enquanto estratégia fundamental para a notificação

Observou-se que o desenvolvimento de uma visão ampliada acerca da violência é um processo demorado, que requer um envolvimento da equipe do NUPAV com o profissional e a identificação desse funcionário com o caso do seu paciente, sendo essa dinâmica de sensibilização do profissional de saúde considerada uma estratégia fundamental para a notificação, conforme pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“Querendo ou não, toda atuação, ela traz embutido conceitos e preconceitos, e os valores da classe que você pertence e os valores que você recebeu de família.”
Entrevistado 5

Encontrou-se nos depoimentos dos entrevistados que a sensibilização dos profissionais sobre a violência ocorre em reuniões com cada uma das UBS para a realização de monitoramentos, esses encontros destinam-se: ao conhecimento da realidade de cada uma das ESF; à discussão de casos de vítimas de violência e da dinâmica dessas famílias; à aproximação da equipe do NUPAV junto as ESF; e à sensibilização dos profissionais através de conversas mais contíguas, buscando-se a desnaturalização da violência e o entendimento mais subjetivo acerca do que é violência. Isso pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“A notificação da violência nas Unidades Básicas de Saúde, a gente faz essa discussão com o pessoal da atenção básica, do posto de saúde, a gente discute situações de violência, situação de vulnerabilidade lá no posto com o profissional de saúde.”
Entrevistado 9

Através dessas sensibilizações, a equipe do NUPAV objetiva incutir na dinâmica de trabalho desses profissionais a responsabilização e o compromisso frente à problemática da violência. E para isso, o aconselhamento dos profissionais encontra-se na resolução do evento pontual, mas se tendo como ênfase a prevenção de ocorrências repetitivas. Além de trabalhar a importância da notificação da violência como um instrumento essencial à proteção da vítima, o monitoramento realizado pela equipe do

NUPAV visa também sensibilizar e enfatizar a proteção profissional mediante esclarecimentos mais detalhados acerca da ficha resumo do NUPAV – algoritmo que será melhor explicado na categoria 5.2.2, item C.

Segundo Cohen (2007), o profissional sensibilizado com a queixa dos seus pacientes engaja-se em ações que sejam resolutivas dos casos, articula-se com outros profissionais, discute os fatos, busca soluções e, certamente, é um agente impar no enfrentamento da violência.

A equipe do NUPAV realiza as sensibilizações na ocasião do monitoramento de cada UBS do município, que ocorre, no mínimo, duas vezes por ano. No entanto, a frequência com que são realizadas essas oficinas de sensibilização é insuficiente para atender as mudanças de profissionais que ocorrem nesse intervalo de tempo. Essa lacuna advém, principalmente, de dois fatores: formação de uma equipe constituída por apenas dois assistentes sociais devidamente capacitadas ao direcionamento desses monitoramentos e disponibilidade de transporte apenas três vezes por semana para o NUPAV. Isso pode ser observado no trecho da entrevista abaixo:

“A gente deveria ter uma equipe de, no mínimo, oito pessoas (...) a gente não tem perna pra fazer.” Entrevistado 5

Para minimizar essas deficiências, a equipe do NUPAV conta com o apoio das enfermeiras dessas unidades de saúde, as quais repassam informações sobre mudança de profissionais na UBS. Essa articulação facilita a atuação do NUPAV ao permitir o direcionamento de capacitações e sensibilizações mais precisas a esse novo integrante da equipe.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, recursos humanos no setor de saúde

foi, é e sempre será um dos principais recursos para viabilização dos serviços. Por mais que se invista em alta tecnologia nada irá substituir a atuação de um profissional de saúde na função de salvar e melhorar as condições de vida de seres humanos (...) Trabalhadores satisfeitos com o resultado do seu trabalho é um caminho prático para avançar na consolidação do SUS (BRASIL, 2011: 18).

A sensibilização do profissional tem sido considerada, pela equipe do NUPAV, a estratégia fundamental para a realização da notificação. Acredita-se que se essa sensibilização for trabalhada ao longo do tempo junto às equipes das UBS, certamente haverá uma maior possibilidade de reversão, pelo menos na fala, do medo de se fazer a notificação e de represálias. Dessa maneira, a transformação da sociedade é outra

possibilidade decorrente da realização de sensibilizações, as quais geram notificações, que repercutem diretamente na formulação de políticas públicas (MINAYO, 2007). Essa questão aponta para a terceira sub-categoria.

C) Notificação da violência enquanto ferramenta essencial ao planejamento de ações

Percebeu-se no discurso de alguns entrevistados que as notificações não são apenas informações traçadas em uma ficha, elas são o ‘retrato’ de uma comunidade, são números que demonstram problemas recorrentes em uma determinada localidade. Mas esses dados também apresentam a possibilidade de uma intervenção mais específica, assim como uma maior resolutividade da problemática. Isso pode ser verificado no trecho de entrevista abaixo:

“Os dados demonstram problemas, mas também apontam soluções.” Entrevistado 8

“A grande importância dessa notificação da violência (...) é está trabalhando nessa perspectiva de educação, de informação (...) a gente conhecer a necessidade da população.” Entrevistado 9

Observou-se ainda, no relato de entrevistas, que as comunidades que apresentam os menores índices de notificações são apontadas como aquelas onde os profissionais das UBS não realizam a notificação, implicando à gestão maiores investimentos na qualificação profissional nessas unidades. No entanto, quando a situação é oposta, existindo muitos casos de violência notificados, então o foco da gestão passa a ser na própria comunidade, requerendo da instituição investimentos em articulações, conforme pode ser verificado através do depoimento abaixo:

“Porque, na verdade, se cada política for olhar mais adiante, vai ver que tem que estar articulado com tudo, senão não vai funcionar legal. E, até mesmo, pra poder otimizar os recursos (...) quando a gente trabalha articulado, as coisas funcionam melhor” Entrevistado 8

[construção de parcerias] “A gente não vai como instituição só, a gente vai como pessoa, como profissional (...) ultrapassa essa questão da instituição (...) a gente faz parceria de amizade mesmo, onde encontra e conversa.” Entrevistado 9

Entende-se que a gestão precisa está junto da comunidade e das unidades de saúde para debater os casos e discutir a melhor estratégia de atuação frente às particularidades de cada demanda. É necessário que haja essa conversa, que nem sempre determina uma modificação de atitude na comunidade e/ou no profissional, mas que permite, pelo menos, uma gestão mais participativa (DESLANDES; LEMOS, 2008).

Sob essa perspectiva, a PNPS apresenta como uma de suas ações prioritárias a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz, que se propõem a colaborar com o fortalecimento e ampliação da RNPVPS e para o monitoramento e incentivo dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência. Além de investir na capacitação e sensibilização de gestores e profissionais de saúde na identificação de situações de VD, visando-se a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal e o estímulo à articulação intersetorial (BRASIL, 2006).

Considerando-se que a discussão da violência extrapola o setor saúde, estendendo-se a outros parceiros como a educação, o âmbito jurídico e a política social, então se compreende a real necessidade de intersetorialidade. Esse entendimento é congruente com o pensamento da maioria dos entrevistados, que acreditam que para o enfrentamento da violência são necessárias articulações com diversos setores da sociedade, ultrapassando, por vezes, até a própria instituição (SCHMALLER et al., 2008). Esse pensamento pode ser observado no depoimento abaixo:

“O NUPAV tem essas ramificações por todas as políticas, é todas mesmo (...) articulações que precisam ser feitas (...) quais são as áreas aqui que precisam está muito junto de mim para que o meu produto final aconteça bem?” Entrevistado 8

O entendimento do que é Serviço Público por parte dos recursos humanos é um grande diferencial para o planejamento e a organização das ações. Observa-se que, muitas vezes, não existe um cronograma detalhado com objetivos e metas a serem cumpridos em longo prazo, porque a gestão não é pensada de forma continuada. Assim, a cada mudança político-partidária novos planejamentos são realizados e os antigos descartados (FRANCO NETTO; DRUMOND; VASCONCELOS, 2007). Isso pode ser verificado através do depoimento abaixo:

“O grande problema nas administrações, pra mim, é o que é a compreensão do que é público (...) eu tenho que ter esse compromisso de que eu vou ter que prestar serviço de saúde com qualidade (...) acho que é pensar a administração pública de forma continuada.” Entrevistado 9

Analisando-se a fala acima, percebe-se a dificuldade em idealizar um modelo referencial de um planejamento que preze por qualidade e eficiência das ações voltadas ao enfrentamento da violência. Ou seja, uma prestação de um serviço de qualidade, que foque o compromisso profissional com o direito do cidadão. Em contrapartida, verifica-se a necessidade de cobrança da gestão para que se motive e oriente corretamente a prática desse profissional (DESLANDES; LEMOS, 2008).

Dessa maneira, compreende-se que a qualificação do profissional de saúde, certamente, é um grande desafio para se alcançar uma maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. É notório que outras medidas são imprescindíveis para um bom desempenho no trabalho, entre elas estão: a questão salarial, o fortalecimento do vínculo empregatício, melhoria das condições de trabalho e da infra-estrutura das instituições. No entanto, o desempenho de ações de promoção e prevenção não depende somente desses arcabouços institucionais, requerem, muitas vezes, a participação da comunidade no planejamento e execução dessas atividades (AKERMAN; MALO, 2006).

Por fim, percebe-se que a infra-estrutura do NUPAV deveria oferecer melhores condições de trabalho para seus funcionários, assim como a qualificação dos profissionais de saúde das UBS deveria ser suficiente para atender as demandas locais. A notificação, decorrente do incentivo e compromisso da equipe do Núcleo, deveria identificar locais com maior e menor frequência de ocorrência da violência no município, visto que os dados provenientes da notificação funcionam como um instrumento auxiliador do planejamento de ações de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência no município saudável de Olinda.

5.2 EIXO TEMÁTICO: PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E ACIDENTES COMPREENDIDA SOB A PERSPECTIVA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Nessa próxima fase da análise das entrevistas, objetivou-se compreender as concepções, relatadas pelos entrevistados, a respeito das ações de Prevenção da Violência e Acidentes e sua relação com a infra-estrutura e a gestão de pessoas. Além disso, almejou-se identificar quais ações de prevenção da violência e acidentes são desenvolvidas, direta e indiretamente, pelo NUPAV.

As primeiras considerações ordenadas acerca das ações de prevenção da violência e acidentes, desenvolvidas pelo NUPAV, induziam a uma reflexão simplória sobre a atuação desse Núcleo. Sendo essa ponderação focada no estímulo à notificação da VD pelas UBS/PSF, como a única ação desempenhada por essa instituição.

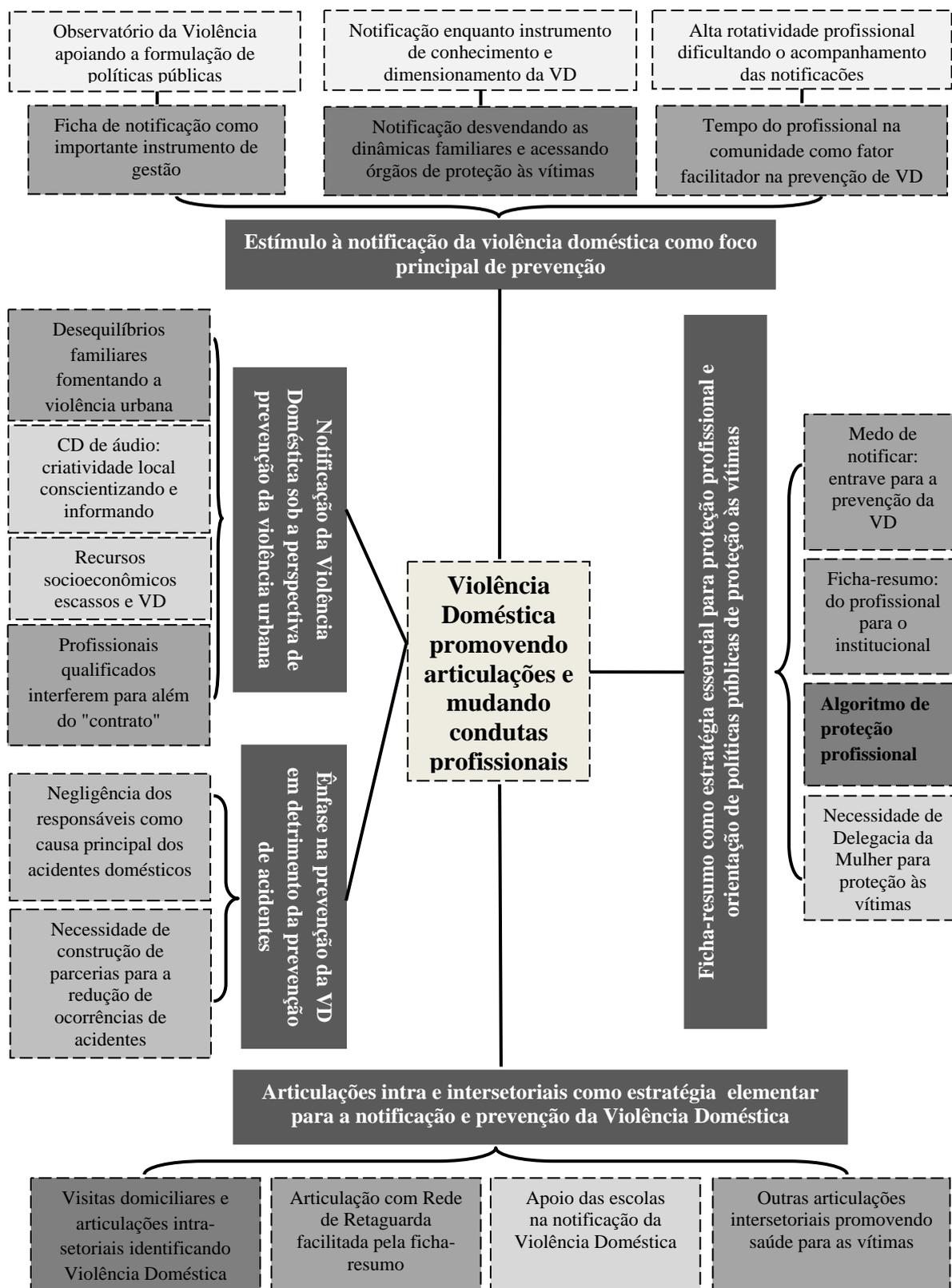
No entanto, aprofundando-se na análise dos resultados, verificou-se que a atuação desse Núcleo no município acontece de forma articulada com diversos setores. Sendo a qualificação profissional, o monitoramento e a formação de parcerias consideradas estratégias fundamentais para atuação do NUPAV na prevenção da

violência e acidentes. Ou seja, constata-se uma perspectiva ampliada, na fala dos entrevistados, a respeito do fomento de ações de prevenção da violência e acidentes.

Assim, a partir da análise dos dados, surgiram cinco categorias e 17 subcategorias conforme Figura 4. As categorias principais são:

- a) Estímulo à notificação da violência doméstica como foco principal de prevenção;
- b) Ficha-resumo como estratégia essencial para proteção profissional e orientação de políticas públicas de proteção às vítimas;
- c) Notificação da Violência Doméstica sob a perspectiva de prevenção da violência urbana;
- d) Ênfase na prevenção da Violência Doméstica em detrimento da prevenção de acidentes;
- e) Articulações intra e intersetoriais como estratégia elementar para a notificação e prevenção da Violência Doméstica.

Figura 4 – Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Prevenção da violência e acidentes compreendida sob a perspectiva da violência doméstica⁴⁴



⁴⁴ Diferentes intensidades de sombreado foram utilizadas com a finalidade de enfatizar a força argumentativa das categorias e subcategorias trabalhadas durante a análise dos dados.

5.2.1 Estímulo à notificação da violência doméstica como foco principal de prevenção

Percebeu-se, através dos depoimentos dos entrevistados, que a maioria deles defende a notificação da VD, implantada nas UBS pela equipe do NUPAV, como o principal foco da prevenção da violência desempenhada por essa instituição, conforme pode ser verificado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“O foco do NUPAV é prevenir a violência, em especial, a doméstica.” Entrevistado 8

“O principal objetivo do NUPAV é, justamente, notificar a violência doméstica que acontece (...) pra que seja sanada a violência, evitada.” Entrevistado 2

“Nós viemos para cá com a missão de ser um núcleo de estudo e ser um núcleo de prevenção (...) no âmbito da prevenção, nós trabalharíamos mais especificamente a questão da implantação da ficha de notificação da violência doméstica.” Entrevistado 5

“A notificação da violência, para as Unidades Básicas de Saúde, eu acho que esse é o grande diferencial de Olinda.” Entrevistado 9

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que institui a obrigatoriedade da notificação para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao SUS em todo território nacional, através do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes, o NUPAV encontra respaldo legal para estimular a realização da notificação de VD pelas UBS no município de Olinda (BRASIL, 2011). Isso aponta para a primeira sub-categoria:

A) Ficha de notificação como importante instrumento de gestão

Algumas considerações foram realizadas, pelos entrevistados, para explicar a ênfase dada pelo Núcleo à notificação compulsória da VD. Uma das questões levantada, encontra-se na ficha de notificação ser compreendida como uma ferramenta de gestão, devido à sua capacidade de fornecer conhecimento sobre a situação de violência no município. Isso pode ser observado através do trecho de entrevista abaixo:

“Eu acho interessante essa ferramenta dessa ficha (...) esse meio de notificação, ele dá uma dimensão melhor de que o problema é maior.” Entrevistado 3

As informações provenientes das notificações, por conseguinte, permitem a equipe do NUPAV realizar estudos e planejamentos mais específicos das localidades que apresentam o dado da violência, conforme o trecho de entrevista abaixo:

“Cabe à saúde, atendeu aquela família ou algum ente daquela família com questão específica de saúde, tratou, mas observou que além daquela questão da saúde existe uma

questão provocando ou que provocou que aquela demanda fosse para a Unidade de Saúde.” Entrevistado 5

“[notificação nas UBS] Eles vêem que não estão sós, não é mais um papel. Não só o treinamento da informação, mas precisa sensibilizar sim e isso é constantemente. Como também precisa monitorar, além de dar o treinamento básico.” Entrevistado 8

Lima et al. (2010: 2684) acreditam que o ato de notificar é um elemento decisivo na ação pontual contra a violência doméstica e para atuação na política global e no entendimento do fenômeno, sendo a notificação

um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica.

Verifica-se que a notificação compulsória da violência tem como objetivo prover cuidados sócio-sanitários para a proteção à vítima, através do provimento de cuidado jurídico, assistência à saúde e social. Além disso, a notificação permite que haja um direcionamento ao direito ampliado à saúde, seja em relação à atenção especializada (atendimento de psicologia, terapia ocupacional, nutricionista, fonoaudiologia, entre outras especialidades clínicas) ou quer seja nos condicionantes diretos e indiretos da saúde (LEWGOY et al., 2005; SCHMALLER et al., 2008).

Desse modo, através dos dados advindos da notificação, a identificação de áreas críticas, nas comunidades com índices destoantes de notificação, pode ser trabalhada de forma diferenciada pela gestão. Assim, os dados de uma determinada área revelam a demanda daquela comunidade e auxiliam no planejamento e realização de ações específicas, visto que os dados revelam problemas, mas também apontam soluções para sanar os mesmos (MALTA et al., 2007). Sob essa ótica, verificou-se que o **Observatório da Violência busca apoiar a formulação de políticas públicas**, como pode ser verificado a seguir:

A análise dos depoimentos dos entrevistados revelou que o Observatório da Violência inseriu-se no NUPAV mediante uma demanda externa da OPAS, não emergindo, portanto, das necessidades locais do Núcleo e nem do município. Essa parceria foi firmada em 2010, sendo considerada pelos entrevistados como um projeto que ainda está em construção, auxiliando, portanto, na mensuração das ocorrências de VD nas comunidades e no município de uma forma geral. Através da análise das fichas do SINAN, o planejamento de ações voltadas a prevenção desse tipo de violência

facilitam a formulação de políticas públicas, como pode ser verificado através do relato abaixo:

“[Observatório da violência] leva a informação já pronta, analisada, vista de forma antecipada, pra uma discussão junto com outras secretarias e com o controle social. Eu vejo que ele (o Observatório da Violência) ainda está em construção. A gente não tem que ter medo dos dados (...) eles ajudam a gente a fomentar: está dizendo aonde é que a gente tem que intervir. O trabalho do Observatório da Violência é fomentar a discussão com outros gestores (...) a gente leva a pauta pra lá pra discutir.” Entrevistado 8

Identificou-se ainda que a equipe do NUPAV é a mesma que compõe o quadro de funcionários que gerem o Observatório da Violência. Assim, o fomento das informações que se destinam aos comitês gestores é produzido pelo mesmo grupo de pessoas que trabalham a VD no NUPAV, o que se permite deduzir que existe também um foco para a temática dessa violência nos estudos realizados pelo Observatório da Violência, como pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“[dados do Observatório da Violência] Eu pego sempre para doméstica, porque violência urbana, ela não compete, até porque a violência urbana, a violência interpessoal, ela é foco de re-estabilização da SDS.” Entrevistado 5

Segundo Lewgoy et al. (2005), a operacionalização de observatórios de acidentes e violência, no sentido de um sistema de vigilância, inicia-se com

a identificação de eventos e fatores de risco, decorrentes de acidentes e violências observadas por ocasião do atendimento, nos serviços de urgência e emergência, seguidas de notificação. Entre as informações presentes na notificação constam a caracterização da vítima, do agravo e da sua situação geradora, permitindo assim o monitoramento e o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica. (p.2)

Com isso, observou-se que o dado da violência doméstica é trabalhado pelo Observatório da Violência para o fomento de idéias em discussões sobre a prevenção desse fenômeno através de comitês gestores, que levam essas informações para serem discutidas junto com a comunidade. Sendo assim, percebeu-se que a função do Observatório da Violência encontra-se na vigilância da violência, analisando os agravos decorrentes dessa problemática e facilitando o planejamento e realização de ações de prevenção da violência junto às comunidades. Isso assinala para a segunda subcategoria:

B) Notificação desvendando as dinâmicas familiares e acessando órgãos de proteção às vítimas

Outro dado apontado pelos entrevistados, que justifica o foco da prevenção do NUPAV deter-se na notificação da violência, encontra-se no fato dessa notificação representar uma possibilidade de transferência das informações da ficha de notificação

para os órgãos de proteção às vítimas. Sendo assim, esses órgãos responsáveis pela proteção desses grupos especiais (criança, adolescente, idoso e deficiente mental) podem atuar na intervenção da situação de violência, prevenindo a sua ocorrência e repetição, como pode ser examinado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“[órgãos de proteção às vítimas] Agente externo capacitado que vá atuar naquela família, para entender o porquê daquela dinâmica, e a partir daí, melhorar a qualidade das relações e cessar a violência.” Entrevistado 5

“Um dos papéis mais importantes do Núcleo, que eu acredito, é pegar essa notificação e fazer com ela caminhe, com que a informação passe e chegue aos órgãos de proteção, chegue aos órgãos de assistência, de justiça.” Entrevistado 8

Através dos relatos das entrevistas, constatou-se ainda que o empenho da equipe do NUPAV encontra-se justamente na qualificação do profissional de saúde, a fim de que esse funcionário torne-se apto a reconhecer uma condição de risco e a compreender a dinâmica de uma família em situação de vulnerabilidade. Sob esse aspecto, a equipe do NUPAV procura despertar a responsabilização no profissional de saúde das UBS para que ele proceda com a notificação da VD, conforme pode ser evidenciado pelos trechos de entrevistas abaixo:

“Tudo depende muito da forma como o profissional desenvolve o seu trabalho dentro da atenção básica. A forma como o profissional entende essa dinâmica da família (...) do ponto de vista do desenvolvimento das ações, existem pessoas que são de um jeito e existem pessoas que são de outro jeito.” Entrevistado 9

“A parte de violência, eu acho que é fantástica, essas notificações, inclusive eu acho até cansativa, porque as meninas estão insistentemente dentro das unidades de saúde pedindo para notificar.” Entrevistado 1

Ribeiro & Barter (2010) apontam que a implantação e a implementação de políticas públicas voltadas à redução da violência e proteção das vítimas deveriam apresentar-se de forma mais uniforme nos serviços de atendimento e reabilitação dos vitimados. Observa-se, assim, que a notificação da violência doméstica permite desvendar as dinâmicas familiares no município de Olinda, além de proporcionar o acesso dos órgãos de proteção às vítimas. Essa análise aponta para a **Notificação enquanto instrumento de conhecimento e dimensionamento da Violência Doméstica.**

Percebeu-se que os entrevistados compreendem a notificação como uma possibilidade de dimensionar a questão da VD, ajudando a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência à saúde e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência em família. Dessa maneira, as informações

geradas pelas fichas de notificação relatam como e onde os casos de violência acontecem nos domicílios e nas comunidades, proporcionando uma melhor visualização dessa problemática, conforme pode ser verificado através dos depoimentos abaixo:

“A notificação é como se tivesse um olho do Estado perto de você, não vigiando as suas vidas, mas vendo se você está sendo prejudicado em alguma coisa e que ele pode fazer alguma coisa para lhe ajudar.” Entrevistado 3

“Então, a notificação vem pra que? Pra que se tenha conhecimento daquilo ali, naquela região. Se existe, por exemplo, uma negligência, um lugar que tem várias crianças que são negligenciadas, então o NUPAV tem conhecimento disso, passa para quem é responsável e tem esses dados consigo mesmo, junto com a Epidemio (...) é como se fosse assim, um olheiro, um sinalizador de toda rede de saúde que notifica.” Entrevistado 2

“[notificação] é mais do que um dado, é providência (...) pra mim, a grande importância dessa notificação da violência, trabalhando nessa perspectiva de educação, de informação (...) a gente conhece a necessidade da população. Essa ficha de notificação traz remédio pro paciente e traz a cura (...) traz a possibilidade de cessar aquela violência. De nada, pra mim, adianta, a ficha de notificação ser só um dado epidemiológico, ela precisa gerar essa outra atitude de quem tem a possibilidade de fazer com que essa violência cesse.” Entrevistado 9

Através da notificação de VD é possível conhecer a tipologia e a frequência com que ocorrem os casos em determinada área, possibilitando estudos mais detalhados e viabilizando ações e intervenções mais específicas nas áreas de ocorrência (SALIBA et al., 2007).

A compreensão da dinâmica de famílias e comunidades permite trazer informações à gestão sobre diversas demandas, que estão intrinsecamente relacionadas à VD, tais como: questões sociais, assistência social e a própria assistência à saúde. E para o enfrentamento desse fenômeno existe a necessidade de intervenções articuladas com vários setores: Secretaria de Saúde, Secretaria de Política Social, Secretaria de Obras, Secretaria de Educação, entre outras áreas (SCHMALLER et al., 2008). Isso aponta para a terceira sub-categoria:

C) Tempo do profissional na comunidade como fator facilitador na prevenção da Violência Doméstica

Analisando-se o fator tempo na resolutividade de problemas coletivos, constatou-se que os entrevistados acreditam que o prolongamento do período de um profissional em uma comunidade consente que ele desenvolva as suas atividades com mais segurança, além de criar vínculos com os indivíduos. Sendo assim, à medida que esse profissional sensibilizado passa a conviver, de forma mais próxima, com essas famílias, existe a possibilidade de desenvolver um compromisso e um envolvimento

maior desse profissional com as famílias e a comunidade, conforme pode ser examinado através do depoimento abaixo:

“Profissional de saúde (...), principalmente quem vive de forma contínua com as famílias nas comunidades (...) se tem um tempo dentro daquela determinada Unidade de Saúde, de convivência com aquela determinada comunidade, a gente se apega às pessoas, cria vínculos com as pessoas. Entrevistado 9

Acredita-se que a disposição de tempo do profissional de saúde com seus pacientes e a inserção desse especialista no seio da família e da comunidade é importante para proporcionar a construção do vínculo, do acolhimento e da responsabilidade com o cidadão. Pontua-se ainda que esse vínculo depende tanto dos usuários quanto da equipe, sendo necessário que o paciente acredite que esta, por um lado, pode contribuir de algum modo para a defesa de sua saúde e, de outro, que os profissionais que a compõe têm compromisso e responsabilidade com a saúde dos que o procuram (GOMES et al., 2007).

Assim, a conexão ampliada do profissional junto aos comunitários facilita à identificação de situações de violência por esse técnico, bem como proporciona a equipe do NUPAV acompanhar o desenvolvimento desse funcionário no seu processo de envolvimento com a problemática da violência. Além de permitir a avaliação do progresso das notificações nas UBS do município. O inverso dessa vinculação assinala para a **alta rotatividade profissional dificultando o acompanhamento das notificações.**

Observou-se que a equipe do NUPAV encontra dificuldade em fazer um acompanhamento mais intrínseco da evolução das notificações da violência, relacionando-a com o tempo de permanência profissional no município, devido a questões de sazonalidade desse servidor da saúde para outras cidades que oferecem melhores condições salariais e de estruturação de serviços, conforme examinado através dos relatos abaixo:

“A cada treinamento novo dos municípios que pagam melhor, a gente perde equipe.”
Entrevistado 8

“(...) sai de um município, vai pra um outro; sai daquele outro, vai pra outro. Essa motivação é muito feita, primeiro pela questão financeira e segundo por uma questão de estrutura de serviços. Acho que são os dois fatores motivadores dessa migração dessas pessoas. Entrevistado 9

Compreende-se que a rotatividade de profissionais de saúde nas ESF implica em prejuízos em avaliações do impacto do tempo do profissional na comunidade, além de

solicitar da gestão custos com capacitações de novas equipes, interrupções nos programas de saúde, prejuízos aos usuários das unidades de saúde e, principalmente, pela incapacidade desses profissionais estabelecerem vínculos com a comunidade (COHEN et al., 2004).

Com isso, acredita-se que a atitude de notificar depende, significativamente, do grau de conhecimento dos profissionais sobre a problemática da violência, sendo a desconfiança dos órgãos de proteção e o medo do profissional em se envolver em um processo legal as barreiras mais frequentes para a realização da notificação da VD. Necessitando, assim, de maiores investimentos da gestão para a implementação de políticas públicas focadas na prevenção da violência (DESLANDES; LEMOS, 2008). Essa necessidade aponta a segunda categoria:

5.2.2 Ficha-resumo como estratégia essencial para proteção profissional e orientação de políticas públicas de proteção às vítimas

Como será visto nas subcategorias, o NUPAV idealizou uma ficha-resumo com algoritmo próprio de forma a reduzir o medo do profissional em notificar a VD, protegê-lo e transferir a responsabilidade do profissional para a instituição. Isso aponta para a primeira sub-categoria:

A) Medo de notificar: entrave para a prevenção da Violência Doméstica

Identificou-se, no depoimento dos entrevistados, que o investimento do NUPAV na sensibilização dos profissionais de saúde das UBS, justifica-se pela necessidade de abandono do medo desses profissionais para que haja um aumento das notificações nas unidades de saúde. Sendo essa questão apontada, pela maioria dos entrevistados, como o maior entrave para que as notificações sejam realizadas, conforme verificado nos trechos de entrevistas abaixo:

“O nosso maior empecilho para a notificação crescer e acontecer mais é o medo, o medo de retaliação.” Entrevistado 5

“Eu acredito que a equipe de violência, ela tem reuniões nas unidades de saúde justamente mostrando a importância de se notificar (...) aí voltamos aquele assunto da identificação. Existem muitas pessoas que não querem notificar justamente por conta do medo, um bairro muito perigoso (...) Então, existe as duas formas, existe o lado da equipe de violência de sensibilizar a importância da notificação e não ser identificado, quanto do profissional de notificar.” Entrevistado 2

No entanto, esse medo do profissional de saúde é infundado no município, devido à inexistência de qualquer identificação do indivíduo que realizou a notificação. Singularmente, através da idealização da ficha-resumo pelo NUPAV, os funcionários das UBS de Olinda computam com um sistema diferenciado de proteção profissional,

onde as informações que seguem para os órgãos de proteção às vítimas constam apenas o carimbo da instituição e a assinatura das assistentes sociais que compõem a equipe do Núcleo, como pode ser observado através do depoimento abaixo:

“Com relação à violência, eu não visualizo em outros municípios essa forma de atuação que Olinda tem, por exemplo, isso do órgão de colocar o nome lá na notificação. Isso tende a gerar um número bem maior de casos, porque já vai está evitando o medo por parte dos profissionais de saúde na hora de fazer a notificação, de colocar o seu nome lá, ou colocar sua formação, colocar sua USF – Unidade de Saúde da Família (...) o NUPAV já deixa as pessoas mais seguras, mais garantidas, mais tranquilas, mais à vontade, pra está denunciando e assim para outras ações também.” Entrevistado 1

Entende-se que a proteção profissional para a realização da notificação de casos de violência encontra-se na amplitude do desenvolvimento de regulamentos que formalizem procedimentos técnicos e dispositivos legais, por meio da estruturação de uma rede de proteção as vítimas e profissionais (MALTA et al., 2007).

Apesar da escassez de recursos humanos e da falta de estrutura física adequada para o desenvolvimento de suas pesquisas, a equipe do NUPAV esforça-se para desconstruir pré-conceitos e construir novos conceitos junto aos profissionais das UBS. Sendo assim, esse Núcleo, mesmo com suas limitações, procura estimular os profissionais de saúde para que se apoderem do conhecimento da violência no âmbito doméstico e estejam sensibilizados com as particularidades de cada caso atendido. Existindo, desse modo, o comprometimento da instituição NUPAV com a responsabilidade de proteção profissional, visto que as informações presentes na ficha-resumo e na ficha de notificação compulsória do SINAN não objetivam oferecer nenhum risco a sua atuação profissional, mas o provimento de ações voltadas à prevenção da violência doméstica. Essa observação direciona para a segunda subcategoria:

B) Ficha-resumo: do profissional para o institucional

Ao perceber a existência do medo dos profissionais em ter sua identidade revelada nas fichas de notificação, a equipe do NUPAV desenvolveu uma ficha própria, denominada ficha-resumo (ANEXO E), onde a responsabilidade dos dados colhidos deixa de ser do profissional que realizou a notificação e passa a ser da entidade pública – NUPAV. Identificou-se que essa ficha-resumo constitui-se em uma transcrição da ficha de notificação do SINAN, da qual se extraem informações relevantes aos órgãos de proteção às vítimas (CT e MP). Nessa ficha não existe a identificação do profissional de saúde que realizou a notificação do caso, como pode ser constatado através do depoimento abaixo:

“Quando a gente tem um caso de violência, a gente sabe qual é a casa, quem é a pessoa, a gente vai lá, anota e traz essa informação pra o NUPAV, onde a informação vai deixar de ser da redutora de danos ‘x’ e vai virar informação do NUPAV. E aí, a informação vai ser do NUPAV, então vão procurar investigar se é daquela forma que eu estou contando e vai começar a tomar as providências corretas.” Entrevistado 12

A partir da ficha de notificação compulsória de violência do SINAN, o profissional de saúde tem a sua disposição esse instrumento de informação, que o permite posicionar-se frente à problemática da VD, conforme pode ser verificado no depoimento abaixo:

“Quando você faz esse tipo de comunicação, através de uma ficha de notificação, você está chamando, através de outra instituição, a fazer a composição nessa equipe de resguardo do Direito da pessoa, na perspectiva da solução desse problema. Então, você levando essa informação para uma outra instituição, que tem o poder de chegar lá, fazer uma visita, de instituir todo um processo de investigação pra saber se, de fato, aquela situação realmente confirma, se aquilo está acontecendo, eu acho que isso é muito importante.” Entrevistado 9

Saliba et al. (2007) alertam que a escassez de regulamentação consolidadas sobre os procedimentos técnicos somados a ausência de mecanismos legais, que se responsabilizem pela identificação no processo de notificação da violência no serviço de saúde, favorecem a quebra de sigilo profissional, sendo um grande obstáculo à notificação da VD pelo profissional da saúde.

Acredita-se que o incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção às vítimas e a ampliação das redes de suporte profissional possam reduzir o grau de insegurança dos profissionais e incrementar o número de notificações de casos de violência doméstica nas unidades de saúde (SCODELARIO et al., 2004; DESLANDES; LEMOS, 2008). Isso assinala para a terceira sub-categoria:

C) Algoritmo de proteção profissional

Buscando-se estimular à notificação dos profissionais das UBS, existe um fluxograma da ficha-resumo que é repassado aos profissionais das ESF no momento das qualificações e sensibilizações. Esse algoritmo pode ser entendido a partir das notificações que chegam ao NUPAV, seguindo um curso distinto de acordo com o seu local de origem, como será abordado a seguir:

Quando os profissionais de saúde realizam as notificações de VD nas UBS, esses formulários de notificação – ficha do SINAN – seguem para os Distritos Sanitários I ou II do município, dependendo da localidade da UBS. Nesse departamento, essas fichas são colocadas em um envelope lacrado, para se manter o sigilo dos dados das vítimas,

agressores e profissionais de saúde que realizaram a notificação. Através de um funcionário da Prefeitura de Olinda (motoqueiro/Office-boy), esse envelope segue para o NUPAV, onde todas as fichas do SINAN são analisadas pela equipe de violência, que verifica se o preenchimento das informações nessas fichas está correto e completo. Caso essas fichas estejam preenchidas de forma incompleta, as assistentes sociais do Núcleo retornam às unidades de saúde a fim de extrair informações complementares e sanar qualquer dúvida a respeito do caso notificado.

Observou-se, através dos depoimentos dos entrevistados, que essas funcionárias do NUPAV são as únicas pessoas que entram em contato direto, quando necessário, com o profissional que realizou a notificação, constituindo-se em um fator de proteção, conforme pode ser verificado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Qualquer esclarecimento é feito através da equipe técnica do NUPAV, para que os profissionais da ponta se sintam tranquilos quanto a sua segurança.” Entrevistado 5

“O NUPAV não vai no local onde está acontecendo ou quem está fazendo a violência, ele entra em contato com as pessoas que geraram a notificação (...) tira as dúvidas, os esclarecimentos para dar uma idéia do que realmente está acontecendo.” Entrevistado 3

Na possibilidade de preenchimento correto dessas fichas do SINAN, um funcionário do setor administrativo do Núcleo confecciona as fichas-resumo, as quais passam por uma verificação final pelas assistentes sociais, que, finalmente, carimbam, assinam e encaminham aos órgãos de proteção às vítimas (CT – crianças e adolescentes; MP – idosos; deficientes mentais; crianças ou adolescente reincidentes em seis meses).

No episódio da vítima ser mulher, as fichas-resumo não são encaminhadas para nenhum ente de proteção (CT, MP ou Poder Judiciário), ficando arquivadas no banco de dados do NUPAV. No caso das grandes unidades de saúde do município (UPA – PE 15, SPA – Peixinhos e Hospital Tricentenário), as fichas de notificação do SINAN não seguem para os Distritos Sanitários, mas são enviadas diretamente para o setor de Epidemiologia do município. Nesse departamento, as fichas originais de notificação do SINAN ficam arquivadas, sendo enviada uma cópia dessas fichas para o NUPAV, onde passam pelo processo de análise e transcrição das informações para confecção da ficha-resumo.

O destino final de todas as fichas originais de notificação compulsória da violência do SINAN é o Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica do município, onde são digitadas em sistema eletrônico para serem contabilizadas como dados nacionais da violência. Por fim, essas fichas originais do SINAN ficam guardadas em

arquivo próprio nesse setor de Epidemiologia, não saindo, portanto, do âmbito da Saúde do município (ANEXO F).

Sendo assim, constatou-se que o arquivamento das fichas do SINAN obedece a normas internas da SMS (Secretaria Municipal de Saúde), uma vez que a Unidade de Saúde notificante encaminha a 1ª via das fichas de notificação compulsória da violência para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal, em acordo com a rotina estabelecida pela SMS. Após serem analisadas por essas instituições, as fichas são encaminhadas e digitadas para inclusão no SINAN – NET, ficando a 1ª via arquivada (BRASIL, 2007). O arquivamento de fichas de notificação contra a mulher assinalam a quarta sub-categoria:

D) Necessidade de Delegacia da Mulher para proteção às vítimas

Outra reflexão evidenciada, por alguns entrevistados, refere-se ao arquivamento das fichas-resumo provenientes da notificação da VD contra mulheres, que objetiva orientar políticas públicas de proteção a essas vítimas, através da possibilidade de conquista de uma Delegacia da Mulher para o município, conforme verificado nos trechos de entrevistas abaixo:

“A gente quer municimar o planejamento.” Entrevistado 5

“Os dados demonstram problemas, demonstram, mas também eles apontam soluções.”
Entrevistado 8

O dado proveniente da violência contra a mulher convém para o NUPAV articular-se com o ‘movimento de luta pela causa das mulheres’, em prol da conquista de uma Delegacia da Mulher para o município. Atuando, pois, indiretamente na prevenção desse tipo de violência. Sendo assim, o acúmulo desses dados é plausível à SDS (Secretaria de Defesa Social) para a instalação de uma Delegacia da Mulher, visto que o número de Boletins de Ocorrência (B.O.) nas delegacias comuns de Olinda é insuficiente para justificar a implantação de uma delegacia especializada no município.

A necessidade de um ambiente especializado para lidar com as questões de VD sofrida pela mulher é visualizada, através dos relatos das entrevistas, ao se apontar como empecilhos a realização de notificações as seguintes circunstâncias: o medo das mulheres denunciarem seus companheiros por não se sentirem protegidas e por não existir um órgão de proteção que as ampare no município; a falta de recursos financeiros para locomoção dessas vítimas a cidade do Recife para realizar um B.O. do caso; a falta

de equipe especializada nas delegacias comuns que trabalhe com a temática da violência contra a mulher. Isso pode ser verificado a partir do seguinte trecho de entrevista:

“Só que quando a gente briga e aí, o movimento de mulheres, a gente tem que ter no município a Delegacia de Mulheres, porque a mulher não vai sair espancada de uma favela de Olinda, muitas vezes sem nenhum recurso, pra ir para Siqueira campos, no centro da cidade do Recife pra prestar uma queixa na Delegacia da Mulher, porque ela nem recurso tem pra isso, muitas vezes ela não tem e no meio do caminho ela perde a coragem até porque toda sociedade conspira pra dizer a ela: ‘besteira, o homem é assim mesmo’.” Entrevistado 5

Assim, através desse banco de dados, o NUPAV busca a conquista de uma Delegacia da Mulher para o município, juntamente com a construção de casas de apoio e abrigo às vítimas, entre outras ações de proteção às vítimas. Além de permitir a abrangência do cuidado as questões sociais e jurídicas das comunidades, a partir da destinação de recursos humanos e financeiros pela gestão ao cuidado às vítimas, como pode ser verificado através dos depoimentos abaixo:

“A gente está dizendo para SDS: existe uma demanda de mulheres vítimas de violência e não existe uma delegacia especializada no município.” Entrevistado 5

“A violência está ligada ao NUPAV, então o que tem haver com violência tem uma ligação com o NUPAV.” Entrevistado 2

Com isso, percebeu-se que as notificações dos casos de violência contra a mulher são os procedimentos mais realizados pelos profissionais de saúde devido as fichas-resumo, confeccionadas pelo NUPAV, não serem encaminhadas a nenhum órgão de proteção às vítimas, significando, portanto, uma ausência de intervenção por parte da rede de retaguarda nesses casos de violência.

5.2.3 Notificação da violência doméstica sob a perspectiva de prevenção da violência urbana

Ao analisar o discurso dos entrevistados em relação à prevenção da violência urbana realizada pelo NUPAV, observou-se o surgimento de diversas subcategorias, cuja maioria se insere na perspectiva da prevenção da violência doméstica. Sendo assim, averiguou-se que a notificação da VD é compreendida, pelos entrevistados, de forma abrangente. Segue-se, assim, a primeira sub-categoria:

A) Desequilíbrios familiares fomentando a violência urbana

As relações básicas entre os familiares foram apontadas, por alguns entrevistados, como condutas estruturadoras da personalidade, do afeto e da convivência

social e comunitária dos indivíduos. A ruptura dessa dinâmica no relacionamento familiar, por meio de situações de abandono, humilhação ou bullying, são relatadas, por alguns entrevistados, como possibilidades fomentadoras da violência urbana, como pode ser verificado através dos trechos de entrevista abaixo:

“ As relações básicas que se dão na família, elas são estruturadoras (...) de personalidade, de afeto, de convivência em grupo social e comunitária (...) O nascedouro da violência é a violência doméstica. A casa é o foco da prevenção, previna a doméstica que você não vai ter violência urbana. (...) Crianças que não sofrem violência em casa, elas não vão levar pra rua o comportamento da violência do agressor.” Entrevistado 5

“[apoio da família] quando os vínculos familiares forem fator de proteção, quando forem fator de risco (...) que muitas vezes a própria família já está adoecida e o usuário voltar pra aquela família, pra aquela casa, por exemplo, não seria algo muito interessante.” Entrevistado 1

O dimensionamento das conseqüências da VD no âmbito social é entendido, por alguns entrevistados, como desequilíbrios provenientes da base familiar, sendo essa a maior detentora do fomento da violência urbana, conforme pode ser verificado através do depoimento abaixo:

“Se a gente for ver que todo nascedouro está na família, e se a gente prevenir esse nascedouro, mais na frente não vai necessitar de abrigo, de cadeia. São coisas básicas. São pessoas que têm todo direito, o mais básico, negado.” Entrevistado 5

Lima et al. (2010) sinalizam as situações violentas que ocorrem nas escolas e em outros espaços coletivos como tendo sua origem no âmbito familiar, de onde se transmitem modelos violentos para os relacionamentos sociais, influenciando fortemente no desenvolvimento da violência urbana.

Compreende que a prática familiar de castigos corporais intensos adicionados a uma elevada tolerância dos pais a desvios de conduta e ao uso de ameaças psicológicas estejam relacionados ao incremento de problemas comportamentais entre jovens envolvidos em conflitos urbanos. Não somente distúrbios do comportamento incitam a prática de atos violentos, mas também o aumento da violência urbana deve-se a associação das características psicossociais dos indivíduos com os conflitos socioeconômicos e emocionais a que os jovens estão submetidos na atual conjuntura social (DOMENACH, 1981; MINAYO, 2007).

Acredita-se que a infância seja um período decisivo para o aprendizado de habilidades sociais, devido o contexto familiar ser o primeiro ambiente social da criança. Sob essa ótica, o envolvimento e desempenho dos pais, através de práticas disciplinares, são fundamentais para moldar e estabelecer relações educativas, que

efetivamente favoreçam o desenvolvimento comportamental dos filhos (BRASIL, 1990; LIMA et al., 2010). Dessa maneira, observa-se que o estado emocional instável de um jovem, decorrentes de um trauma sofrido no seio familiar, podem direcionar a sua resposta individual para um envolvimento futuro com atos violentos. Ainda na perspectiva das conseqüências da violência doméstica no âmbito social, segue-se a discussão da segunda sub-categoria:

B) CD de áudio: criatividade local conscientizando e informando

Verificou-se, durante a fase de coleta de dados, a existência de um cd de áudio, que contou com a participação de diversos parceiros para sua idealização, inclusive com o NUPAV. Observou-se que as letras de suas músicas são voltadas a conscientização e informação da população sobre a problemática da violência, em especial fazem uma relação da VD com a violência urbana.

Nesse material, as letras musicais apresentam um ritmo característico da cultura local para possibilitar o envolvimento da comunidade e promover uma possível conscientização dos comunitários, sendo assim composto por frevo, maracatu e ciranda. Essas melodias foram trabalhadas sob a perspectiva da prevenção da violência acontecida no lar, conseqüentemente visando-se alcançar um arrefecimento dos casos de violência urbana no município.

Acredita-se que a percepção de famílias sobre a música possa revelar que esse dispositivo funcione como um recurso terapêutico do lar, visto que reflete no indivíduo a sua própria identidade, sendo uma forma de desvelar o sentido de si mesma e de sua singularidade. Pensa-se ainda que a música possa influenciar na modificação das sensações espirituais, sendo um recurso alternativo para a terapia de transtornos físicos e psíquicos por representar um suporte de apoio psico-emocional e espiritual (GOMES et al., 2007).

Com isso, percebeu-se que a criatividade local em desenvolver um CD de áudio representa uma estratégia relevante para a prevenção da VD e violência urbana no município de Olinda.

C) Recursos socioeconômicos escassos e violência doméstica

Observou-se na fala de alguns entrevistados que a trajetória da violência em uma família pode ser potencializada quando existe uma deficiência no suprimento de necessidade materiais e sociais, ou seja, quando fatores socioeconômicos estão associados. Isso pode ser verificado no depoimento abaixo:

“Porque ninguém nasce e sai pra rua matando como o menino do Realengo; aquilo teve uma trajetória de violência que ele sofreu (...) ele não nasceu e teve todas as suas necessidades materiais e afetadas supridas adequadamente (...) isso é um processo.” Entrevistado 5

Souza & Lima (2007: 1221) relatam que

fatores como o desemprego, a desestruturação familiar, o sentimento de frustração e uma busca desenfreada de padrões sociais apresentados como possíveis em um mundo de consumo se acirram principalmente nos grandes centros urbanos e contribuem para a delinquência e a violência.

Compreende-se que alguns problemas existentes no seio familiar necessitam de intervenções na infra-estrutura da sociedade para que sejam sanados. Assim como determinados problemas estruturais e socioeconômicos estão presentes na origem dos problemas comunitários, familiares e escolares. Dessa forma, entende-se que os espaços familiares e sociais estão intimamente relacionados com a origem e resolutividade do fenômeno da violência (COHEN, 2007; SCHMALLER et al., 2008).

A complexidade que envolve o fenômeno da violência também requer dos profissionais de saúde uma atuação complexa, apontando assim para a discussão da quarta sub-categoria:

D) Profissionais qualificados interferem para além do ‘contrato’

A partir da análise das entrevistas, percebeu-se que a qualificação profissional constitui-se em uma possibilidade de mudança de condutas profissionais, proporcionando, por vezes, atuações que vão além de um ‘simple contrato’ profissional. Sendo assim, observou-se que umas das linhas de atuação do NUPAV encontra-se na qualificação profissional como uma estratégia para engajar pessoas no processo de enfrentamento da VD e violência urbana no município, como pode ser observado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Na verdade, a gente já vinha trabalhando e a gente não tinha assinado o contrato ainda, mas já estava ‘valendo’(...) estava indo para as capacitações.” Entrevistado 4

“A gente transita muito (...) a gente trabalha muito mais na perspectiva do profissional de saúde.” Entrevistado 9

“Que é que eu posso fazer pra mudar? (...) engajar as pessoas no processo de transformação, a começar por elas mesmas.” Entrevistado 8

“Essa motivação vem, de sempre está querendo ajudar; eu sei que eu posso, de uma forma ou de outra, chamar alguém com responsabilidade maior, pra me ajudar a resolver, eu vou procurar resolver; de uma forma ou de outra.” Entrevistado 12

A qualificação profissional certamente interfere na realização de notificações pelos profissionais de saúde das UBS do município, apontando para o NUPAV como um Núcleo que, indiretamente, está atuando na idealização de políticas públicas voltadas para prevenção da VD e, conseqüentemente, da violência urbana. O arrefecimento dessa última, por sua vez, interfere na configuração do trabalho de vários equipamentos sociais, sendo a confiabilidade dos dados coletados no nível local como uma importante medida para a formulação de políticas públicas e a construção de um município saudável (COHEN, 2007).

Acredita-se que a notificação da VD é um instrumento de gestão que permite realizar estudos comparativos e correlacionados entre a violência urbana e a doméstica, além de ser uma ação facilitadora ao planejamento de intervenções destinadas à saúde, educação e política social (LEWGOY et al., 2005).

Por fim, constatou-se que o estímulo da notificação da VD nas UBS, além de facilitar o planejamento de ações de prevenção de VD pela gestão, é considerado uma estratégia para a prevenção da violência urbana no município.

5.2.4 Ênfase na prevenção da violência doméstica em detrimento da prevenção de acidentes

A partir da análise das entrevistas, observou-se que a prevenção de acidentes desempenhada pelo NUPAV é compreendida, pelos entrevistados, como parte integrante da violência doméstica. Assim sendo, acidentes domésticos são interpretados como um tipo de VD – a negligência, remetendo assim para a primeira sub-categoria:

A) Negligência dos responsáveis como causa principal dos acidentes domésticos

Alguns entrevistados acreditam que a motivação dos acidentes domésticos justifica-se pela negligência dos pais e/ou responsáveis do incapaz. Sendo, portanto, evitáveis e passíveis de prevenção sob a ótica da VD, como pode ser observado através dos depoimentos abaixo:

“A violência doméstica, aquela violência que usualmente passa despercebida, por exemplo, a negligência, que é o abandono de incapaz. Isso acontece numa grande tragédia, quando uma casa pega fogo e ninguém, às vezes, nem sabe. Incapaz: criança, que a gente considera abaixo de 10 anos, não tem condições de ficar só; e o idoso, a partir de 65, também dependendo da condição de saúde, ele pode ou não ficar só. A gente começa a trabalhar com essas violências.” Entrevistado 5

“Porque às vezes a violência, ela acontece, por exemplo, situações vividas por criança e adolescente relativas à questão da negligência. Então assim, uma família onde a mãe é a

responsável por essa família e a mãe precisa sair pra trabalhar, pra poder garantir o sustento desses filhos. Então, é comum que a gente encontre, por exemplo, uma família onde adolescentes, às vezes não é nem adolescente mais velho, adolescente de 12, 13 anos, tomando conta de crianças menores.” Entrevistado 9

Sob essa ótica, percebeu-se que existe uma maior preocupação da equipe do NUPAV em relação à problemática da VD no município, tanto que os acidentes domésticos são trabalhados sob a perspectiva da negligência. Não significa que todos os casos de acidentes, ocorridos no âmbito domiciliar sejam interpretados como uma negligência dos pais ou responsáveis, mas, segundo depoimento de alguns entrevistados, esses eventos precisam ser estudados sob a ótica da dinâmica familiar para uma melhor compreensão do evento, como pode ser observado no trecho de entrevista abaixo:

“A gente sempre tem uma tendência a olhar e enxergar isso como uma situação de negligência. É negligência, isso é lógico, entretanto quando a gente vai compreender a dinâmica daquela família, a gente vê que é muito mais uma falta da condição, da estrutura, do que propriamente negligência. Então cadê a creche, pra mãe que vai sair e deixar o seu filho em segurança e não deixar o outro filho em situação de vulnerabilidade também? Eu acho que isso é o grande diferencial que existe quando vai uma instituição, na perspectiva da garantia do Direito, vai enxergar essa família.” Entrevistado 9

Sendo assim, pode-se inferir que o NUPAV prioriza a prevenção de VD em detrimento da temática de acidentes no município. Alguns entrevistados acreditam que deveria existir mais investimento na prevenção de acidentes, não implicando necessariamente que esse evento esteja relacionado com a VD para haver uma intervenção do Núcleo, conforme evidenciado nos discursos abaixo:

“A gente entende também que muitos dos acidentes domésticos, sobretudo com crianças, são acidentes que foram motivados por negligência, que é uma violência.” Entrevistado 5

“Acho que acidentes a gente está precisando se especificar, em especial contra criança e adolescente, idoso, a (violência) doméstica, em especial isso.” Entrevistado 8

“Não existe uma coordenação específica pra acidentes, eu acho que tem que partir do NUPAV (...) o gasto é muito grande. Você vê que o maior índice é queda, acidentes caseiros (...) só por falta de informação. (Eu) acho que a gente tem que olhar mais pra parte de prevenção de acidentes.” Entrevistado 11

De acordo com os trechos de entrevistas acima, observa-se que existe um reconhecimento, no discurso dos entrevistados, da necessidade do NUPAV trabalhar mais densamente a prevenção de acidentes no município. Contudo, verificou-se que o tema de acidentes não é trabalhado isoladamente nas qualificações profissionais e nem é considerado prioridade de atuação pela equipe do NUPAV, sendo esse tema inserido

recentemente na agenda de trabalho desse Núcleo, como pode ser verificado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“A gente trabalha com palestras em escolas. Só violência! E acidentes agora está entrando. Acidentes, a gente está pegando agora, essa questão de trânsito (...) sempre puxando pra questão preventiva. A gente vai abrir o primeiro seminário de acidentes de trânsito.” Entrevistado 5

“Então, uma das dificuldades nossa, agora atual, que seria esse plano em relação aos acidentes de trânsito (...) então, eu não tinha plano, não tinha nada (...) tenho que ver isso, então eu já fui tentando me articular com o pessoal do DETRAN pra dar treinamento pros meninos, porque eu não vou botar os meninos pra fazer sensibilização, oficinas de normas de circulação e conduta, de como se comportar (...) eles não tem essa especificidade, eu não treinei os meninos pra isso.” Entrevistado 8

Observou-se ainda que o NUPAV dispõe do apoio da ONG *Criança Segura* para promover capacitações junto à rede de saúde e a família, objetivando-se fornecer orientações sobre a adequação de um ambiente seguro contra quedas e acidentes, conforme pode ser examinado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“O pessoal da ONG *Criança Segura* capacitou a rede toda sobre como os ACS poderiam e podem [a gente vai fazer outro para o ano de novo] orientar as famílias de como, do ponto de vista arquitetônico, modificar a ambiência de móveis no lar, pra tornar o ambiente seguro pra criança. A tomada está protegida por um móvel, mesmo que a família seja pobre, não tenha aquelas coisinhas pra proteger, bote um móvel para ela (criança) não pegar. Por mais pobrezinha que seja (a casa), segura pra criança e pra idoso (...) esse trabalho, a gente (NUPAV) faz, fecha com a ONG *Criança Segura*.” Entrevistado 5

“A gente fez uma parceria muito legal com essa ONG (*Criança Segura*). Ela veio e ministrou palestras (...) e essas palestras têm que ir pras escolas, tem que reunir pais e mães (...)” Entrevistado 11

Compreende-se que a prevenção de acidentes domésticos revela-se uma tarefa imperativa e que o seu êxito depende muito do planejamento de medidas simples, da assimilação e aplicação da segurança domiciliar pelas famílias e comunidades (BRASIL, 2001; MALTA et al., 2007).

Enfatiza-se ainda a importância da atuação do profissional de saúde na prevenção de acidentes, através da realização de palestras educativas, sendo essas ministradas no momento das consultas, atendimentos e tratamentos hospitalares. No entanto, para o desenvolvimento dessa ação é necessário que os profissionais estejam devidamente capacitados para o enfrentamento da problemática (SANTOS; RAMIRES, 2010).

Sendo assim, as intervenções para a prevenção de acidentes domésticos devem ser construídas na base da sociedade (família, escola, unidades de saúde, igrejas, entre outros setores sociais), deixando de ser uma estratégia informativa e assumindo uma

abordagem participativa. Devendo as metas serem estabelecidas pelos sujeitos do processo e o profissional da saúde, que deve assumir um papel de mediador de reflexões e de ações de prevenção no contexto familiar.

Por fim, acredita-se que o profissional de saúde, no cuidado domiciliar, tem um papel de mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Nesse cenário, a família interage e define padrões de cuidado junto com a participação do setor saúde, que remete essas relações interpessoais entre profissionais e famílias (GOMES et al., 2007). Isso aponta para a segunda sub-categoria:

B) Necessidade de construção de parcerias para a redução de ocorrências de acidentes

Alguns entrevistados justificaram o envolvimento tardio do NUPAV na temática de acidentes, devido esse Núcleo utilizar-se da construção de parcerias como um mecanismo facilitador de obtenção de informações acerca da ocorrência de acidentes de trânsito. Assim sendo, identificou-se que o NUPAV obtém informações acerca dos episódios de acidentes ocorridos no município através de uma parceria firmada com o NUGEO (Núcleo de Geoprocessamento), o qual pontua os casos de acidentes de trânsito em aparelho de GPS (Sistema de Posicionamento Global) ocorridos no município, conforme pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“[NUGEO] pontua tudo, nossas ocorrências são pontuadas por GPS, então a gente sabe onde tem que intervir.” Entrevista 8

Decorrente da possibilidade de compartilhamento de dados sobre acidentes de trânsito através da construção de parcerias, alguns entrevistados acreditam que não existe necessidade do NUPAV envolver-se tão enfaticamente em estudos e pesquisas sobre esse tema, já que o NUGEO trabalha, especificamente, com essa linha de atuação no município, como pode ser constatado através dos relatos abaixo:

“A gente trabalha sempre em parceria (...) se o NUPAV começar a pontuar, georeferenciar os acidentes (...) se a gente tem alguém dentro da rede que faz isso, por que o NUPAV tem que fazer também?” Entrevistado 8

“A gente tem mais expertise pra violência, a gente discute muito mais violência do que acidentes.” Entrevistado 9

Acredita-se que o estabelecimento de parcerias seja uma possibilidade para suprir essa deficiência de recursos humanos, visto que a construção de parcerias implica em uma relação de troca entre as partes, ou seja, um deve oferecer ao outro algum serviço. E, para isso, o compartilhamento de informações é imprescindível para

possibilitar a complementação e a aproximação de conhecimento de áreas distintas (SILVA et al., 2007).

Do ponto de vista da necessidade de adequação da infra-estrutura do NUPAV e da escassez de funcionários habilitados para trabalhar os temas de violência e acidentes em um município com as dimensões de Olinda, compreende-se o imperativo de formação de parcerias por essa instituição para se realizar estudos mais detalhados acerca dessa problemática.

No entanto, uma reflexão relatada por apenas um entrevistado expõe que essas articulações são insuficientes para promover uma discussão do planejamento e realização de intervenções voltadas à prevenção de acidentes no município. Esse indivíduo acredita que deveria existir um aprofundamento do tema de acidentes junto com pais, responsáveis, gestores, professores e alunos da rede estadual e municipal de ensino. Além de promover um planejamento participativo, através de uma discussão mais ampliada e interligada com a participação da comunidade, como pode ser examinado através do depoimento abaixo:

“Eu acho que essa visão pra acidentes dentro do município, a gente poderia está mais intenso, não só está esperando o resultado de pesquisas (...) instalar um sinal, um semáforo (...) mas, a gente trabalhar mais nas escolas (...) unir comunidade. Então, a gente poderia voltar agora e construir mais coisas e vê a parte de acidentes, como fazer essa prevenção com crianças, com idosos, com mulheres gestantes. Entrevistado 11

Esse mesmo entrevistado ainda mencionou que o Núcleo deveria ter vínculos de intersectorialidade mais estreitos para a realização de palestras e capacitações e para se obter uma maior efetividade das ações de prevenção de acidentes no município. Devendo, portanto, focar mais na educação da população do que propriamente no cumprimento de um evento, conforme pode ser observado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Eu acho que a notificação de violência que o NUPAV realiza é muito importante nas unidades de saúde (...) eu acho que deveria existir um trabalho mais amplo na prevenção de acidentes. Eu acho que tinha que ter mais vínculos fechados de intersectorialidade. Eu acho o trabalho de prevenção a acidentes muito resumido do NUPAV.” Entrevistado 11

“As parcerias vêm dependendo da forma como a gente vai sistematizando o trabalho.”
Entrevistado 9

Outra questão analisada, quanto à necessidade de formação de parcerias, referiu-se a prevenção de acidentes com grupo de idosos. Observou-se que não existe um trabalho de integração do NUPAV com associações de idosos do município para idealizar ações de prevenção de acidentes nesses ambientes. Assim como não se

registraram atuação desse Núcleo nas linhas de transporte público coletivo do município. Deduz-se, portanto, que não são oferecidos capacitações e treinamentos, pela equipe do NUPAV, sobre a problemática de acidentes com idosos, para motoristas e cobradores dessas linhas de transporte, conforme pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“Nós temos 18 associações de idoso, quantas associações de idosos receberam visitas do NUPAV pra falar sobre acidentes? Na época que eu estive na coordenação do idoso, nenhuma. É muito idoso caindo. Nós temos duas linhas de transportes, quantas vezes nós fomos fazer capacitação pra motorista e cobrador de prevenção de acidentes?”
Entrevistado 11

Verificou-se também que o NUPAV encontra-se ausente na realização de ações para a prevenção de acidentes nos espaços de construção civil do município. A análise crítica do entrevistado apontou também para a necessidade de intersetorialidade do NUPAV com as equipes de segurança do trabalho das empresas construtoras de edifícios, mas que, efetivamente, essas articulações ainda não foram realizadas, conforme pode ser observado a partir do questionamento abaixo:

“Olinda agora está verticalmente crescendo, já que não pode mais assim, está verticalmente crescendo. Quantas vezes a gente foi em canteiro de obras fazer a campanha de prevenção de acidentes em obras? Quantas vezes a gente buscou parcerias com Secretaria, com segurança do trabalho, pra gente ir e fazer essa prevenção?”
Entrevistado 11

Segundo Deslandes & Lemos (2008), os NPVPS devem pautar a sua atuação na construção de intervenções através da intersetorialidade mais consistente e participativa com diversos setores. Devendo, portanto, levar informações sobre a prevenção de acidentes a grupos mais vulneráveis. Desse modo, a integração de NPVPS com campanhas federais, estaduais e municipais seria uma alternativa interessante para se obter resultados mais satisfatórios para a prevenção de acidentes, assim como para a construção de parcerias com ONGs.

Sendo assim, percebe-se a importância de se investir na prevenção de acidentes, uma vez que a reabilitação de sequelas das vítimas, advindas de acidentes, requer dos cofres públicos muitos investimentos, os quais poderiam ser minorados caso existisse uma prevenção mais veemente junto à sociedade sobre a problemática (RIBEIRO; BARTER, 2010). Esse cuidado especial a essas vítimas foi preconizado em 2001, através da Portaria nº 737, que institui a PNRMAV, a qual busca favorecer o alcance da independência do paciente dentro da sua nova situação (BRASIL, 2001).

Por fim, tendo-se como base a PNRMAV, que traz como diretriz o monitoramento da ocorrência de acidentes e violências, constatou-se que em Olinda existe um desmembramento dessas funções (MALTA et al., 2007). Sendo assim, o NUPAV detém-se como prioridade de sua atuação, na responsabilidade pela temática dos casos de VD ocorridos no município. À Secretaria de Defesa Social (SDS) cabe-lhe o acompanhamento das demais violências ocorridas na cidade e ao NUGEO compete-lhe pontuar as ocorrências de acidentes de trânsito do município. Isso aponta para a quinta categoria:

5.2.5 Articulações intra e intersetoriais como estratégia elementar para a notificação e prevenção da violência doméstica

Observou-se, através dos depoimentos dos entrevistados, que o NUPAV articula-se com diversos setores para estimular a notificação e prevenção dos casos de VD ocorridos no município. Vislumbrando-se a possibilidade de desenvolver a prevenção de Violência Doméstica em um sentido mais amplo, esse Núcleo trabalha, indiretamente, alguns temas transversais (assuntos que estão direta e indiretamente relacionados à violência doméstica) através dessas articulações intersetoriais. Percebeu-se ainda que existe uma relação dos assuntos abordados com a problemática da VD, como pode ser examinado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“O tema da violência e acidentes extrapola o meu raio de ação, extrapola o raio de ação da saúde (...) tudo que tem a ver violência, os temas transversais, que a gente sabe que de alguma forma se comunica e fomenta violência, fomenta acidentes, a gente puxa pro Núcleo, sim. Então, álcool e drogas, se você cuida disso, você está prevenindo acidentes e violência sim.” Entrevistado 8

“Porque todo o nosso trabalho, a maioria dele é articulado em parceria, a gente tenta manter mesmo uma boa integração (...) a gente fez em parceria com os Redutores de Danos.” Entrevistado 1

“A conversa dos redutores de danos, todos os dias, com a comunidade (...) vai prevenindo eles.” Entrevistado 12

Observou-se ainda, na fala de um entrevistado, o relato de uma situação onde assistentes sociais do NUPAV necessitaram, por meio de articulações intra-setoriais, realizar o diagnóstico e a abordagem de uma suspeita de uma paciente vítima de VD, como pode ser observado no depoimento abaixo:

“É, a gente não tem a perspectiva, por exemplo, de formação de grupos, de atendimento à população, a gente não tem, isso não é atribuição nossa, do Núcleo (...) não é

atribuição do Núcleo fazer atendimento individual a pessoas, mas até essa situação a gente já fez, de chegar numa determinada consulta, que a enfermeira não sabia como abordar aquele determinado assunto (...) não sabia e pediu pra a gente fosse lá, pra fazer essa conversa junto com a família. Então, até isso a gente já chegou a fazer, saindo um pouco da nossa atribuição, mas na perspectiva de dizer assim ‘ a gente está junto, se vocês tiverem dificuldade, a gente está aqui com vocês’. Assim como um fator motivador.” Entrevistado 9

Assim sendo, através de articulações intra-setoriais, a equipe do NUPAV interfere na dinâmica de trabalho das UBS e NASF do município. Essa questão assinala a primeira sub-categoria:

A) Visitas domiciliares e articulações intra-setoriais identificando violência doméstica

A articulação do NUPAV com as UBS e NASF é considerada, por alguns entrevistados, como uma estratégia significativa para promover a identificação da VD por meio de visitas domiciliares. Observou-se que a realização de palestras, pelos RD e ACS, nos domicílios e na área de recepção dos NASF e UBS permite orientar a comunidade sobre temas que estão intimamente ligados à VD, além de observar situações peculiares que denotem cenários de violência. Isso pode ser analisado no depoimento abaixo:

“Se você for ver a Redução de Danos de uma forma ortodoxa, fechada, rígida, você vai dizer que não era pra estar no NUPAV, era pra estar na Coordenação de Saúde Mental. Só que a gente não trabalha Redução de Danos de uma forma fechada, a gente trabalha especificamente cuidando também de temas transversais, todos os temas transversais e que digam respeito à prevenção da violência doméstica. Então, a gente vê o que o Consultório de Rua e Redução de Danos, se a gente for estruturar bem, a gente vê que é saúde mental. Então, a gente trabalha junto com a Coordenação de Saúde Mental, pra que o Consultório de Rua e a parte de Redução de Danos, ela também esteja fomentando, também esteja atuando de forma preventiva pra acidentes e violência.”
Entrevistado 8

Outra articulação intra-setorial realizada pela equipe do NUPAV para identificação da VD encontra-se no monitoramento das UBS, no qual existe a oportunidade de identificar peculiaridades e vulnerabilidade de famílias e comunidades às situações de violência. Possibilitando ‘rastrear’ famílias e grupos que apresentam um histórico de atitudes e ações que podem ser consideradas violentas ou que denotem negligência, além de permitir a identificação de eventos pontuais de VD. Isso pode ser observado nos trechos de entrevistas abaixo:

“A gente trabalha nessa perspectiva da vigilância (...) o que a gente faz é vigilância dentro das comunidades.” Entrevistado 9

“Todos nós trabalhamos articulados (...) estamos todos dentro da vigilância.”
Entrevistado 8

Através do monitoramento da violência permite-se identificar as unidades silenciosas do município, ou seja, aquelas que não estão notificando os casos de VD acontecidos na sua área de abrangência. A partir da constatação de que existe uma subnotificação nessas UBS, a equipe do NUPAV procura identificar e debater as causas que estão impedindo o profissional de saúde de trazer a informação da VD, conforme pode ser visualizado através do depoimento abaixo:

“Eu acho que há uma subnotificação imensa em relação à violência. Pro NUPAV, pra gente fazer o monitoramento no sentido do acompanhamento das unidades que ainda estão silenciosas. Então, quando chega e vê ‘ah, foram notificadas tantas notificações’, a gente sabe que tem 59 equipes, mas dessas notificações, somente 3 equipes estavam notificando e essas outras. Não teve violência lá? Claro que teve. Então, o que é que está acontecendo que esse pessoal não está notificando? Entrevistado 8

Acredita-se que a identificação da violência intrafamiliar pode ocorrer por meio da visita domiciliar desde que o profissional seja capacitado para isso. Ressalta-se ainda que essa capacitação deve se voltar para prevenir, reconhecer e saber como intervir diante da situação de violência, bem como promover a notificação dos casos, sugerindo a ampliação da discussão sobre a temática por meio de novas investigações (MALTA et al., 2007).

Deslandes & Lemos (2008) enfatizam que os núcleos municipais de prevenção da violência são responsáveis por qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo em situações de violência. Acrescentam ainda que a capacitação de profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com pólos de educação permanente sejam capazes de realizar a integração local e regional entre as equipes de trabalho.

Segundo Schmaller et al. (2008), a viabilização das notificações encontra-se na necessidade de realizações de capacitações para os profissionais de saúde através de articulações com atores da rede municipal de saúde, profissionais do PSF, professores da rede municipal e estadual de ensino, técnicos e profissionais da assistência social, CT e sociedade civil organizada nos municípios e comunidades saudáveis.

Entende-se que, o reconhecimento de situações de VD pelo profissional de saúde é um fator primordial a realização de encaminhamentos e tratamento adequado das vítimas e agressores. Sendo assim, o instrumento da notificação deve dar início a um processo que se caracteriza muito mais como assistência e auxílio do que como punição (SALIBA et al., 2007). Essa abordagem aponta para a segunda sub-categoria:

B) Articulação com Rede de Retaguarda facilitada pela ficha-resumo

Verificou-se que a coleta de dados, por meio das fichas de notificação da VD nas UBS, permite ao NUPAV articular-se com a Rede de Retaguarda (CT; MP), através da ficha-resumo confeccionada por esse Núcleo. Essas entidades recebem as informações dessas violências sem necessariamente adentrarem os espaços de ocorrência, facilitando, assim, a atuação desses órgãos de proteção às vítimas, como pode ser verificado nos relatos abaixo:

“Ao invés de um técnico, de uma equipe do Conselho Tutelar sair para aquela área e vê, já existem técnicos ali capacitados e com poder de notificar e diz assim: ‘aqui está acontecendo isso’, então o NUPAV filtra e encaminha.” Entrevistado 2.

“A gente tem uma relação de aproximação com essas entidades (Conselho Tutelar e Ministério Público).” Entrevistado 9

À medida que a equipe do NUPAV informa-se a respeito do destino final ofertado aos episódios de VD, as assistentes sociais do Núcleo retornam as unidades de saúde repassando essas informações, que por sua vez funcionam como fatores de estímulo à realização da notificação de VD pelos profissionais das UBS, como pode ser observado a partir da seguinte afirmação:

“O município também ganhou esse estreitamento de laços com os outros entes (...) Hoje, a gente discute com o Promotor casos, faz estudo de casos com o Promotor. A gente faz estudo de casos com o Conselho Tutelar. Começou isso agora. A gente tem, pelo menos uma vez no ano, os casos todos que o Ministério Público mandou. A gente pára para ver o que foi solucionado, o que não foi, como é que foi. Porque a gente gostaria de ter essa contrapartida, a gente está buscando agora isso: que o Ministério Público e o Conselho Tutelar informem os casos que a gente mandou, quais foram os encaminhamentos. Pra poder a gente informar a ponta, pra motivá-los a fazer mais.” Entrevistado 5

Buscando-se facilitar a atuação das entidades de proteção, o NUPAV articula-se com casa-abrigo às vítimas de VD, viabilizando vagas para o acolhimento de indivíduos que necessitam abandonar seu ambiente domiciliar. Entretanto, verificou-se que não existe um espaço de resguardo a vítimas de VD em Olinda, identificando-se a existência de articulação da equipe do NUPAV com uma casa-abrigo do Recife para sanar essa deficiência, como pode ser verificado através do depoimento abaixo:

“Com um número absurdo de mulheres agredidas, Olinda não tem nenhuma casa-abrigo. A gente tem quatro vagas na casa-abrigo de Recife, cedidas. Por quê? Porque existe uma sintonia dos poderes. Para o ano, muda, tem eleição, se lá ganhar uma linha política que seja contrária, a gente perde essas quatro vagas.” Entrevistado 5

Sendo assim, observou-se que ficha-resumo vai informar que o que é de competência da saúde foi realizado e que o que não é de competência da saúde – que é

intervir na questão das relações interfamiliares e na proteção da vítima de VD – essa ficha vai facilitar a atuação dessa Rede de Retaguarda, constituindo-se em uma importante articulação para o enfrentamento da violência, conforme pode ser verificado no trecho de entrevista abaixo:

“O grande ganho que a gente teve, fazendo parte dessa composição, dessa rede de retaguarda foi conseguir dar possibilidade da pessoa ter aquela situação de violência cessada, olhada por uma outra instituição (...) resolução.” Entrevistado 9

Por meio da PNRMAV houve uma ampliação da responsabilidade do setor de saúde sobre o tema das violências, que era anteriormente restrito aos foros policiais e judiciários. Sendo assim, essa Política constitui-se no principal parâmetro de análise e avaliação das respostas do SUS às demandas criadas por violências no poder judiciário (BRASIL, 2001; LEWGOY et al., 2005).

No entanto, Minayo & Deslandes (2009) revelam que, por denotar a integração de várias instâncias, exigindo ações interdisciplinares, multiprofissionais e multissetoriais, a PNRMAV encontra um grande desafio para a sua implementação. A importância dessa política encontra-se, portanto, na estruturação e na articulação intersetorial, visto que aponta para uma diretriz de prevenção e promoção de ambientes saudáveis como uma grande questão para a redução da morbimortalidade desses agravos.

Compreende-se que a formação de uma rede de atendimento e proteção às vítimas visa impedir a produção e reprodução da violência, devendo sensibilizar e instrumentalizar a população para enfrentar o fenômeno, além de estabelecer articulação entre vários serviços da comunidade (creches, escolas, postos de saúde, casas de acolhimento, CT, MP, entre outros setores) (SCODELARIO et al., 2004). Isso aponta para a terceira sub-categoria:

C) Apoio das escolas na notificação da violência doméstica

Analisando-se a construção de parcerias existentes com o NUPAV, verificou-se que esse Núcleo articula-se com escolas da rede municipal e estadual de ensino, por meio de parceria com o Programa de Saúde nas Escolas (PSE). Através desse acordo, o NUPAV idealiza a inclusão de escolas como possíveis unidades notificadoras de casos de VD para que haja, futuramente, uma maior participação e integração do Núcleo com escolas, comunidades, famílias e gestão municipal, conforme evidenciado nos discursos abaixo:

“Em um determinado momento, a Educação teve a necessidade, através do Programa de Saúde na Escola, (...) de fazer com que as pessoas que faziam a composição desse programa conhecessem um pouco mais a respeito da temática da violência, na perspectiva de que, um dia também, a escola seria uma unidade notificadora de casos de violência pra o Conselho Tutelar.” Entrevistado 9

“O Programa Saúde na Escola, a gente (o NUPAV) trabalha bem juntinho, a gente vai pra dentro das escolas, trabalhar a prevenção da violência, os temas transversais todos: DST-AIDS, álcool e drogas, tudo.” Entrevistado 8

Compreende-se que o trabalho na área da prevenção da violência, contra crianças e adolescentes, requer articulações intersetoriais que atuam de modo coordenado, cujas ações tornam-se mais eficazes quando promovidas por um conjunto de instituições. Nesse sentido, a notificação coloca para fora dos limites do serviço de saúde o problema ali detectado e convoca parcerias, cuja ação tem-se mostrado imprescindível na prevenção desse fenômeno (SILVA et al., 2007;).

Percebeu-se, assim, que a intersectorialidade de ações promovidas pelo NUPAV permite que haja uma intervenção na problemática da violência em uma governabilidade que extrapola o setor Saúde. Dessa maneira, a responsabilidade da Saúde recai sobre os cuidados básicos de saúde (tratamento do ferimento, do trauma e das sequelas - reabilitação), o encaminhamento para uma atenção especializada (psicólogo, terapeuta ocupacional, psicanalista, entre outros serviços) e o acompanhamento da dinâmica familiar, que apresentou a ocorrência (SCHMALLER et al., 2008). A atuação nesses diversos setores requer a formalização de muitas articulações, remetendo assim para a quarta sub-categoria.

D) Outras articulações intersetoriais promovendo saúde para as vítimas

Verificou-se, no depoimento dos entrevistados, a necessidade de construção de articulações intersetoriais para se promover saúde nas vítimas de VD, conforme pode ser examinado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“Tudo é um conjunto, como se fosse um quebra-cabeças que cada um vai montando juntinho. Cada espaço daqui monta o NUPAV e o NUPAV já é um organograma, já monta com outros, enfim, vai montando a saúde de Olinda.” Entrevistado 1

“Se um não fizer a sua parte, a gente não funciona.” Entrevistado 7

“A gente precisa está articulado não só com a policia, mas com todos os órgãos de uma forma geral, tem que está articulado com a Justiça, com a Assistência Social, porque é quem vai dar a retaguarda.” Entrevistado 8

“A gente trabalha todo mundo junto. Um completa o outro (...) o que é que a gente pode está trabalhando junto.” Entrevistado 6

Schmaller et al. (2008) acreditam que o enfrentamento da violência é resultado de ações intersetoriais e interdisciplinares, as quais são importantes para promover alterações nos determinantes e condicionantes econômicos, políticos, culturais e sociais da população. Para esses autores, as múltiplas causas e fatores, intrínsecas ao fenômeno da violência, demandam da gestão intervenções (assistência judicial, acompanhamento psicológico, segurança pública, emprego e renda, programas e projetos sociais) que vão além de procedimentos terapêuticos e de assistência médica.

A PNRMAV pontua que a gestão integrada e articulada com o interesse social coletivo constitui-se em uma ferramenta essencial para o enfrentamento da violência, destacando-se que o desenvolvimento de ações intersetoriais é uma alternativa eficaz à notificação e prevenção da ocorrência de violência (BRASIL, 2001). A RNPVPS acrescenta ainda que cabe aos núcleos municipais, promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, ao vislumbrar-se o setor Saúde como um dos responsáveis por zelar pela integridade das pessoas percebe-se que a construção de informações e articulações intersetoriais, para intervenções e redes de atenção às vítimas de VD, encontram respaldo na Portaria GM/MS nº 936/2004, a qual veio viabilizar medidas integrativas através da estruturação da RNPVPS. Através dessa Rede, a criação de NPVPS foi instituída nos municípios, dentre esses o NUPAV deve inserir-se em Olinda para ser um agente interferente e transformador das relações violentas abrangendo sua atuação para o âmbito da Promoção da Saúde, já que integra a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (BRASIL, 2004).

Por fim, a compreensão da violência e acidentes sob a perspectiva da violência doméstica, permite inferir que essa concepção promove articulações intra e intersetoriais e, paulatinamente, vai mudando a conduta dos profissionais de saúde da Atenção Básica no município saudável de Olinda.

5.3 EIXO TEMÁTICO: REFLEXÕES ACERCA DA NECESSIDADE DE INTERSETORIALIDADE PARA O PLANEJAMENTO E REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a proposição conceitual estabelecida no quadro teórico desse

estudo, associada às reflexões assinaladas pelos entrevistados em relação ao planejamento e realização de ações de promoção da saúde, verificou-se que a atuação do NUPAV acontece de forma indireta, mediante a construção de uma rede de intersetorialidade.

Assim, através da formação de articulações, o NUPAV trabalha temas que estão direta e indiretamente relacionados com o incremento da violência, em especial a VD, mas que têm relação com o desdobramento da Promoção da Saúde. Esse acesso da população à informação, por meio do desenvolvimento de atividades de educação em saúde, é considerada uma condição significativa para o incremento da Promoção da Saúde no município.

Dessa maneira, percebeu-se que, mediante a formação de parcerias, diversos grupos sociais do município são alcançados pela equipe do Núcleo, tais como: usuários de drogas em situação de rua; hipertensos, diabéticos e outros indivíduos portadores de doenças crônicas; estudantes de escolas públicas; entre outros sujeitos.

Outra questão analisada refere-se à ênfase dada, pelos entrevistados, à promoção da cultura de paz, sendo relatada como uma intervenção que deve estar presente em todas as atividades realizadas pelas equipes. Além disso, foi estudado também o estímulo ao envolvimento da comunidade para a realização de atividades de Promoção da Saúde como uma condição fundamental para Olinda solidificar-se como um Município Saudável, membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis.

Com isso, esse eixo estruturou-se com a finalidade de se refletir acerca da importância da intersetorialidade, fomentada pelo NUPAV, para o planejamento e realização de ações para Promoção da Saúde.

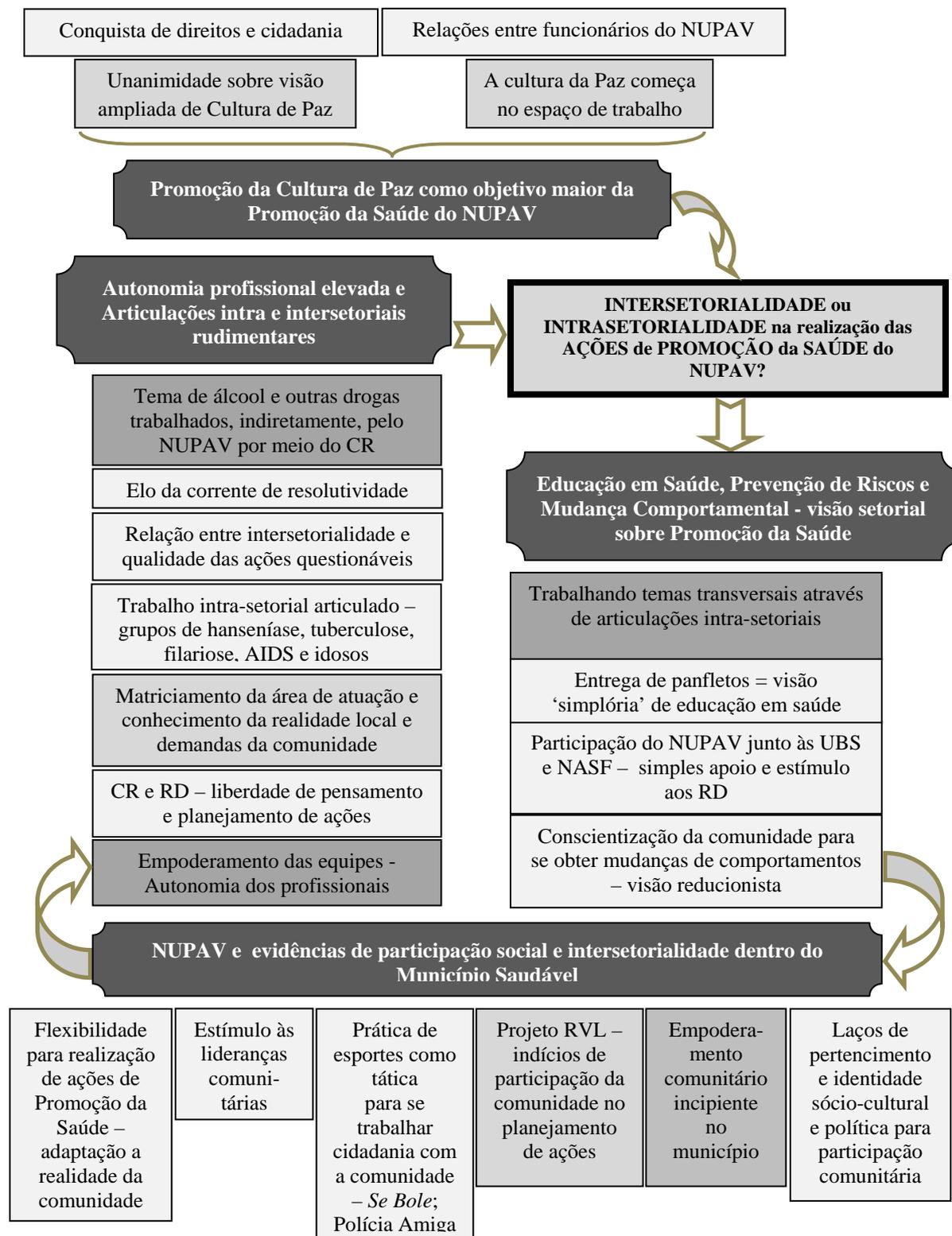
Sendo assim, a partir da análise das considerações feitas pelos entrevistados surgiram algumas categorias, que serão abordadas detalhadamente após a apresentação do esquema didático referente à análise desse eixo temático.

Esse eixo temático é aquele que analisa a relação do NUPAV e o município de Olinda enquanto membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. Dessa forma, todos os questionamentos e respostas remetem a essa condição. Considerando que o movimento por “Municípios Saudáveis” está alicerçado em Participação social e Intersetorialidade, as categorias relatadas no corpo do estudo referem-se fundamentalmente a esses pilares que são a base do conceito da agenda de Municípios Saudáveis. Ver figura 5.

As categorias que emergiram desse eixo foram:

- 1) Promoção da Cultura de Paz como objetivo maior da Promoção da Saúde do NUPAV
- 2) Educação em saúde, Prevenção de Riscos e Mudança Comportamental – visão setorial sobre Promoção da Saúde
- 3) NUPAV e evidências de participação social e intersetorialidade dentro do Município Saudável
- 4) Autonomia profissional elevada e Articulações intra e intersetoriais rudimentares

Figura 5. Esquema didático das categorias oriundas do eixo temático: Reflexões acerca da importância da intersectorialidade para o planejamento e realização de ações para a Promoção da Saúde⁴⁵



⁴⁵ Diferentes intensidades de sombreado foram utilizadas com a finalidade de enfatizar a força argumentativa das categorias e subcategorias trabalhadas durante a análise dos dados.

5.3.1 Promoção da Cultura de Paz como objetivo maior da Promoção da Saúde do NUPAV

Observou-se que a promoção da Cultura de Paz é defendida, pela maioria dos entrevistados, como uma ação que precisa ser desenvolvida em todas as atividades, seja em ações de promoção da saúde ou de prevenção da violência e acidentes. Essa questão aponta para a primeira sub-categoria:

A) Unanimidade sobre visão ampliada de Cultura de Paz

Para os entrevistados, o conceito de Cultura de Paz adotado tem como base o entendimento do suprimento das necessidades sociais dos indivíduos. Essa ponderação enfatiza que a Cultura de Paz não é somente a ausência da violência, mas é a consequência da **conquista de direitos e cidadania** pela população, como pode ser examinado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Eu acho que em todas as ações do Núcleo, seja de prevenção à violência, de promoção à saúde, o que for, ele (o NUPAV) está visando a Cultura de Paz. Não adianta eu dizer ‘seja gentil’, quando você tem outras necessidades maiores. Então, eu acho que tudo no Núcleo é visando sim (a Cultura de Paz); eu acho que o objetivo maior nosso é a cultura de paz, sim. Então, pra viver Cultura de Paz tem uma porção de outras coisas que precisam funcionar bem, senão você não vai estar em paz. Não tem como estar em paz com fome, não tem como estar em paz com dor, não tem como está em paz apanhando. Eu não acredito em paz de prato vazio, eu não acredito em paz sem educação.” Entrevistado 8

“(Cultura de Paz) é nessa relação de ver o outro na totalidade como um ser humano (...) garantindo direitos, que a gente tem que fomentar.” Entrevistado 5

Observou-se ainda que a identificação, por ACS e RD durante as visitas domiciliares, de situações que denotem comportamentos não condizentes com o cumprimento da garantia dos direitos humanos, proporciona ao NUPAV dispor de informações das micro-áreas, comunidades e territórios, como pode ser verificado no depoimento abaixo:

“Se a gente começa a trabalhar essa família, de uma forma de garantia de direito, de não violência em relação às pessoas que estão em formação naquela determinada família, a gente tem uma possibilidade, de ter um resultado dessa mudança de comportamento (...) Quando a gente fala de promoção, a gente fala nesse foco pequeno, que é comunidade, que ultrapassa até a comunidade, que é território.” Entrevistado 9

A UNESCO (2000 apud BRASIL, 2009) define a Cultura de Paz como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida que está baseado no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Esse documento ainda afirma que articulações propiciam o fomento da

paz entre pessoas, grupos e nações, podendo representar-se como uma estratégia política para a transformação da realidade social. Assim, através da promoção da Cultura de Paz, vislumbra-se a possibilidade de desenvolvimento da educação para o exercício da cidadania, que segundo Milani (2000) citado por Dusi (2006), o termo *cidadania* é definido como

uma postura individual caracterizada pelo exercício consciente de seus direitos e deveres, pela participação ativa no processo de busca de melhorias coletivas e pela responsabilidade para com tudo o que afeta a sua vida e/ou as vidas de outras pessoas. (p. 44)

O conceito de paz, por vezes, foi abordado na literatura em seu sentido negativo, traduzindo-se em um estado de não-guerra, em ausência de conflito, em passividade e permissividade, sem apresentar um dinamismo próprio. No entanto, em uma concepção positiva do termo, a paz não é o contrário da guerra, mas a prática do diálogo na relação entre pessoas, a postura democrática frente à vida, que pressupõe a dinâmica da cooperação planejada e o movimento constante da instalação de justiça (SCHMALLER et al., 2008; BRASIL, 2009).

Compreende-se que esse conceito ampliado da Cultura de Paz, abordado pelos entrevistados, aponta para a perspectiva de desenvolvimento da Promoção da Saúde no município saudável de Olinda. Essa questão avança para a segunda sub-categoria:

B) A Cultura de Paz começa no espaço de trabalho

Para que os profissionais pudessem trabalhar a Cultura de Paz junto às famílias e comunidades, observou-se que o estímulo à Cultura de Paz inicia-se na construção das **relações entre os funcionários do NUPAV**, por meio das suas atividades cotidianas. Sendo a Cultura de Paz compreendida como o respeito às diferenças, a tolerância e a boa convivência não somente com o grupo de trabalho do Núcleo, mas também com todos os relacionamentos estabelecidos entre indivíduos nos seus espaços de convivência, conforme pode ser examinado através dos depoimentos abaixo:

“(Cultura de Paz) é uma cultura de respeito, sobretudo as diferenças e a tolerância, e boa convivência com o grupo. Cultura de paz quer dizer o seguinte: não à violência nenhuma contra ninguém. Eu tenho que ensinar ao meu filho a respeitar o outro e ponto. Não é respeitar porque é mulher, nem porque é criança, nem porque é deficiente, nem porque é idoso, nem porque é homossexual. Respeitar porque é um ser humano, tem que ser respeitado.” Entrevistado 5

“(Cultura de Paz) é você trabalhar todos os âmbitos; é você está ligado em todos os movimentos, do que possa vim a ser gerado com relação a alguma coisa desconfortável (...) quando eu digo coisas ruins, coisas danosas, que vai, muitas vezes, de uma verbalização um pouco mais agressiva e desrespeitosa até um ato em si; você chegar e dar um ‘tapão’. Por que você tem que brincar com alguém dando tapa? Por que você

não pode apertar a mão, por que você não pode abraçar ele? É está sempre atento e enxergar todo esse movimento que possa vim a ocasionar algum tipo de violência. ‘Esse comportamento de violência que você está querendo ter, vai gerar mais violência e isso vai voltar para você’ (...) está sempre atento e enxergar todo esse movimento que possa vim a ocasionar algum tipo de violência.’ Entrevistado 4

‘‘A gente tem o respeito com o trabalho do outro (...) quando o outro não está tão bem, a gente chega sutilmente pra falar.’’ Entrevistado 1

Sob essa perspectiva, verificou-se que a Cultura de Paz do NUPAV inicia-se no ambiente de trabalho. Sendo compreendida como uma ação que precisa ser desenvolvida cotidianamente, devendo ser retroalimentada o tempo inteiro, como pode ser verificado no relato de entrevista abaixo:

‘‘Cultura de Paz não se ensina, se vive. Então, é paz em ação. Cultura de Paz você vive. Cultura de paz, num momentinho que você não retroalimentar aquilo, essa coisa se perde. E aí, a gente vai começar a ter problema ali. É algo que precisa ser retroalimentado todo o tempo.’’ Entrevistado 8

Dessa maneira, verificou-se ainda que o desenvolvimento do autoconhecimento e autocontrole, pelos profissionais, é considerado um fator preponderante ao desenvolvimento da Cultura de Paz, tanto no ambiente de trabalho quanto em espaços distintos desse, conforme pode ser observado através dos depoimentos abaixo:

‘‘Cultura de paz é você está em paz com você mesmo. Você não consegue passar a paz se você num está em paz com você mesmo. Eu acho que se você não tiver isso, é meio contraditório.’’ Entrevistado 4

‘‘Porque quando você está um pouco ‘melhorzinho’, você se sente bem melhor, então você começa a poder ver as pessoas de uma forma diferente, você começa a desenvolver paz. Até porque Cultura de Paz vai além da ação. Eu acho que Cultura de Paz é a forma como você vive (...) rever valores, rever formas.’’ Entrevistado 8

Em conformidade com as opiniões dos entrevistados, acredita-se que a Educação para a Paz deve estar presente em ‘‘todas as palavras, todas as atitudes, todos os momentos de todos os dias’’. Constituindo-se em uma atividade habitual e arraigada as atividades cotidianas, ou seja, a Cultura de Paz deve estar pautada nos valores humanos, passando do estado de intenção para o exercício da ação, transformando-se concretamente em atos (FRANCO DE SÁ, et al., 2008).

Compreende-se que o trabalho em prol da promoção de uma Cultura de Paz implica em um processo de transformação individual e social, requerendo ações em níveis micro e macro. A atuação a nível macro instiga a repensar os processos sociais, a definir estratégias de mudanças coletivas e a criar políticas públicas, estruturas institucionais e programas educativos condizentes com os valores da paz. Já a idealização de ações a nível micro implica-se em transformações intra e inter-

relacionais, envolvendo valores, atitudes, estilos de vida e estímulo a ações pacíficas nas relações cotidianas (SANTOS; RAMIRES, 2010).

Com isso, percebeu-se que o investimento do NUPAV na promoção da Cultura de Paz é uma ação promissora para o desenvolvimento da Promoção da Saúde no contexto do município saudável de Olinda. Uma vez que o processo educativo, voltado à construção da Cultura de Paz, abrange perspectivas integradas focadas na identificação de estratégias que viabilizem a sua efetivação na prática cotidiana, o que se observa, de forma incipiente, na atuação da equipe profissional do NUPAV (DUSI, 2006).

5.3.2 Educação em Saúde, Prevenção de Riscos e Mudança Comportamental – visão setorial sobre Promoção da Saúde

De acordo com as reflexões apontadas, pelos entrevistados, em relação ao planejamento e a realização de ações, verificou-se uma abordagem médica tradicional na avaliação de intervenções de saúde, apontando-se para a perspectiva reducionista e setorializada no NUPAV. Essa visão visa medir quantitativamente o impacto sobre a saúde particular e mudanças individuais de comportamentos, conhecimentos e atitudes, o que parece não refletir de forma adequada que a Promoção da Saúde deseja alcançar. Isso remete a primeira subcategoria:

A) Trabalhando temas transversais através de articulações intra-setoriais

Por meio da formação de parcerias com os profissionais das UBS, dos NASF e do PRD e articulando-se com os programas PSF e PSE, o NUPAV, o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, junto à comunidade e às escolas da rede pública de ensino, ocorre principalmente através de palestras sobre temas transversais a violência. Percebeu, na fala dos entrevistados, que os redutores de danos ministram palestras e entregam panfletos auto-explicativos para pacientes das unidades de saúde, nos momentos que antecedem as consultas clínicas. Isso pode ser examinado nos trechos das entrevistas abaixo:

“A gente dá mais suporte ao PSE e à Unidade de Saúde.” Entrevistado 6

“As assistentes sociais, elas fazem muitas atividades de reunião com o pessoal dos postos de saúde, faz com escolas.” Entrevistado 3

“A gente trabalha com palestras em escolas.” Entrevistado 5

“O Programa Saúde na Escola, a gente trabalha bem juntinho, a gente vai pra dentro das escolas trabalhar os temas transversais todos.” Entrevistado 8

“A gente vai lá (no NASF), chegou na unidade, tem pessoas esperando pra ser atendida pelo médico ou qualquer outro (profissional) (...) Então, a gente vai chegar lá, e ‘hoje’ o tema é DST; então, a gente leva o panfletinho de DST, camisinha e começa a explicar para aquelas pessoas o que é (...) dá aquela explanada.” Entrevistado 12

Esses temas versam sobre o uso de drogas, formação de grupos e comparação social, AIDS, tabagismo, câncer, além de temas relacionados à cidadania, direitos humanos, valores, diversidade cultural, tolerância, dentre outros.

Franco de Sá & Moysés (2009) relacionam o tema saúde e educação sob a perspectiva da RPMS, a qual busca fortalecer a administração municipal por meio da capacitação de gestores e população para que esse envolvimento proporcione melhorias na qualidade de vida, auto-estima, capacidade, competência e busca de empoderamento.

Dessa forma, percebe-se que a forma como o NUPAV trabalha os temas transversais no município, através de articulações intra-setoriais e sem um aprofundamento nas discussões com o público das unidades de saúde, aponta para a perspectiva reducionista e setORIZADA das intervenções em saúde. Essa questão abaliza a segunda sub-categoria:

B) Entrega de panfletos – visão ‘simplória’ de educação em saúde

Nessa conjuntura de crítica da educação em saúde realizada nos serviços de saúde, apreciou-se um questionamento profundo, relatado por apenas um entrevistado, acerca da realização de ações de promoção da saúde, em que se priorizem a entrega de panfletos sem um aprofundamento dessa ação como sendo um método questionável para o desenvolvimento da promoção da saúde, conforme pode ser observado através do trecho de entrevista abaixo:

“Até que ponto cumprir uma ação é que realmente ela tenha sido exitosa? Até que ponto entregar um panfleto é uma promoção à saúde?” Entrevistado 11

O questionamento acima aponta para a visão ampliada da Promoção da Saúde que norteia a Rede de Municípios Saudáveis de Pernambuco. Segundo a concepção de Hancock & Duhl (1988) citado por Akerman & Malo (2006), uma cidade saudável fortalece os recursos comunitários para possibilitar às pessoas uma melhoria na sua qualidade de vida, sendo comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos.

Medeiros & Franco de Sá (2008) ressaltam a importância dos governos locais para o estabelecimento de condições para a saúde, por interferirem nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, através do empoderamento comunitário, participação social e planejamento urbano.

Com isso, a partir da fala de apenas um entrevistado, observou-se que existe uma possibilidade de reorientação do modelo médico-assistencial adotado pelo NUPAV a partir da concepção ampliada desse discurso. Entretanto, a realidade das ações de Promoção da Saúde no contexto do município saudável ainda precisa ser mais discutida com a equipe de profissionais que compõe o NUPAV, para enfim se expandir para as unidades de saúde, NASF e demais serviços de saúde do município.

C) Participação do NUPAV junto às UBS e NASF – simples apoio e estímulo aos Redutores de Danos

Percebeu-se que a participação do NUPAV junto as UBS e NASF encontra-se no apoio e estímulo ofertados aos RD, promovendo a integração desses profissionais às atividades das ESF. Facilitando, assim, a atuação e articulação das equipes dentro das unidades de saúde, conforme pode ser examinado através do depoimento abaixo:

“Muita gente não aceitava o redutor de danos dentro da unidade de saúde. Então, foi uma dificuldade enorme pra gente (RD) poder entrar mesmo dentro da unidade de saúde (aceitação nas unidades de saúde). Então, no NUPAV, quando a gente tinha essas dificuldades a gente trazia pra cá; a gente traz pra cá, na verdade, em reunião; e daí se vê maneiras de tentar fazer com que o redutor de danos seja aceito nessas unidades de saúde. Quando a gente tinha muitas dificuldades, os antigos coordenadores iam com a gente até a unidade de saúde, fazer aquela reunião em grupo, e apresentava qual era o trabalho da gente, que a gente vinha pra somar, pra tentar ajudar essas pessoas.”
Entrevistado 6

Em contra-partida, o RD funciona para o NUPAV como um ‘captador de informações’ sobre a população adstrita as UBS, ou seja, abrindo campo de atuação para o Núcleo. Os redutores de danos funcionam como um elo entre o Núcleo e as UBS, visando-se manter o grupo coeso e facilitar a atuação do NUPAV durante a realização das qualificações profissionais e/ou reuniões com os profissionais da ESF, além de proporcionar a instalação de vínculos com a comunidade e a UBS, conforme pode ser observado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“Então, junto com o pessoal daqui do NUPAV, a gente foi abrindo essas portas. Então, o pessoal do NUPAV quando chega na Unidade de Saúde, que precisa fazer alguma reunião, diz: ‘olha, o redutor de danos de tal área, vamos embora pra aquela Unidade de Saúde’. Então, a gente consegue manter o pessoal junto e fazer essas atividades de campo.” Entrevistado 6

“Atualmente os nossos redutores estão sendo treinados, o tempo inteiro, pra abrir campo.” Entrevistado 8

Verificou-se ainda que a efetivação de ações integradas de abrangência ampliada no município acontece com uma frequência relativamente baixa. Sendo relatada, pelos entrevistados, a realização de apenas duas campanhas educativas, que requereram do

NUPAV a formação de articulações com diversos parceiros, sendo efetuada uma Campanha de Carnaval sobre Acidentes de Trânsito e uma ação contra Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Isso pode ser examinado nos depoimentos abaixo:

“Um exemplo de um trabalho em conjunto que a gente fez foi Campanha de Carnaval pra evitar Acidentes de Trânsito – beber e não dirigir. Isso também é uma ação de Redução de Danos, a gente fez em parceria com os Redutores de Danos. Outra ação também foi contra a Violência e Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes, a gente fez junto essas ações maiores (...) mas não é que todo o dia vá fazer um trabalho em parceria não.” Entrevistado 1

“A rede de saúde junto com as outras Secretarias (...) então assim, Semana de Trânsito, o Consultório de Rua junto com a Secretaria de Saúde, junto com a Redução de Danos, juntos, em prol de uma ação do Governo do Estado. O NUPAV está ali mostrando a sua cara, de que forma? Numa campanha de trânsito que de repente mostra: ‘se beber não dirija’, de uma forma super tranqüila.” Entrevistado 2

“Com o pessoal da violência, a gente só teve a oportunidade de está todo mundo junto, com todo mundo mesmo: o pessoal do Hiperdia, o pessoal de violência, foi numa ação contra o Abuso e Exploração Sexual de Criança e Adolescente.” Entrevistado 12

De acordo com Deslandes & Lemos (2008), os núcleos municipais são responsáveis por promover e participar de políticas e ações intersetoriais que primem pela Promoção da Saúde por meio da qualificação e articulação da rede de atenção integral aos segmentos populacionais mais vulneráveis.

Schmaller et al. (2008) percebem a realização de ações de Promoção da Saúde de forma contínua, devendo incorporar programas e políticas setoriais que visem recriar coletivamente abordagens intersetoriais e interdisciplinares para se agir em fenômenos complexo e multifatorial como a violência.

Desse modo, percebe-se que a participação do NUPAV junto às UBS e NASF para o desenvolvimento de atividades, não corresponde a abordagem ampliada da Promoção da Saúde por não enfatizar a participação social nesse processo e nem a intersetorialidade, antes prima por construção de parcerias e articulações intra-setoriais, oferecendo apoio e estímulo aos redutores de danos.

D) Conscientização da comunidade para se obter mudanças de comportamentos – visão reducionista

Observou-se, nos relatos das entrevistas, que o acesso à informação pela população desenvolve-se no município, por meio do NUPAV, como uma possibilidade para se obter mudanças de comportamentos dos indivíduos nas comunidades. Ou seja, através da realização de palestras, campanhas educativas e entrega de panfletos, observou-se que alguns entrevistados nutrem a esperança de se conscientizar a

comunidade por meio dessas ações, como pode ser observado através dos depoimentos abaixo. Nota-se também a visão de Promoção da Saúde afeita à visão epidemiológica de prevenção de riscos:

“Promoção da saúde é levar informações à população no reconhecimento de comportamentos de risco. No meu ponto de vista, promoção da saúde é a gente ir em algumas áreas, que a gente atende os moradores, levando informação, relacionando a algum tipo de doença ou algum tipo de situação ou algum tipo de comportamento de risco (...) estou instruindo.” Entrevistado 4

“É importante que a gente passe a informação e aí eu vou estar consciente que a informação está sendo dada para essas pessoas.” Entrevistado 12

“A gente fez uma mobilização de rua e pensamos ‘vamos fazer uma parceria com o pessoal de Política Social, pra chamar os meninos do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, pra fazerem essa mobilização com a gente’. A gente foi fazer uma panfletagem no Terminal Integrado de Passageiros, mas não era só a panfletagem pela panfletagem (...) então, houveram como duas a três reuniões anteriores a essa mobilização pra gente estar junto com eles discutindo a temática e como você pode ter mudança de comportamento dentro da comunidade.” Entrevistado 9

“Promoção à saúde, pra mim, independe da figura do médico. Eu não preciso ter médico para fazer promoção à saúde, mas eu preciso dele para tratar das doenças (...) eu fiquei olhando, assim, aquelas barracas, na PE- 15, uma menininha tomando banho de mangueira, doze e meia, e dando água da mangueira na boca de um menino bem pequeno: água quente, da COMPESA. Aí você vê, dá um choquezinho: mudança de hábito tem que procurar, tem que fazer palestras, vai tanta orientação (...).” Entrevistado 11

Desse modo, alguns entrevistados relacionam a mudança comportamental, dentro dos ambientes domiciliares, com o acesso à informação por essa população. Através da realização de palestras nos espaços domiciliares e nas unidades de saúde, eles acreditam que é uma possibilidade para se promover uma modificação de hábitos dos indivíduos, como pode ser verificado através dos relatos abaixo:

“Precisa de tempo para você está lidando com a comunidade, mudar hábito é muito difícil. É preciso ir com muita calma, porque gerar impacto precisa mudar hábitos e mudança de hábito é muito difícil.” Entrevistado 11

“A pessoa vai ter uma informação que ela não estava tendo antes (...) tem palestras que dá gosto de fazer, principalmente aquelas que perguntam e que depois vem falar com a gente.” Entrevistado 12

Os questionamentos feitos acima pelos entrevistados não se aproximam dos conceitos de Becker & Edmundo (2007), no qual a Promoção da Saúde é entendida como um processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo assim uma maior participação da comunidade no controle deste processo.

Melo & Franco de Sá (2008) enfatizam ainda que a saúde é o resultado de ações intersetoriais, focadas na produção de políticas públicas saudáveis e na atuação dos determinantes sociais para o bem-estar e a qualidade de vida da população.

Entretanto, o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde pelo NUPAV denota um visão reducionista e setorial das intervenções, uma vez que a educação em saúde discorre sobre a prevenção de riscos e mudança comportamental por meio da conscientização da comunidade, sem um aprofundamento da participação social. Essa questão aponta para a terceira categoria:

5.3.3 NUPAV e evidências da participação social e intersectorialidade dentro do Município Saudável

Buscando-se refletir junto aos entrevistados sobre o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, verificou-se o envolvimento da comunidade, na formulação e execução de atividades, como uma condição para Olinda ser considerada um município saudável. Isso aponta para a primeira sub-categoria:

A) Laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política para participação comunitária

Percebeu-se que laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política encontravam-se embutidos nos discursos sobre estímulo da gestão à participação comunitária no município, conforme pode ser acurado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“Eu acho que existe uma grande possibilidade de Olinda se tornar um município saudável com um percentual bem considerado, a partir do momento que a gente está envolvendo a comunidade (...) conscientizar o como é importante que ela (a comunidade) participe da formação de políticas públicas.” Entrevistado 11

“A história do município saudável extrapola a gestão, vai também para o cidadão (...) se as pessoas começam a adotar ali, aquele espaço como sendo seu, usando aquele espaço de forma saudável, aí a gente vai promover saúde e ali vai ser um espaço de município saudável.” Entrevistado 8

Os depoimentos acima apontam para a perspectiva da Promoção da Saúde no contexto da RPMS, na qual a inclusão da comunidade nas decisões de ações para o município representam uma co-responsabilização ao longo do processo de implementação das políticas públicas, bem como uma possibilidade para uma gestão compartilhada (BRASIL, 2006; FRANCO DE SÁ, 2008).

De acordo com Medeiros & Franco de Sá (2008), a proposta de Municípios e Cidades Saudáveis é proporcionar uma base para o equacionamento e gestão eficaz de

problemas de saúde e sociais, criando-se espaços que favoreçam a saúde. Além de contribuir para o processo de descentralização, fortalecendo a participação comunitária nas tomadas de decisões políticas que integrem a Promoção da Saúde junto à população.

Desse modo, a presença de laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política na participação comunitária revelam uma aproximação do NUPAV com a proposta da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. Essa inferência aponta para a segunda sub-categoria:

B) Empoderamento comunitário incipiente no município

Oliveira & Trindade (2008) pontuam que a RPMS deve buscar o fortalecimento da administração municipal através de investimentos mais veementes na capacitação de gestores, para se promover um maior envolvimento da população na busca de uma melhoria da qualidade de vida e um ‘empoderamento’ comunitário. Esse termo é considerado, por alguns entrevistados, como uma importante estratégia da gestão para a realização de ações de promoção e prevenção em um município saudável, conforme pode ser verificado através dos depoimentos abaixo:

“O empoderamento dos munícipes é tão importante, por isso o controle social é tão importante, da gente dizer as ações que estão sendo feitas, da gente poder fazer com que eles possam entender melhor os dados e a informação. Por que é que a gente produz a informação e vai discutir junto com eles? É uma forma da gente fazer com que essas pessoas simples, humildes possam ter um olhar diferenciado dos dados em si.”
Entrevistado 8

Becker & Edmundo (2007) relatam cinco grandes estratégias para se alcançar o *empowerment* comunitário, as quais são: criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas de saúde, políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária. O empoderamento comunitário apóia-se ainda nos princípios da equidade, da justiça e da solidariedade da Promoção da Saúde, buscando assim reforço para o planejamento e desenvolvimento do princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades.

Entende-se que a participação popular, no contexto do exercício da democracia e fortalecimento da promoção da saúde, deve ser vislumbrada diante da possibilidade dos cidadãos exercerem o papel de protagonistas na construção e organização do sistema local de saúde. Sob esse aspecto, a participação não pode ser transmitida, nem tampouco adquirida por treinamento, devendo ser uma atitude e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo ‘amadurecimento’ do cidadão, sendo imprescindível a consolidação de práticas democráticas no processo de trabalho

(MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008; MINAYO; DESLANDES, 2009). A participação da comunidade na gestão assinala a terceira sub-categoria:

C) Projeto RVL – indícios de participação da comunidade no planejamento de ações

Analisando-se o processo de empoderamento comunitário em Olinda, observou-se que apenas um dos entrevistados relacionou o Método Bambu, desenvolvido nos Municípios Saudáveis-MSd, com o Projeto Rosto, Vozes e Lugares (RVL) vigente em Olinda. Sendo que essa associação é extremamente coerente uma vez que o RVL foi lançado pela mesma OPAS que havia lançado anteriormente o programa e a Rede de Municípios Saudáveis da América Latina e os dois referem-se à participação de pessoas (rostos), fazer ouvir os direitos individuais e coletivos (vozes) e pertencimento a locais (lugares) (BRANDÃO, 2010; MACHIN, 2010). Assim, o entrevistado acredita, de forma coerente, que o RVL é outro nome dado para Município Saudável, como pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“Eu acho que município saudável só mudou o nome, municípios saudáveis e RVL (...) os dois trabalham muito com o empoderamento. Eu acho muito semelhante, municípios saudáveis e RVL, porque ambos tem esse trabalho muito ligado com a comunidade. Eu acredito que seja um meio de ter ações exitosas, trabalhando com a comunidade.”
Entrevistado 11

Segundo Broide (2010), o Projeto RVL surgiu para se somar ao movimento de Cidades Saudáveis na busca para promover o empoderamento individual e coletivo, estimulando o desenvolvimento local, a cidadania e os processos de gestão participativa nas cidades. Constituinte em uma oportunidade para aprofundar os estudos dos movimentos coletivos na perspectiva de quem os compõem.

Assim, diante das reflexões apontadas pelo entrevistado, percebeu-se que a atuação do RVL precisa estar conectada com a gestão municipal e com os equipamentos sociais (igreja, padaria, comércio, farmácia, ONGs, entre outros), para que haja o envolvimento de toda a comunidade, visando à melhoria da qualidade de vida da população. Observou-se ainda que essa conexão tem como objetivo principal identificar as particularidades de cada comunidade, visando-se promover ações mais condizentes com as necessidades dos cidadãos. Isso pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“O RVL tem aquela visão: Rosto, Vozes e Lugares... cada comunidade tem o seu rosto, tem a sua voz e tem o seu lugar. Trabalha na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, ligada à gestão municipal.” Entrevistado 11

Percebeu-se ainda que o RVL está presente nas comunidades do município através de articulações intersetoriais, abrangendo um total de 19 coordenações de secretarias diversas em Olinda, como pode ser examinado através do trecho de entrevista abaixo:

“O Projeto Rosto, Vozes e Lugares (RVL) é alimentado por todas as políticas nossas, todas sem exceção.” Entrevistado 8

Nesse sentido, pontua-se que os municípios, onde existe a iniciativa RVL com apoio da OPAS/OMS, priorizam o desenvolvimento de um trabalho numa perspectiva intersetorial e com uma ampla participação da comunidade. Busca-se, com isso, responder aos determinantes sociais da saúde para se reduzir as vulnerabilidades e minimizar as desigualdades, envolvendo as comunidades em seu próprio processo de desenvolvimento. Apresentando, assim, as necessidades de ação intersetorial para reforçar a construção de municípios saudáveis com uma abordagem comunitária e com ênfase na Promoção da Saúde (MACHIN; FORTUNATO; MORALES, 2010).

Entretanto, percebe-se que Olinda, enquanto município saudável e integrante do Projeto RVL, ainda está em fase inicial de desenvolvimento dessas políticas. A participação comunitária no contexto da RPMS é muito incipiente, revelando uma visão reducionista e setorializada no desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde. A prática de atividades físicas foi relatada, pelos entrevistados, como sendo a situação mais intensa vivida pelo município no sentido da participação comunitária. Essa consideração assinala a quarta sub-categoria:

D) Prática de esportes como tática para se trabalhar cidadania com a comunidade – Se Bole; Polícia Amiga

Percebeu-se que uma das ações prioritárias apresentadas pela PNPS – *Estímulo à Prática Corporal/Atividade Física* – é trabalhada, indiretamente, pelo NUPAV. Através da formação de parceria do Núcleo com a equipe do RVL e do antigo *Se Bole*, a prática de esportes é concebida como uma possibilidade para se trabalhar cidadania junto com a comunidade. Ou seja, a partir dos conceitos de área, limites e regras – termos peculiares dos esportes – as equipes desenvolvem temas como sexualidade, respeito, princípios, medidas e limitações junto com os grupos de crianças e adolescentes da comunidade. Isso pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“Usar o futebol para trabalhar a cidadania, respeito e sexualidade (...) tudo tem que a comunidade participar. Cada caso é um caso (...) precisa desconstruir algumas visões,

precisa construir uma outra linguagem com a comunidade (...) tem que está tudo ligado com a comunidade.” Entrevistado 11

Através da promoção da prática de esportes na comunidade, as equipes do RVL, Programa de Atividade Física e Polícia Amiga desenvolvem os conceitos de limite e trabalham cidadania, além de trabalhar a problemática do uso de drogas por adolescentes. Isso pode ser verificado através do trecho de entrevista abaixo:

“Polícia Amiga, que quer dizer: ‘Amigo das pessoas’. A missão é ajudar as pessoas, orientar.” Entrevistado 10

“Porque os meninos ficavam fumando maconha ali pertinho da quadra (...) vamos se engajar aqui, aí a gente entrou com atividade com a Polícia Amiga. A gente chamou o policial pra que ele fizesse parte dos treinamentos de futebol.” Entrevistado 11

As considerações feitas, pelos entrevistados a respeito do desenvolvimento da cidadania, mostram-se muito incipiente no município de Olinda, sendo consideradas simplórias para um município que é integrante da RPMS. Sperandio (2006) enfatiza a necessidade de ações comprometidas com a transformação social e o fortalecimento da participação social para o desenvolvimento da cidadania, sendo esses desafios da gestão de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento local e qualidade de vida nos espaços urbanos.

Sob esse olhar ampliado da saúde e na perspectiva da promoção da saúde, compreende-se que o contexto dos municípios e cidades saudáveis deve primar por uma proposta abrangente da gestão, por meio da promoção da cidadania e de ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde de comunidades (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008). Essa questão aponta para a quinta sub-categoria:

E) Estímulo às lideranças comunitárias

Verificou-se ainda que uma das ações desenvolvidas pelo comitê RVL, junto à comunidade, refere-se ao estímulo às lideranças comunitárias para participar de conferências e conselhos de saúde, conforme pode ser observado no trecho de entrevista abaixo:

“Você participando de conferências é a única porta que a gente tem, enquanto comunidade, de mudar algumas coisas (...) eu acho que toda liderança comunitária tinha que participar de conferência e de orçamento participativo. (...) Eu sinto falta disso, nas reuniões de comitê, dessa liderança participativa, que sabe o que quer pra comunidade (...) conhece a comunidade pelo nome, pelas pessoas, sabe onde é, aonde tem o pior terreno (...) eu percebo uma liderança muito minha rua, aqui perto, minha rua.” Entrevistado 11

De acordo com Castro & Gosch (2006), a promoção da saúde, para se desenvolver satisfatoriamente, necessita de um investimento considerável da gestão no planejamento juntamente com a participação social, para que se possa intervir no território por meio de uma abordagem multi e intersetorial, garantindo assim uma gestão plena, compartilhada e eficaz.

Entende-se que a necessidade de criação de políticas públicas por meio da participação social na construção do sistema e políticas de saúde é uma condição imperativa para se promover saúde no contexto de um município saudável (BRASIL, 2006).

Acredita-se, portanto, que o desenvolvimento de ações conjuntas com a comunidade, através do estímulo à participação dos comunitários em conferências, conselhos e lideranças comunitárias em Olinda, seja uma possibilidade de formação crítica e conscientização dos indivíduos. Favorecendo o desenvolvimento de uma consciência política e social, sob a compreensão de direitos e deveres, para enfim desenvolver um senso crítico e a construção da democracia (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

F) Flexibilidade para realização de ações de Promoção da Saúde – adaptação a realidade da comunidade

Outra consideração tecida por alguns entrevistados encontrou-se no entendimento de que um município saudável seja uma condição diferente, necessitando, portanto, da realização de ações diferenciadas, que permitam uma maior flexibilidade frente às mudanças ocorridas nas comunidades. Ou seja, as ações de promoção da saúde precisam ser dinâmicas e adaptadas a realidade de cada comunidade, como pode ser analisado nos trechos de entrevistas abaixo:

“Município saudável é coisa diferente: precisa ser diferente, precisa está fomentando saúde, está promovendo saúde todo tempo. Ser saudável é ser algo que precisa ser constantemente (...) pra mim, se não for dinâmico, não é promoção da saúde. Promoção da saúde é o que fomenta o município saudável.” Entrevistado 8

“A gente vai vendo a necessidade de cada casa, de cada caso (...) traz o caso, a situação para o NUPAV, que passa para a Secretaria de Saúde.” Entrevistado 12

“O redutor de danos, no meu ver, é aquela pessoa que tenta melhorar a vida da pessoa dentro da sua realidade.” Entrevistado 2

Sperandio et al. (2006) acreditam que um município saudável tem como sua maior estratégia o fortalecimento das atividades de promoção da saúde e desenvolvimento em nível local. Necessitando de uma compreensão em um sentido mais amplo, mediante estratégia de articulação intersetorial e priorizando as diferenças existentes entre territórios e culturas, para enfim delinear políticas condizentes com as demandas de cada comunidade.

Segundo Becker & Edmundo (2007), uma das principais estratégias da promoção da saúde encontra-se na intervenção territorial através dos municípios saudáveis. Sendo essa uma tendência mundial

no combate à pobreza: programas territoriais integrados, que articulam ações multidisciplinares e intersetoriais, valorizando a participação comunitária em todos os estágios das intervenções, propiciando uma conquista da qualidade de vida no território local, bem como a promoção de uma cultura de paz. (p. 134)

Sendo assim, compreende-se a importância da realização de ações de promoção da saúde com maior flexibilidade – frente às constantes mudanças nas comunidades, sendo adaptadas a cada realidade local – como uma política essencial ao desenvolvimento de um município saudável (TEIXEIRA, 2007).

Por fim, constatou-se que existem evidências de participação social e intersetorialidade no desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde pelo NUPAV no município de Olinda, sendo incipiente a realização dessas atividades no contexto ampliado do município saudável. Acredita-se, portanto, que a construção de articulações intersetoriais associadas ao envolvimento e empoderamento da comunidade, para o planejamento e realização de ações de Promoção da Saúde, sejam condições imprescindíveis para o desenvolvimento das ações do NUPAV enquanto Núcleo inserido em um município saudável.

5.3.4 Autonomia profissional elevada e articulações intra e intersetoriais rudimentares

Diante das reflexões apontadas pelos entrevistados sobre o planejamento e a realização de ações de Promoção da Saúde, observaram-se indícios de autonomia e articulações entre setores para a formulação e execução de algumas atividades. Isso aponta para a primeira sub-categoria:

A) Empoderamento das equipes – Autonomia dos profissionais

Analisando-se os discursos dos entrevistados, observou-se que o empoderamento não deve ser apenas dos munícipes, mas também de todas as equipes integradas ao NUPAV. O objetivo do desenvolvimento dessa autonomia é considerado, pelos funcionários, como uma possibilidade para se potencializar a realização de suas atividades, por meio da construção de uma participação coletiva e integrada com os demais integrantes das equipes, conforme pode ser ponderado através dos relatos abaixo:

“Eu acho que é muito importante, que eu venho conversando com a equipe, desenvolvendo muito isso nas equipes (...) que todos precisam ser líderes.”
Entrevistado 8

“A gente consegue fazer com que se empodere (...) a gente quer desenvolver a potencialidade do outro da equipe.” Entrevistado 1

No entanto, para que a autonomia seja desenvolvida por essas equipes de trabalho, observou-se que os profissionais precisam ter conhecimento das suas atribuições específicas da função e do público alvo, não se desvinculando, portanto, do cumprimento das metas e objetivos propostos pela gestão, como pode ser observado nos trechos de entrevista abaixo:

“Tem a hierarquia, lógico. Tem a gestão que diz o que é preciso ser feito. Existem metas a serem cumpridas. Mas o trabalho da gente, que a gente vai fazendo não é aquela coisa que precisa todo dia chegar e ‘olha, eu fiz isso’; ‘olha, eu fiz aquilo’. A gente faz e mostra o que fez e que está cumprindo o que se pediu. (Nós) determinamos a nossa linha de atuação do nosso trabalho, mas respeitando as metas impostas pela gestão (...) sabemos da demanda local, que temos metas a cumprir, mas que não são tão rígidas (...) a gestão dá certa autonomia, mas também cobra de forma amena.” Entrevistado 1

“Para se ter autonomia, precisa ter conhecimento. (...) é você dar autonomia pro outro, mas também o outro saber que não está só, que ele faz parte de uma engrenagem, que se ele não funciona bem, alguém aqui dessa engrenagem vem ver ‘o que é que está acontecendo aí’.” Entrevistado 8

Analisando-se os reflexos decorrentes do capitalismo vigente, percebe-se que significativas mudanças ocorreram no ambiente de trabalho, inclusive na forma específica e peculiar de relações sociais entre os homens. Essas relações sociais, por sua vez, foram reelaboradas pelo neoliberalismo nascente nos anos 90 no Brasil, onde se apontam mudanças estruturais no mundo do trabalho, da cultura e do Estado (ANTUNES, 2007).

Contrariamente a realidade do capitalismo, o NUPAV procura incentivar a autonomia dos profissionais e o empoderamento das equipes para a idealização e

realização de atividades. Sob a ótica do *empowerment* comunitário, percebe-se que o reforço no planejamento e desenvolvimento do princípio da autonomia dos indivíduos é empregado no contexto do ambiente de trabalho do NUPAV. Sendo assim, algumas estratégias definidas no empoderamento – criação de ambientes favoráveis a saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais – alcançam seus objetivos nas relações entre os profissionais que integram o ambiente de trabalho do NUPAV (BECKER; EDMUNDO, 2007).

Compreende-se, portanto, que a necessidade da subjetividade seja fortalecida no ambiente de trabalho, visto ser uma possibilidade de minimizar as formas de dominação e desigualdade de oportunidades na concepção do produto organizacional e de suas mudanças (DESLANDES; LEMOS, 2008). Isso aponta para a segunda sub-categoria:

B) Consultório de Rua e Redução de Danos – liberdade de pensamento no planejamento de ações

A partir do estímulo profissional, observou-se que as estratégias utilizadas pelas equipes do CR e RD, para o fomento de ações de promoção da saúde, encontram apoio da coordenação do NUPAV. A autonomia das ações entendida, por alguns entrevistados, como a liberdade de pensamento e planejamento de ações junto aos parceiros, sem demasiadas interferências e/ou imposições da gestão. Em contrapartida, a equipe do NUPAV realiza o acompanhamento das atividades desempenhadas pelos profissionais de RD, CR e UBS, como pode ser verificado a partir do depoimento abaixo:

“É provável que os profissionais do Núcleo tenham autonomia de suas ações porque demonstram acreditar no que estão fazendo e que tem capacidade profissional de gerir, se empenhando assim em fazer o melhor e trabalham em prol do outro (...) acho que conseguem perceber o outro.” Entrevistado 4

“Autonomia, pra mim, é ter as ações com a nossa cara: sem vícios, sem manias e sem problemas anteriores (...) a gente trabalha muito a equipe em conjunto, todo mundo é responsável por tudo, mesmo tendo o cabeça pra determinadas ações.” Entrevistado 1

Observou-se ainda que existe uma relação de mão-dupla com a gestão, ou seja, a cobrança se dá tanto da gestão para com o CR, quanto vice-versa, conforme pode ser acurado nos trechos de entrevistas abaixo:

“O que a gestão nos cobra, a gente também pode cobrar da gestão, é via de mão-dupla.” Entrevistado 1

“Eu acho que não existe uma relação unilateral no NUPAV, pode ser que ele demande o serviço ou ele seja demandado por outros programas.” Entrevistado 2

Sob a ótica da Promoção da Saúde no contexto das relações de trabalho do NUPAV, compreende-se que a liberdade de pensamento e planejamento das ações pelos profissionais do CR e RD representam uma co-responsabilização no processo de implementação das políticas públicas, assim como possibilita uma gestão compartilhada (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Acredita-se que a construção de espaços de diálogo entre profissionais comprometidos com a discussão e a deliberação de diferentes políticas pode proporcionar reflexões e práticas que possibilitem a construção ações articuladas com as demandas das comunidades. Destaca-se ainda que a elaboração de estratégias locais, através do planejamento e gestão participativa, além de romper com a visão tecnicista-conceitual dos profissionais incorpora um componente democrático, proporcionando um empoderamento tanto das equipes de trabalho quanto da comunidade (DESLANDES; LEMOS, 2008). Essa questão aponta para a terceira sub-categoria:

C) Matriciamento da área de atuação e conhecimento da realidade local e demandas da comunidade

Segundo relatos de alguns entrevistados, um planejamento efetivo das intervenções ocorre, primeiramente, executando-se o matriciamento da área de atuação, para se buscar, através desse, o conhecimento da realidade local e das demandas de cada comunidade, conforme pode ser observado no trecho de entrevista abaixo:

“Eu acho que antes de ir para o campo, a gente precisa fazer um planejamento, matriciamento da rede, geo-referenciar, conhecer a realidade local (...) para se ter ações com a nossa cara, com o perfil da gente e de acordo com a realidade de Olinda.”
Entrevistado 1

O conhecimento da realidade e das demandas locais é considerado ainda como elemento facilitador do planejamento e realização das ações de promoção, como pode ser verificado através do relato da entrevista abaixo:

“A gente tem que trabalhar e juntar o esforço onde está sendo necessário, até pra otimizar o recurso, que é pouco.” Entrevistado 8

“Oferecer ajuda a quem de fato quer.” Entrevistado 12

Analisando-se o NUPAV enquanto um Núcleo de fomento de informações, estudos e pesquisas, percebeu-se que a construção de dados acerca das demandas e realidades locais ainda está em fase de construção. Através de articulação com o Consultório de Rua, Redutores de Danos e UBS, o NUPAV capta informações das

comunidades, auxiliando essas equipes para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade. Entretanto, essa prática ainda é muito incipiente no NUPAV, denotando, portanto, maiores investimentos nos métodos de cruzamento de dados e articulações entre setores.

Segundo Ibam (2004) citado por Teixeira (2007), a sustentabilidade e o desenvolvimento de ações devem envolver as dimensões ambientais, sociais, culturais, econômicas, políticas e institucionais, por meio de articulações políticas que envolvam a gestão e a comunidade local na busca da garantia de recursos e da continuidade das ações, além de identificar tecnologias e soluções condizentes com a realidade local.

Acredita-se que a construção de uma rede de articulações permita o desenvolvimento de estratégias, por meio de troca de experiências e informações entre seus integrantes e comunidades, condizentes com a realidade econômica, social e regional de um município, proporcionando, assim, a construção de um Município Saudável mediante a Promoção da Saúde (SANTOS; RAMIRES, 2010).

D) Trabalho intra-setorial articulado – grupos de hanseníase, tuberculose, filariose, AIDS e idosos

Analisando-se os depoimentos dos entrevistados, verificou-se a integração do NUPAV com diversos parceiros para a realização de ações com grupos de hanseníase, tuberculose, filariose, AIDS e idosos, como pode ser observado no trecho de entrevista abaixo:

“Eu ainda acho que o trabalho unido de promoção à saúde com o NUPAV são nessas prevenções (...) quando eu faço um grupo de idosos, um grupo de hanseníase, tuberculose, filariose, AIDS.” Entrevistado 11

Desse modo, constatou-se que a realização de ações de promoção da saúde acontece de modo intra-setorial entre o CR, NUPAV, Hiperdia, assistência à saúde e social e Políticas Públicas Sociais e de Saúde do município.

De acordo com Souza & Grundy (2004 apud SPERANDIO; CORREA; BARROS, 2006), a realização dessas ações de promoção da saúde em um contexto intra-setorial denotam a necessidade de incorporação de novos valores para o setor da saúde, como: a ação intersetorial, a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de movimentos comunitários. Sendo assim, as ações de promoção da saúde são princípios fundamentais de uma política de saúde pública eficaz com os pressupostos da implantação das cidades e municípios saudáveis.

Compreende-se, portanto, que a articulação de políticas públicas municipais, o desenvolvimento de ações intersetoriais associados à participação comunitária constituem as bases para o processo de estruturação de um município saudável, denotando a necessidade de incorporação desses conceitos na realização de ações de Promoção da Saúde pelo NUPAV (OLIVEIRA; TRINDADE, 2008). Isso assinala a quinta sub-categoria:

E) Relação entre intrasetorialidade e qualidade das ações questionáveis

Observou-se, na fala de alguns entrevistados, que a qualidade das ações desenvolvidas no município depende da formação de articulações entre setores, conforme pode ser verificado nos relatos abaixo:

“Eu acho que tudo é muito articulado. Eu não acredito que ações isoladas surtam efeitos, não. Quanto mais você fomenta e articula, mais você garante qualidade.”
Entrevistado 8

“A ação se torna bem melhor, porque ai é em conjunto (...) é o conjunto da ONG, mais o conjunto da Secretaria/ Prefeitura, junto com o NUPAV.” Entrevistado 12

Deslandes & Lemos (2008) relatam que a Saúde tem sido cobrada a incluir, em sua pauta organizacional, a oferta de atendimento multidisciplinar e articulação intersetorial para a elaboração de ações visando a Promoção da Saúde. Enfatizam ainda que a atuação intra e intersetorial dos NPVPS, inseridos numa rede de serviços de saúde, deve trazer como contribuição a formação de parcerias das organizações governamentais e da sociedade civil com cooperações e articulações de sujeitos institucionais, tanto no âmbito público quanto no privado.

Contudo, a formação de alianças intersetoriais, em uma visão holística integradora e multidisciplinar, permite o desenvolvimento de políticas públicas focadas em ações articuladas na melhoria do meio ambiente, habitação, infra-estrutura urbana e, conseqüentemente, da saúde da população, mas não garantem, necessariamente, a qualidade das ações realizadas (COHEN et al., 2004). Essa questão adentra por caminhos da psicologia que não permitem serem explorados em uma ‘simples’ categoria, requerendo assim discussões além da proposta desse estudo.

F) Elo da corrente de resolutividade

Outro questionamento apontado, pelos entrevistados, referiu-se ao desenvolvimento de atividades pelos parceiros como um elo da corrente de resolutividade, para demonstrar locais onde as atividades não estão sendo desenvolvidas

de forma satisfatória no município. Isso pode ser verificado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“(elo de corrente de resolutividade) sirva pra gente ver onde é que está precisando melhorar (...) o outro vai ter que se mexer de alguma forma.” Entrevistado 8

“A Secretaria de Saúde é um corpo que tem vários órgãos e várias coisas que vão se nutrindo, se um não funciona bem aqui, o outro com certeza não vai funcionar muito legal. Então o NUPAV, ele faz parte de um desses componentes desse corpo maior e ele se alimenta, com certeza, de todos os outros órgãos que possam estar ali, assim como ele alimenta os outros órgãos também.” Entrevistado 8

Percebe-se que a proposta apresentada nos discursos acima aponta para um trabalho realizado em rede, na qual estão articulados muitos parceiros. A ineficiência ou não cumprimento de determinadas atividades, por algum parceiro, comprometem a resolutividade das ações, assim como facilita a detecção do parceiro que rompeu com esse elo de articulação.

Analisando-se os NPVPS, como entidades que devem promover a articulação e coordenação de ações intersetoriais promotoras de saúde no âmbito local, percebe-se como uma das linhas de atuação desses Núcleos a construção de informações voltadas à intervenção e formação de redes de atenção (BRASIL, 2004).

De acordo com Ibam (2004) citado por Teixeira (2007), a continuidade das ações é decorrente de articulações políticas e programas de vários setores da administração e diversos níveis de governo.

Sendo assim, compreende-se que o elo da corrente de resolutividade, apontado pelos entrevistados, corresponda a dinâmica de trabalho que vai além do ‘simples’ conhecimento de qual parceiro está em falta com o cumprimento de suas obrigações. O elo de resolutividade de ações requer criação de novos grupos e o fortalecimento dos existentes, por meio da sistematização de ações, encontros e trocas de experiências para se promover uma maior cooperação entre os integrantes, buscando-se assim atuar na redução das desigualdades sociais e criar mecanismos capazes de garantir, progressivamente, a consolidação do movimento Município Saudável (OLIVEIRA; TRINDADE, 2008).

G) Tema de álcool e outras drogas trabalhados, indiretamente, pelo NUPAV por meio do Consultório de Rua

Sob a perspectiva do planejamento participativo, observou-se que, dentre as ações prioritárias apresentadas pela PNPS, o NUPAV trabalha, indiretamente, *a redução da morbidade em decorrência do consumo abusivo de álcool e outras drogas*, através

da parceria existente entre o Núcleo com o CR e PRD. Assim, a partir da análise das entrevistas, verificou-se que as atividades desenvolvidas, pela equipe do CR, encontram-se na abordagem de indivíduos em situação de rua com o objetivo de oferecer serviços de saúde, atividades em educação em saúde e articulação intra-setoriais para o tratamento e o acolhimento desses sujeitos.

Assim, a partir da abordagem aos usuários em situação de rua pela equipe do CR, o entendimento do contexto sócio-cultural e familiar de cada sujeito foi relatado, por alguns entrevistados, como uma atividade presente na idealização de ações voltadas as particularidades de cada indivíduo. Isso pode se verificado através dos trechos de entrevistas abaixo:

“O atendimento é singular, é com a pessoa. Você tem uma demanda e eu vou procurar identificar essa sua demanda.” Entrevistado 4

“Não é só pegar o usuário na rua e botar numa casa de assistência, não é só pegar ele e botar numa casa. Existe um estudo daquele micro-caso. A gente procura parente: irmãos, tios, esposa, filhos, vizinhos.” Entrevistado 2

“O CR nosso, ele está ali pra dar prioridade a quem realmente está apartado da Rede.” Entrevistado 8

Nesse processo, o papel da equipe do NUPAV encontra-se em formalizar acordos e parcerias com diversos parceiros integrantes da rede municipal, facilitando a realização de atividades pela equipe do Consultório de Rua.

Segundo Scodelario et al. (2004), os núcleos municipais devem promover e participar de políticas e ações intersetoriais e estabelecer articulações entre os vários serviços de uma comunidade (creches, escolas, postos de saúde, conselhos tutelares, entre outros), formando-se, assim, uma rede de atendimento aos indivíduos. A PNPS, por sua vez, traz a redução da morbimortalidade devido ao abuso de álcool e outras drogas como ações prioritárias para o desenvolvimento da Promoção da Saúde em comunidades (BRASIL, 2006).

Sob a perspectiva da Promoção da Saúde e apontando para uma linha de cuidado integral, entende-se que o uso de drogas demanda da Saúde saídas complexas, que requerem articulações e incorporação de uma proposta de gestão abrangente, por meio da promoção da cidadania e idealização e realização de ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos (MEDEIROS; FRANCO DE SÁ, 2008).

Por fim, acredita-se que a articulação do NUPAV junto aos programas municipais de atenção à saúde seja importante ao planejamento e a realização de ações de Promoção da Saúde. Contudo, percebe-se que a realização dessas ações, por meio de

articulações intra e intersetoriais, ainda é muito incipiente no município, denotando, portanto, a necessidade de expansão dessas integrações. Além disso, aponta-se para o imperativo da participação social e intersetorialidade na realização das ações de Promoção da Saúde como uma condição essencial ao desenvolvimento das atividades do NUPAV no município saudável de Olinda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se Olinda enquanto membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis – RPMS, constatou-se que o seu Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência –NUPAV apresenta sustentabilidade política e institucional vulnerável a mudanças políticas e administrativas, revelando sua fragilidade frente a mudanças políticas locais. Como evidência, apontamos o fato de nunca ter possuído uma instalação física própria desde a sua implantação no município. Essa questão nos leva a uma outra evidência pois, além do exposto, a infra-estrutura do Núcleo ainda promove a realização simultânea de atividades distintas pelas equipes que compartilham esse espaço. O compartilhamento de transporte, por essas equipes, somados à ausência de veículo próprio do NUPAV permitem dizer que os deslocamentos dos profissionais do Núcleo são insuficientes e deficitários para atender às demandas dos serviços de saúde e demais instituições do município.

A infra-estrutura do NUPAV mostra-se também inadequada e indisponível para a realização de capacitações de profissionais do próprio Núcleo e das Unidades Básicas de Saúde. Desse modo, devido à falta de infra-estrutura adequada, percebe-se que existe uma carência de estudos específicos para a realização de planejamentos mais condizentes com a realidade das comunidades.

Dessa maneira, de acordo com as questões analisadas nos discursos dos entrevistados e com a observação sistemática, pode-se concluir que a infra-estrutura do NUPAV revela-se inadequada para o desenvolvimento de ações de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no município saudável de Olinda.

Analisando-se os recursos humanos do NUPAV, percebeu-se que existe um compromisso da equipe do Núcleo com o perfil profissional adequado às funções desempenhas por esses indivíduos nas equipes. Observou-se ainda que as qualificações profissionais oferecidas pelo NUPAV detém-se na temática da violência doméstica, não sendo revelado pelos entrevistados capacitações acerca da prevenção de acidentes, o que se permite dizer que os profissionais das UBS, PRD e CR não são capacitados para atuar na prevenção de acidentes no município.

Verificou-se também que a qualificação oferecida aos profissionais das UBS, PRD e CR são insuficientes para atender às demandas locais, denotando, assim, a necessidade de mais articulações intra e intersetoriais para o enfrentamento da violência

doméstica, incentivo da notificação da VD nas unidades de saúde e desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde.

Dessa forma, pode-se deduzir que os recursos humanos treinados pela equipe do NUPAV não se encontram devidamente capacitados e constantemente atualizados para a prevenção de acidentes e violências no município de Olinda. Dentre as possíveis causas para essa falta de qualificação apropriada encontra-se a falta de infra-estrutura adequada e carência de recursos humanos do NUPAV para atender os serviços de saúde e demais instituições do município.

Analisando-se a gestão do NUPAV na realização de ações de prevenção da violência, constatou-se que a notificação da violência doméstica é considerada uma ferramenta essencial para o planejamento dessas ações. Percebeu-se que a sensibilização do profissional de saúde é compreendida como uma estratégia fundamental para o processo de notificação desse tipo de violência e que existe uma consciência, por parte da gestão do Núcleo, da necessidade de maiores conhecimentos desses profissionais acerca da violência doméstica, para que enfim eles possam notificá-la.

Apesar do foco do NUPAV encontrar-se na violência doméstica, percebeu-se que o planejamento de ações encontra-se deficitário devido à necessidade maior de sensibilização profissional para a notificação desse tipo de violência. Sendo assim, verificou-se que o planejamento de ações realizado pelo NUPAV sobre violência doméstica também é restrito e, não existe, portanto, um planejamento de intervenções para o enfrentamento dos demais tipos de violência e acidentes no município.

Dessa maneira, acredita-se que a realização de capacitações de recursos humanos pelo NUPAV, a infra-estrutura e a eficiência da gestão desse Núcleo denotam deficiências na implementação das portarias que regulamentam os NPVPS e a PNRMAV, respectivamente, Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004 e Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Além disso, acreditava-se que o NUPAV, enquanto instituição de município membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, dispusesse de melhores condições estruturais e de uma rede intersetorial mais integrada para o desenvolvimento de qualificação profissional e planejamento de ações.

Analisando-se a dinâmica de trabalho do NUPAV na realização de ações de prevenção da violência e acidentes no contexto do município saudável de Olinda, tecemos as seguintes considerações:

Observou-se que o estímulo à notificação da VD é o foco principal de prevenção do NUPAV, o qual confeccionou uma ficha, denominada de ficha-resumo, como estratégia para proteção profissional e orientação de políticas públicas de proteção às vítimas. Por meio de um algoritmo próprio, essa ficha segue um fluxo no qual a responsabilidade do profissional pela notificação da VD passa a ser da instituição NUPAV, oferecendo assim proteção aos profissionais das UBS.

Percebeu-se que existe uma ênfase na notificação da violência doméstica, sendo considerada uma estratégia para prevenção da violência urbana. Além disso, a prevenção de acidentes é trabalhada também sob a perspectiva da VD, no qual os acidentes domésticos são apontados como um tipo de VD – a negligência.

A ênfase na notificação e prevenção da violência doméstica ainda permitiu observar que articulações intra e intersetoriais são estratégias utilizadas pelo NUPAV para o enfrentamento dessa problemática, além de possibilitar mudanças nas condutas dos profissionais.

Diante dessas considerações, pode-se concluir que a prevenção da violência doméstica é o foco da prevenção do NUPAV, em detrimento de outras violências e acidentes.

Analisando-se a realização de ações de Promoção da Saúde pelo NUPAV no contexto do Município Saudável de Olinda, observaram as seguintes constatações:

Verificou-se que a Promoção da Cultura de Paz é o objetivo maior da Promoção da Saúde do NUPAV. Nesse âmbito se percebeu que existe uma unanimidade sobre uma visão ampliada da Cultura de Paz, apontando para a conquista de direitos e cidadania. Essa prática começa no espaço de trabalho, nas relações entre os próprios funcionários do Núcleo.

Observou-se ainda que o planejamento e realização de ações de Promoção da Saúde segue uma abordagem médico tradicional, apontando assim para uma perspectiva reducionista e setorializada do NUPAV no desenvolvimento dessas atividades. Essa constatação difere do conceito ampliado da Promoção da Saúde trabalhado por Becker & Edmundo (2007), no qual o processo de capacitação na comunidade, para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, inclui uma maior participação da população no controle desse processo.

Verificou-se também que existem indícios de participação social e intersetorialidade dentro do município saudável de Olinda, por meio da constatação de laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política para participação

comunitária. Percebeu-se que alguns discursos dos entrevistados acerca desse tema apontam para estudos de Melo & Franco de Sá (2008), que enfatizam a saúde como sendo um processo de ações intersetoriais, focadas na produção de políticas públicas saudáveis e na atuação dos determinantes sociais para o bem-estar e a qualidade de vida da população.

Analisando-se ainda o planejamento e a realização de ações de Promoção da Saúde, observaram-se ainda indícios de autonomia entre os profissionais e articulações entre setores para a formulação e execução de algumas atividades. Constatou-se, assim, que a autonomia profissional, estimulada pelo NUPAV, é elevada, porém com articulações intra e intersetoriais rudimentares.

O conhecimento e a análise das ações de prevenção da violência e Promoção da Saúde desenvolvidas pelo NUPAV no município de Olinda, enquanto membro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, permitem compreender a atual conjuntura dos determinantes sociais e ambientes na saúde da população olindense. Assim, verifica-se que Olinda é um município incipiente no desenvolvimento de políticas públicas destinadas à Promoção da Saúde. Dessa maneira, observa-se uma iniciativa tardia da gestão municipal em intervir sobre fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que possam interferir na saúde humana.

Sob esse contexto e de acordo com os estudos de Cohen et al. (2004), verifica-se a necessidade de formação de alianças intersetoriais em uma visão holística integradora e multidisciplinar para o desenvolvimento de políticas públicas focadas em ações articuladas na melhoria do meio ambiente, habitação, infra-estrutura urbana e, conseqüentemente, da saúde da população olindense.

Sendo assim, destaca-se que Olinda, enquanto município saudável, precisa investir mais na combinação de recursos e compromissos, direcionados pelas políticas públicas, para se alcançar a meta da saúde entendida como qualidade de vida. Acredita-se que para Olinda firmar-se enquanto Município Saudável ainda precisa existir maiores investimentos em ações de Promoção da Saúde, que primem pela participação social e pela intersectorialidade, transformando a cidade em um espaço de “produção social da saúde”. Nesse contexto, o NUPAV, enquanto Núcleo de pesquisas e estudos da Violência e Acidentes, deveria fomentar ações intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção mais integradas com a participação da comunidade, revelando-se assim um Núcleo membro de um "Município Saudável".

Esse estudo reúne, portanto, elementos para se pensar o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como promotor de condições para que as pessoas vivam mais saudáveis, com acesso à informação, à educação e à construção de uma nova consciência política na saúde.

Espera-se que a divulgação dos resultados dessa pesquisa possa vir a contribuir para um melhor conhecimento da dinâmica dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) e despertar o interesse de outros pesquisadores para esse tipo de estudo, além de permitir a reprodução desse estudo e aprofundar os aspectos inerentes à Promoção da Saúde no contexto de outros municípios saudáveis. Desse modo, almeja-se contribuir para que novas pesquisas acerca de NPVPS possam ser realizadas com o intuito de colaborar com o processo de implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) nos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; MALO, M. Uma breve história da avaliação de municípios, comunidades e ambientes saudáveis no Brasil (1995-2005). In: AKERMAN, M.; MENDES, R. **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões experiências**. São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora. n. 1, 2006.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BECKER, D.; EDMUNDO, K. Empoderamento, participação social e políticas públicas: o caso da Rede de Comunidades Saudáveis. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: estratégias para o desenvolvimento saudável e sustentável/ Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.)**. Campinas: UNICAMP. v. 2, 2007.

BORGES LUZ, T. C.; et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2135-2142, nov. 2011.

BRANDÃO, I. R. Desenvolvendo Município Saudável. In SPERANDIO, A. M. G.; MACHIN, D. G.; FORTUNATO, M. A. B. **Políticas Integradas em Rede e Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa de Rostos, Vozes e Lugares**. Brasília: OPAS, 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 18, seção 1, 26 de janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.

BRASIL. Portaria SVS nº 184, de 24 de junho de 2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde: painel de indicadores do SUS**. Brasília: OPAS, v. 4, 2009. 60p.

BRASIL. Governo Federal. **A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento preliminar. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2. ed., 2006. 52p.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.356, de 23 de junho de 2006. **Vigilância de Acidentes e Violência em Serviços Sentinela**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 96, seção 1, 20 de maio de 2004.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2003. Notificação compulsória do caso de violência contra mulher atendida em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de novembro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **HiperDia**: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – manual de operação versão 1.5 M 02. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. 104 p.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1e, 18 de maio de 2001.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1968, de 25 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 206, 26 de outubro de 2001.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de julho de 1990.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 242p.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 3.688, de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 13 de outubro de 1941.

BROIDE, E. E. A participação social na implantação do projeto Rostos, Vozes e Lugares em Guarulhos/SP. 2010. 190f. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V.; LIMA, M. L. C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 3-14. mar. 2011.

CANTUSIO ABRAHÃO, C. E. Discussão das agendas e as possibilidades de articulação. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: estratégias para o desenvolvimento saudável e sustentável/** Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 2, 2007.

CASTRO, A.; GOSCH, C. S. Política Nacional de Promoção da Saúde: na trilha entre pesquisa e formulação de políticas públicas. In: AKERMAN, M.; MENDES, R. **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões experiências.** São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora. n. 1, 2006.

COHEN, S. C. A construção de políticas públicas saudáveis na ótica da habitação saudável, é possível? In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: estratégias para o desenvolvimento saudável e sustentável/** Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 2, 2007.

COHEN, S. C.; et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br> [acesso em 19 de dezembro de 2011].

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n 1931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [resolução na internet]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/mlegislacao/versao_impressao.php?id=8822 [acesso em 19 de dezembro de 2011].

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003. Dispõe sobre o Código de Ética Odontológica. [resolução na internet]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf [acesso em 19 de dezembro de 2011].

DE NEGRI FILHO, A. Segurança: as cidades que protegem a vida. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável:**

estratégias para o desenvolvimento saudável e sustentável/ Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 2, 2007.

DESLANDES, S. F.; LEMOS, M. P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 6, p. 441-448, 2008.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 6, p. 430-40, dez. 2008.

DOMENACH, J. M.; et al. **La violencia y sus causas**. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 1981. p. 9-47.

DORNELAS, J. S.; SILVA, L. A. S. Compilação e análise de dados em noticiários sobre violência urbana: em busca de arquétipos. 2008. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_1095.pdf [acessado em junho de 2012].

DUSI, M. L. H. M. A construção da cultura de paz no contexto da instituição escolar. 2006. 196f. Dissertação (Mestrado), Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

ENGELS, F. **Anti-Dühring**: Filosofia, economia, política e socialismo. Edição 3ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

FISZON, J. T.; BOCHNER, R. Subnotificação de acidentes por animais peçonhentos registrados pelo SINAN no Estado do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2005. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 114-127, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389- 394, fev. 2011.

FRANCISCO FILHO, L. L.; FÁVERO, E. Plano Diretor para Municípios Potencialmente Saudáveis. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor**: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: o processo de entendimento, construção e implantação do plano diretor/ Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 1, 2006.

FRANCO DE SÁ, R.; et al. La construction du réseau de villes en santé de Pernambuco au Brésil: un exemple de mise à l'échelle. **Global Health Promotion**, v.18, n1, p. 98-101, march 2011.

FRANCO DE SÁ, R; MOYSÉS, S.T. O processo avaliativo em Promoção da Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **B. Téc. SENAC: a R. Educ. Prof.**, v. 35, n. 2, mai./ago. 2009.

FRANCO DE SÁ, R. Um sobrevôo histórico, conceitual e axiológico no campo da promoção da saúde. In: SCHMALLER, V. P. V.; FRANCO DE SÁ, R. **Ações**

integradas e comunitárias para promoção da saúde da criança. Recife: Universitária da UFPE, 2008.

FRANCO DE SÁ, R.; ROYAMA, H. "A persistência da memória": uma tentativa de resgatar o histórico do projeto. In: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA, M. **Evidências de efetividade do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: o olhar da gestão.** Recife: Universitária da UFPE, 2008.

FRANCO NETTO, G.; DRUMOND, I.; VASCONCELOS, N. Meio ambiente e promoção da saúde: aspectos essenciais para a elaboração das políticas públicas. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: estratégias para o desenvolvimento saudável e sustentável/** Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 2, 2007.

FREITAS, J. D.; PORTO, M. F. Por uma epistemologia emancipatória da Promoção da Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 179-200, jul./out. 2011.

GALDINO, A.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, jan. 2012.

GOMES, R.; et al. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1291-1302, 2007. Supl.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-876, abr. 2009.

IAMANOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2007.

LEWGOY, A. M. B.; et al. Observatórios de acidentes e violência: a capacitação dos profissionais da saúde para a implantação de sistema de vigilância. **Rev. Virt Text Cont**, ano 4, n.4, p. 1-9, dez, 2005.

LIMA, M. L. C.; et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2677-2686, 2010.

LIMA, M. L. C.; et al. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2687-2697, 2010.

LIMA, M. L. C.; et al. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1817-1824, 2009.

MACHIN, D. G. Rostos, Vozes e Lugares: “Uma Oportunidade dos Municípios em construir alianças em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio/ODMs ” In SPERANDIO, A. M. G.; MACHIN, D. G.; FORTUNATO, M. A. B. **Políticas Integradas em Rede e Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa de Rostos, Vozes e Lugares.** Brasília: OPAS, 2010.

MACHIN, D. G.; FORTUNATO, M. A.; MORALES, S. L. Rosto, Vozes e Lugares: uma oportunidade dos Municípios em construir alianças em torno dos objetivos de desenvolvimento do Milênio/ODMs. In: SPERANDIO, A. M. G.; MACHIN, D. G.; FORTUNATO, M. A. B. **Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis: boas práticas para as iniciativas do Rostos, Vozes e Lugares.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MALTA, D.C.; et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45–55, 2007.

MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 164-168, mar./abr. 2003.

MEDEIROS, P. F. P.; FRANCO DE SÁ, R. Reflexões acerca da participação social e intersectorialidade no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. In: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA, M. **Evidências de efetividade do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: o olhar da gestão.** Recife: Universitária da UFPE, 2008.

MELO, A. P.; FRANCO DE SÁ, R. Promoção da Saúde: reflexões sobre a concepção dos Secretários Municipais do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. In: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA, M. **Evidências de efetividade do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: o olhar da gestão.** Recife: Universitária da UFPE, 2008.

MELO, C. S. Plano Diretor Participativo Saudável: a experiência metodológica de Bonito e Sairé. In: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA, M.; COUTINHO, L. Q. **Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: histórico, avaliação e repercussão.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

MENEZES, A.; FRANCO DE SÁ, R.; FREIRE, S. Método Bambu. In: FRANCO DE SÁ, R.; YUASA, M.; VIANA, V.P. (orgs) **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil - Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais.** Recife: Ed. Universitária UFPE, 2006.

MÉSZÁROS, István **A crise estrutural do capital.** *Outubro*, [online]. São Paulo/SP: Instituto de Estudos Socialistas, nº 4, 2000, p. 7-16;

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, p.1259-1267, 2007. Supl.

MINAYO, M. C. S. Implementação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 4-5, jan. 2007.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 5 Ed. 1998.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999.

OLINDA. **Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências**. Nov, 2011. Disponível em:<http://ssolinda.blogspot.com/2009/11/nupav-nucleo-de-prevencao-de-acidentes.html> [acesso em novembro de 2011].

OLINDA. Secretaria de Saúde. **GEOTRANS**: uma abordagem espacial dos acidentes de trânsito em Olinda. 2010

OLINDA. **Guia Saúde Olinda**: guia de referência da rede de assistência à saúde. Secretaria de Saúde: Prefeitura Municipal de Olinda, 2009.

OLIVEIRA, M. A. A.; TRINDADE, C. M. Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis: uma experiência prática e enriquecedora. In: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA, M.; COUTINHO, L. Q. **Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**: histórico, avaliação e repercussão. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

OLIVEIRA, Z. C.; MOTA, E. L. A.; COSTA, M. C. N. Evolução dos acidentes de trânsito em um grande centro urbano, 1991-2000. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 364-372, fev. 2008.

PEREIRA, P A P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S.. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-240, jun. 2009.

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2729-2740, 2010.

SALIBA, O.; et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SANTOS, M. A. F.; RAMIRES, J. C. L. Prevenção de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde no Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, v. 6, n. 10, p. 35-47, jun. 2010.

SCHMALLER, V. P. V.; et al. Prevenção da violência e promoção da saúde no projeto "Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil". In: FRANCO DE SÁ, R.; NISHIDA,

M.; COUTINHO, L. Q. **Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: histórico, avaliação e repercussão.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

SCHMALLER, V. P. V.; FRANCO DE SÁ, R.; SILVA, M. G. A intersetorialidade na gestão local: planejamento e competências intra e intersetoriais para a implementação de estratégias e ações de promoção da saúde. In: SCHMALLER, V. P. V.; FRANCO DE SÁ, R. **Ações integradas e comunitárias para promoção da saúde da criança.** Recife: Universitária da UFPE, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.** São Paulo: Faculdade de Medicina da USP. 2 Ed. 2003.

SCODELARIO, A. S.; et al. **O fim da omissão:** a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq, 2004.

SILVA, M. A. I.; et al. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 351-358. jun. 2010.

SILVA, M. M. A.; et al. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 16, n.1, p. 57-64, 2007.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Cienc. Saude Colet.**, São Paulo, v. 11, p. 1211-1222, 2007. Supl.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010.

SPERANDIO, A. M. G. Incorporando os princípios da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis e da promoção da saúde ao Plano Diretor. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor:** uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: o processo de entendimento, construção e implantação do plano diretor/ Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 1, 2006.

SPERANDIO, A. M. G.; CORREA, C. R. S.; BARROS, N. F. Refletindo os valores fundantes da Promoção da Saúde e aproximando das discussões de Planos Diretores. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor:** uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: o processo de entendimento, construção e implantação do plano diretor/ Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 1, 2006.

SPERANDIO, A. M. G.; et al. A experiência de aplicação do guia de avaliação participativa em uma rede de municípios: um processo em desenvolvimento. In: AKERMAN, M.; MENDES, R. **Avaliação participativa de municípios, comunidades**

e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões experiências. São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora. n. 1, 2006.

TEIXEIRA, E. N. Resíduo sólido e a construção de uma comunidade potencialmente saudável. In: SPERANDIO, A. M. G.; SERRANO, M. M. (org.). **O plano diretor:** uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: estratégias para o desenvolvimento saudável e sustentável/ Ana Maria Girotti; Miguel Malo Serrano (org.). Campinas: UNICAMP. v. 2, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Nº da entrevista:

Data:

I. Recursos Humanos

1. Relate suas atividades na função exercida
2. Participou de capacitações e treinamentos previamente ao exercício do cargo? Qual a regularidade desses eventos? O que você acha dessas qualificações?
3. Acha que a atuação de um profissional pode interferir no planejamento e realizações de ações? De que forma?
4. O que poderia ser feito para melhorar a gestão de pessoas no município?

II. Infra-estrutura

1. Como você considera a estrutura do NUPAV? Viabiliza o trabalho?
2. Qual situação gera maior desconforto na infra-estrutura do NUPAV?
3. O que precisaria ser feito na infra-estrutura do NUPAV para melhorar o desempenho de sua função?

III. Ações de Prevenção da Violência e Acidentes

1. Como ocorre o processo de investigação dos casos de violência e acidentes no município? Como o NUPAV capta esse conhecimento? Relate
2. Que ações de prevenção da violência e acidentes são realizadas, direta e indiretamente, pelo NUPAV? Relate
3. Qual a maior contribuição oferecida pelo NUPAV, em relação à prevenção da violência e acidentes, ao município de Olinda? Por quê?

IV. Ações de Promoção da Saúde

1. Como se realizam as ações de promoção da saúde no município de Olinda? O que você acha da participação do NUPAV nessas atividades?
2. Como você avalia Olinda ser considerada um município saudável? O que isso significa para o NUPAV?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com os critérios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa)

Eu, _____, voluntário(a) e integrante da Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência – NUPAV, declaro que fui convidado(a) e devidamente informado(a) por intermédio de Fernanda Ferraz e Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva - Curso de Mestrado, sobre as finalidades da pesquisa intitulada **“As ações do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência no município de Olinda-PE”**. Declaro, assim, que estou plenamente consciente de que:

- 1) Concordei em participar, de modo voluntário, dessa pesquisa, sem ter sofrido nenhuma pressão psicológica, por parte da pesquisadora envolvida no projeto;
- 2) Continuarei vinculado ao Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência – NUPAV no município de Olinda-PE, sem quaisquer prejuízos, independente da minha participação na pesquisa;
- 3) Participando do estudo serei submetido(a) a uma entrevista semi-estruturada, realizada pela pesquisadora Fernanda Ferraz e Silva, que gravará as entrevistas por meio de aparelho eletrônico (gravador digital de voz MP4); que serão transcritas em documentos de software específico (Microsoft Word®), compactadas e salvas em CD (disco compacto) e arquivadas na residência da pesquisadora (Fernanda Ferraz e Silva) em local reservado para livros e projetos (biblioteca pessoal), por um período de 05 (cinco) anos. Satisfazendo, assim, as condições descritas no Inciso IX.2e, da Resolução 196/96.
- 4) O risco pertinente a essa pesquisa encontra-se num possível constrangimento do(a) entrevistado(a).
- 5) Poderei abandonar a qualquer momento a pesquisa caso não esteja satisfeito(a), sem que isso venha a prejudicar o meu desempenho/vinculação ao NUPAV.
- 6) Como benefícios, todos os(as) entrevistados(as) terão acesso aos resultados da pesquisa após o término da mesma, mediante a distribuição gratuita de cópias das análises do conteúdo.

Recife, ____ de _____ de _____.

Contato da Pesquisadora:

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Hospital das Clínicas 4º andar Bloco "E", Cidade Universitária 50670-420 Recife - PE ; Centro de Ciências da Saúde, Departamento Medicina Social/Núcleo de Saúde Pública; E-mail: ferraz_nanda@yahoo.com.br

Contato do Comitê de Ética:

- andar, Cidade Universitária- Recife/PE; CEP: 50740-600. Fone: (81) 2126 8588

ANEXOS

ANEXO A – Distribuição dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas macrorregiões do Brasil / 2012.

Macrorregião	Núcleos Acadêmicos	Núcleos Municipais	Núcleos Estaduais	ONG	Total parcial
Sudeste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) 2. 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) 3. Universidade de São Paulo (USP)-CEPEDOC Cidades Saudáveis /HCFMRPUSP/Ribeirão Preto 4. Núcleo de Estudos da Violência (NEV/USP) 5. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cariacica /ES 2. Colatina /ES 3. Serra /ES 4. Vila Velha /ES 5. Vitória /ES 6. Belo Horizonte /MG 7. Buriti / MG 8. Contagem / MG 9. Montes Claros / MG 10. Padre Paraíso / MG 11. Pouso Alegre / MG 12. Ribeirão das Neves / MG 13. Uberaba / MG 14. Sete Lagoas / MG 15. Duque de Caxias /RJ 16. Niterói /RJ 17. Paraíba do Sul /RJ 18. Petrópolis /RJ 19. Rio de Janeiro /RJ 20. Americana /SP 21. Amparo /SP 22. Arujá /SP 23. Campinas /SP 24. Cândido Mota /SP 25. Carapicuíba /SP 26. Catanduva /SP 27. Diadema /SP 28. Embu /SP 29. Embu Guaçu /SP 30. Espírito Santo do Turvo /SP 31. Estância Turística de Ribeirão Pires /SP 32. Francisco Morato /SP 33. Ferraz de Vasconcelos /SP 34. Garça /SP 35. Guará /SP 36. Guarulhos /SP 37. Hortolândia /SP 38. Itanhaém /SP 39. Itapira /SP 40. Itatiba /SP 41. Jarinu /SP 42. Nova Odessa /SP 43. Ourinhos /SP 44. Osasco /SP 45. Pirassununga /SP 46. Praia Grande /SP 47. Presidente Venceslau /SP 48. Santo André /SP 49. Santos /SP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. São Paulo 2. Rio de Janeiro 3. Minas Gerais 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instituto Promundo -RJ 2. IPAS Brasil -RJ 	72

		<p>50. São Bernardo do Campo /SP</p> <p>51. São José dos Campos /SP</p> <p>52. São Carlos /SP</p> <p>53. São José do Rio Preto /SP</p> <p>54. São Paulo /SP</p> <p>55. Sorocaba /SP</p> <p>56. Sumaré /SP</p> <p>57. Suzano /SP</p> <p>58. Rio Grande da Serra /SP</p> <p>59. Várzea Paulista /SP</p> <p>60. Jundiaí /SP</p> <p>Matão Registro /SP</p> <p>61. Ribeirão Bonito /SP</p> <p>62. São Caetano do Sul /SP</p>			
Sul	<p>1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)</p>	<p>1. Campina da Lagoa /PR</p> <p>2. Campo Largo /PR</p> <p>3. Curitiba /PR</p> <p>4. Foz do Iguaçu /PR</p> <p>5. Londrina /PR</p> <p>6. Maringá /PR</p> <p>7. Piraquara /PR</p> <p>8. Toledo /PR</p> <p>9. Alvorada / RGS</p> <p>10. Cambará do Sul / RGS</p> <p>11. Caxias do Sul / RGS</p> <p>12. Passo Fundo / RGS</p> <p>13. Pelotas / RGS</p> <p>14. Porto Alegre / RGS</p> <p>15. Rio Grande / RGS</p> <p>16. Aurora / SC</p> <p>17. Balneário Piçarras / SC</p> <p>18. Criciúma / SC</p> <p>19. Florianópolis / SC</p> <p>20. Forquilha / SC</p> <p>21. Herval D'Oeste / SC</p> <p>22. Joinville / SC</p> <p>23. Penha / SC</p> <p>24. Pouso Redondo / SC</p> <p>25. Rio do Sul / SC</p>	<p>1. Rio Grande do Sul</p>		27
Centro-Oeste	<p>1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)</p> <p>2. Universidade de Brasília (UnB)</p>	<p>1. Abadiânia /GO</p> <p>2. Alexânia /GO</p> <p>3. Cidade Ocidental /GO</p> <p>4. Cocalzinho de Goiás /GO</p> <p>5. Cristalina /GO</p> <p>6. Uruaçu /GO</p> <p>7. Goiânia /GO</p> <p>8. Paraúna /GO</p> <p>9. Piracanjuba /GO</p> <p>10. Campo Grande / MS</p> <p>11. Cassilândia /MS</p> <p>12. Corumbá / MS</p> <p>13. Dourados / MS</p> <p>14. Ladário / MS</p> <p>15. Canarana / MT</p> <p>16. Cuiabá /MT</p> <p>17. Cristalândia / TO</p>	<p>1. Mato Grosso do Sul</p> <p>2. Distrito Federal</p> <p>3. Goiás</p> <p>4. Mato Grosso</p> <p>5. Tocantins</p>		27

		18. Guaraf /TO 19. Palmas /TO 20. Tocantinópolis /TO			
Nordeste	1.Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) 2.Fundação Universidade de Pernambuco (UPE) 3.Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) 4.Escola de Saúde da Família de Sobral-CE 5.Universidade Federal da Bahia (UFBA)	1. Arapiraca /AL 2. Barra de São Miguel/AL 3. Maceió /AL 4. Murici/AL 5. Palmeira dos Índios/AL 6. Pilar/AL 7. São Miguel dos Campos/AL 8. Teotônio Vilela/AL 9. Arataca /BA 10. Coração de Maria /BA 11. Curaçá/BA 12. Feira de Santana/BA 13.Prado/BA 14.Vitória da Conquista/BA 15.Santo Antônio de Jesus/BA 16.Simões Filho/BA 17.Juazeiro/BA 18.Fortaleza /CE 19.Barbalha/CE 20.Berberibe/CE 21.Carnaubal/CE 22.Choró/CE 23.Quixeramobim/CE 24.Quixadá/CE 25.Sobral/CE 26.Campestre /MA 27.Codó /MA 28.Chapadinha /MA 29.Coroatá /MA 30.Estreito /MA 31.Maranhãozinho /MA 32.Imperatriz /MA 33.Paço do Lumiar/MA 34. Santa Rita /MA 35. São José do Ribamar /MA 36. São Luís /MA 37. Tuntum /MA 38. São João do Carú /MA 39. Campina Grande /PB 40.João Pessoa /PB 41.Bom Jardim /PE 42.Cabo de Santo Agostinho /PE 43.Camaragibe /PE 44.Jaboatão dos Guararapes /PE 45.Olinda/PE 46.Recife /PE 47.Caruaru /PE 48.Petrolina /PE 49.Teresina /PI 50.Valença do Piauí /PI 51.Natal /RN 52.Aracaju /SE	1. Paraíba 2. Pernambuco 3. Alagoas 4. Ceará 5. Maranhão 6. Piauí 7. Rio Grande do Norte		64

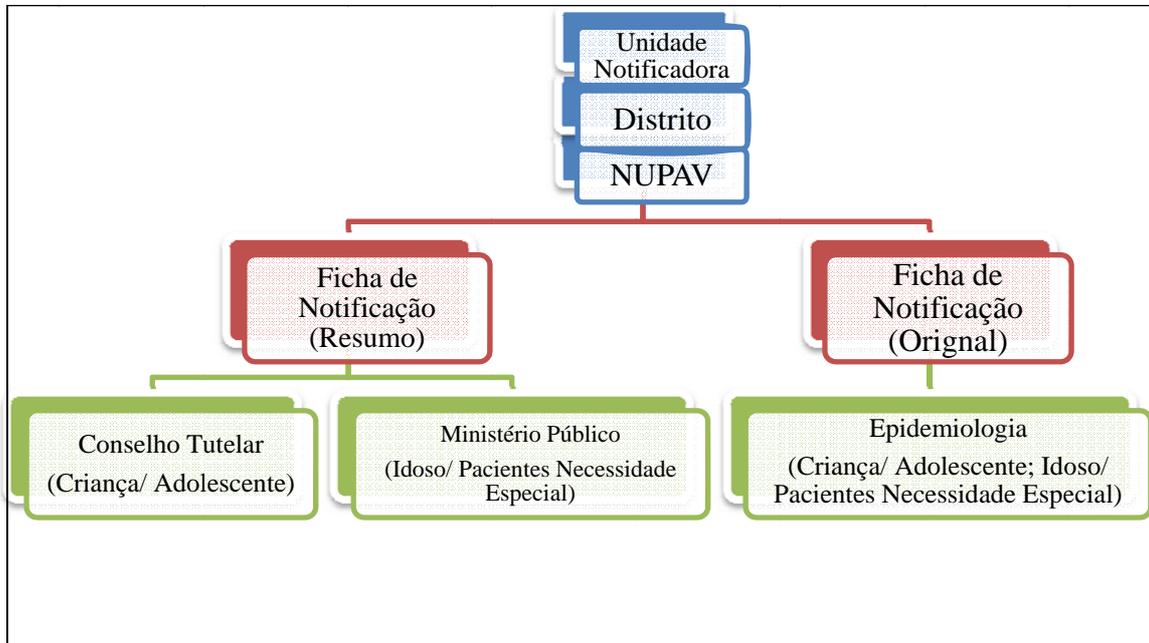
Norte	1. Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	1.Rio Branco AC 2.Manaus /AM 3.Santana/AP 4.Ariquemes /RD 5.Porto Velho /RD 6.Boa Vista /RR 7.Salinópolis /PA 8.Belém /PA 9.Bragança /PA	1.Amapá 2.Acre 3.Roraima		13
TOTAL *	14	168	19	02	203**

Fonte: Ministério da Saúde.

* Dados até julho de 2012.

** Disponíveis em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30921&janela=1
Acesso em: 12/07/2012

ANEXO B – Fluxograma geral da notificação compulsória da VD no município de Olinda/ NUPAV



Fonte: Olinda (2009)

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. Nº. 290/2011 - CEP/CCS

Recife, 14 de junho de 2011

Registro do SISNEP FR – 424263

CAAE – 0254.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 281/11

Título: As ações do núcleo de prevenção de acidentes e violência no município de Olinda- PE

Pesquisador Responsável: Fernanda Ferraz e Silva

Senhor (a) Pesquisador (a):

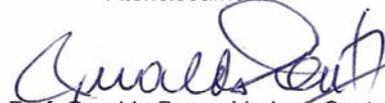
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 14 de junho de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Mestranda Fernanda Ferraz e Silva
Programa de Pós- Graduação Integrada em Saúde Coletiva- CCS/UFPE

ANEXO D – Ficha de Notificação Compulsória do SINAN



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde do
Estado de Pernambuco

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Nº **60157**

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: right;">2 - Individual</div>		
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	3 Data da notificação	
	4 UF 5 Município de notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica
13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares		
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação	
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	
Dados da Ocorrência	36 UF 37 Município de ocorrência	38 Distrito	
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	41 Código
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3
	44 Geo campo 4	45 Ponto de Referência	46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado	
	49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008		

Tipologia da violência	51 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	52 Meio de agressão	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento	<input type="checkbox"/> Obj. pérfuro-cortante
	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Intervenção legal		<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro _____

Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral
	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Anal
				<input type="checkbox"/> Vaginal

Consequências da violência	55 Procedimento realizado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B
	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência
	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal
	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	

Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST
	<input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio
	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Transtorno comportamental
	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático	<input type="checkbox"/> Outros _____

Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Queimadura	<input type="checkbox"/>
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico
	02 - Corte/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo
	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação
			11 - Outros _____
			88 - Não se aplica
			99 - Ignorado

Dados do provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Órgãos genitais/ânus	<input type="checkbox"/>
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve
	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores
	03 - Boca/dentes	06 - Abdome	09 - Membros inferiores
			11 - Múltiplos órgãos/regiões
			88 - Não se aplica
			99 - Ignorado

Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos	1 - Um <input type="checkbox"/>	2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/>	9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	61 Sexo do provável autor da agressão	1 - Masculino <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei
	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa
	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	
	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	
				62 Suspeita de uso de álcool
				1- Sim <input type="checkbox"/>
				2- Não <input type="checkbox"/>
				9- Ignorado <input type="checkbox"/>

Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde	1 - Encaminhamento ambulatorial	2 - Internação hospitalar	8 - Não se aplica	9 - Ignorado
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher		
	<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude	<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS		
	<input type="checkbox"/> Casa Abrigo	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)		
	<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Outros _____		

Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho	<input type="checkbox"/>	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	<input type="checkbox"/>	67 Circunstância da lesão	CID 10 - Cap XX
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado				
	68 Classificação final	1 - Confirmado <input type="checkbox"/>	69 Evolução do caso	<input type="checkbox"/>	70 Se óbito por violência, data	71 Data de encerramento
	2 - Descartado	3 - Provável	1 - Alta	3 - Óbito por Violência		
	8 - Inconclusivo	8 - Inconclusivo	2 - Evasão / Fuga	4 - Óbito por outras causas		
			9 - Ignorado	9 - Ignorado		

Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008

ANEXO E – Ficha-Resumo



Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Saúde

**ENCAMINHAMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA**

DADOS DA IDENTIFICAÇÃO

NOME: -
DATA DE NASCIMENTO: IDADE: Sexo:
FILIAÇÃO:
ESCOLARIDADE:
SITUAÇÃO CONJUGAL:
ENDEREÇO:
PONTO DE REFERÊNCIA:
CEP: TELEFONE:

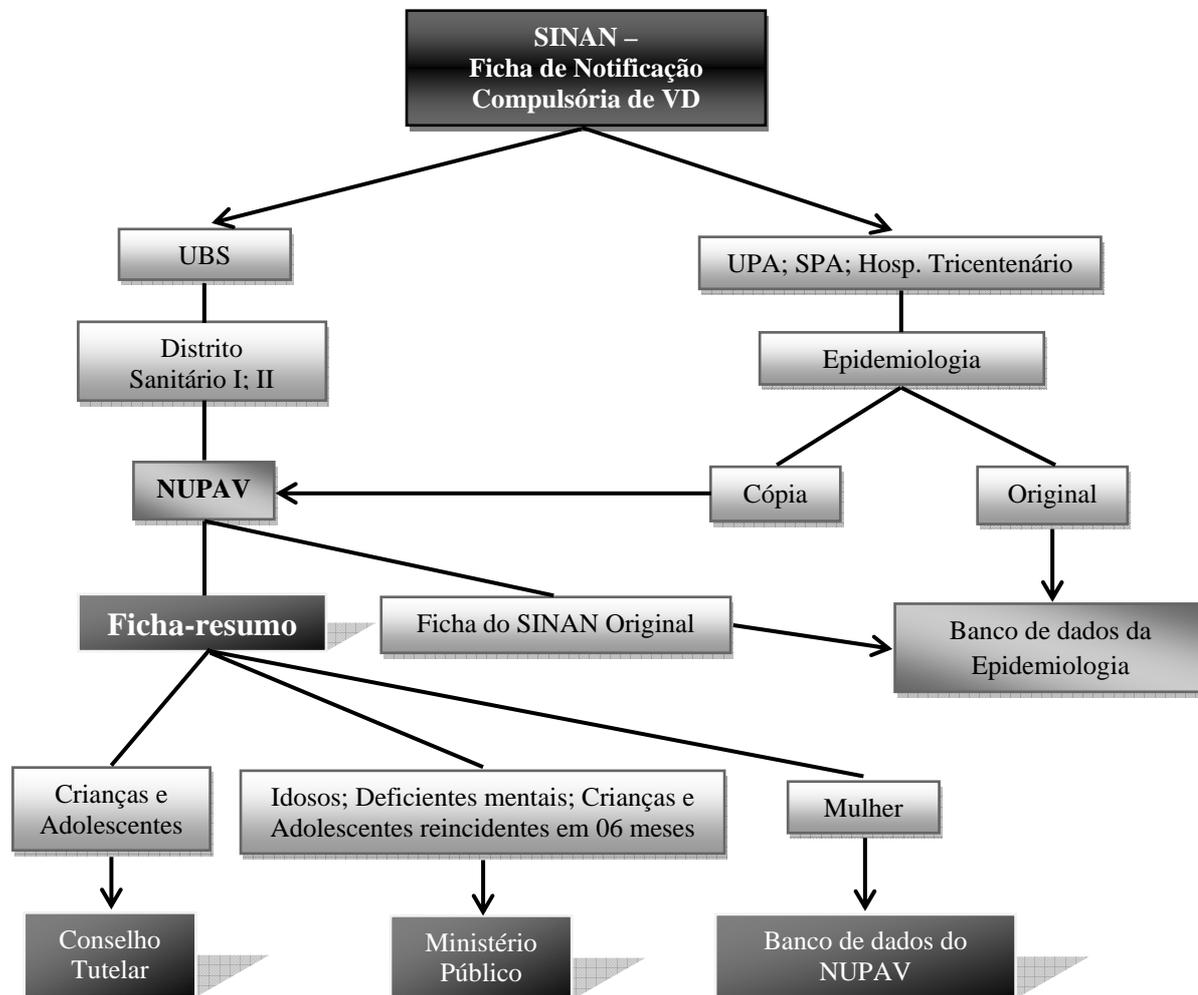
DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA NOTIFICAÇÃO:
MUNICÍPIO:
DATA DA OCORRÊNCIA:
LOCAL: .
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:
PONTO DE REFERÊNCIA:
TIPO DE VIOLÊNCIA:
AUTOR DA AGRESSÃO: SEXO:
RELAÇÃO COM A VÍTIMA:
RESUMO:

Técnico do NUPAV

Data: ____/____/____.

**ANEXO F – Ficha de Notificação Compulsória da VD/SINAN e Ficha-Resumo/
NUPAV**



Fonte: Dados da Pesquisa