

UNIVERSIDADE DE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

LUCIANE BASTOS DA SILVA

**A LÓGICA DA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA INSERIDA EM UM
MODELO ECONÔMICO NEOLIBERAL**

Pelotas/RS
2012

LUCIANE BASTOS DA SILVA

**A LÓGICA DA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA INSERIDA EM UM MODELO
ECONÔMICO NEOLIBERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof. Dr^a Vini Rabassa da Silva

Pelotas/RS
2012

LUCIANE BASTOS DA SILVA

**A LÓGICA DA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA INSERIDA EM UM MODELO
ECONÔMICO NEOLIBERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Banca Examinadora

Presidente e Orientadora Prof^a. Dr^a Vini Rabassa da Silva

1^a Examinadora Prof^a Dr^a Marta Regina Cezar-Vaz

2^o Examinador Prof Dr. Renato da Silva Della Vechia

Pelotas
2012

Dedico

*À Maria Tereza Leal (avó: “in memoriam”)
que me educou para defender meus pontos de vista
e demonstrou ser possível superar os limites de ser mulher,
trabalhadora e mãe num mundo desigual e “violento”.*

AGRADECIMENTOS

À CAPES, que investe em pesquisas e mantém alunos nos cursos de pós-graduação em todo o Brasil.

À Universidade Católica de Pelotas pela formação de qualidade que me oportunizou desde a graduação.

À Prefeitura Municipal de Canguçu pela liberação de horários para a minha formação.

À Fabiana Jorge da Silva, consultora da UNESCO, por disponibilizar os documentos do PPV/RS para a Pesquisa Bibliográfica.

À professora Dr^a. Vini Rabassa da Silva, orientadora e amiga que acompanhou o processo de produção científica apontando novos caminhos, sempre respeitando minha autonomia.

Ao professor Dr. Renato Della Vecchia por ter me desafiado a ampliar os limites do conhecimento para além do Serviço Social.

À professora Dr^a Marta Cezar-Vaz da Fundação Universidade de Rio Grande pelas palavras de incentivo na banca de qualificação.

À professora Dr^a Mara Rosange Medeiros pelo carinho e acolhida nos momentos de estresse.

À Lurdeti, irmã querida que me motivou e auxiliou durante a trajetória de produção científica.

À Vilma, mãe amada parceira de madrugadas e motivadora incansável, acreditando no possível do impossível, fé e sabedoria em sua simplicidade.

À Maria Thereza, que em sua inocência dividiu a mamãe com os livros e reproduziu o modelo no seu laptop “igual à mamãe”.

Aos amigos e colegas de trabalho, obrigada pelo incentivo.

*“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.
Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem”.*

Bertold Brecht

RESUMO

O presente construto teórico prima corresponder aos critérios de cientificidade exigidos pela Banca Avaliadora do Curso de Mestrado em Políticas Sociais da Universidade Católica de Pelotas. Busca a partir da excelência técnica e científica apresentar os resultados obtidos a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental com enfoque na Lógica da Prevenção da Violência inserida num modelo econômico neoliberal. A pesquisa foi construída a partir da apresentação e acompanhamento da proposta de implementação do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul e da concepção de violência sob a qual se consolidam as políticas, programas e projetos que propõem a sua prevenção e enfrentamento. A pesquisa tem por objetivo geral “revelar os fatores que caracterizam a contradição estabelecida a partir da proposta de implementação de um Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul em uma sociedade cujo modelo econômico dominante segue a ideologia neoliberal”. Configura-se em uma pesquisa qualitativa, orientada sob a perspectiva do método dialético crítico, cujos documentos alvo da pesquisa se constituem de artigos, teses, referenciais clássicos, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a proposta base do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul. Orientada pelo pressuposto teórico da violência enquanto um processo intrínseco do modelo econômico neoliberal discute a questão violência a partir do enfoque estrutural e do conceito de violação de direitos, dialogando com a totalidade e concreticidade a fim de extrair do objeto as suas múltiplas determinações, em busca de sua essência. Os resultados da pesquisa evidenciaram peculiaridades do PPV/RS que correspondem à lógica neoliberal, e estabelecem novas contradições. A factualidade da pesquisa se estabelece na introdução dos fatores estrutural e econômico no debate da violência para proposição de um novo paradigma de planejamento de estratégias de prevenção e enfrentamento da violência no âmbito das políticas sociais.

Palavras-Chave: Violência. Prevenção. Neoliberalismo. Políticas Sociais. Direitos sociais.

ABSTRACT

This theoretical construct press match the scientific criteria required by the Evaluation Committee of the Master's Degree in Social Policy of the Universidade Católica de Pelotas. Search from the scientific and technical excellence present the results obtained from a literature review and documentary focusing on the Logic of Violence Prevention inserted into a neoliberal economic model. The research was built upon the filing and prosecution of the proposed implementation of the Violence Prevention Program proposed by the Government of the State of Rio Grande do Sul and the concept of violence in which to consolidate policies, programs and projects that propose its prevention and coping. The research has the general objective "to reveal the factors that characterize the conflict drawn from the proposal to implement a program of Prevention of Violence in a society whose dominant economic model follows the neoliberal ideology." Set in a qualitative research, oriented from the perspective of critical dialectical method, which documents constitute the target of research articles, theses, classical references, the National Policy for Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence and the proposed base of the Prevention Program Violence of the State of Rio Grande do Sul. Guided by the theoretical assumption of violence as an intrinsic process of the neoliberal economic model discusses the issue violence from the structural approach and the concept of human rights violations, dialoguing with the totality and concreteness to extracting the object its multiple determinations in search of its essence. The survey results revealed peculiarities of the PPV / RS that match the logic of neoliberal, and establish new contradictions. The factuality of the research is established in the introduction of the structural factor in the debate and economic assessment of violence to a new paradigm for planning strategies for preventing and addressing violence in the context of social policies.

Keywords: Violence. Prevention. Neoliberalism. Social Policies. Social Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| DUDH | Declaração Universal dos Direitos Humanos |
| FHC | Fernando Henrique Cardoso |
| IDE | Índice de Desenvolvimento Econômico |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNRMAV | Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências |
| PPV | Programa de Prevenção da Violência |
| Rede VIVA | Rede de Vigilância de Violências e Acidentes |
| SIA | Sistema de Informações Ambulatorial |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Ciência, Educação e Cultura |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Municípios com maiores índices de violência no RS em ordem decrescente de predominância | 66 |
| Tabela 2 | Percentual sobre o total de óbitos e coeficientes de mortalidade por causas externas (Lista CID-105-114) - por 100.000 habitantes – ambos os sexos, residentes no RS 2007-2010..... | 68 |
| Tabela 3 | Percentual sobre o total de óbitos e coeficientes de mortalidade por neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório (Lista CID-105-114) - por 100.000 habitantes – ambos os sexos, residentes no RS 2007-2010..... | 71 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 DESVELANDO A VIOLÊNCIA IMPLÍCITA NAS BASES DO MODELO ECONÔMICO NEOLIBERAL | 20 |
| 1.1 DO LIBERALISMO AO NEOLIBERALISMO: DAS BASES IDEOLÓGICAS À CRISE DO CAPITAL | 20 |
| 1.2 A ERA DOS DIREITOS: A CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS | 25 |
| 1.3 MODELO NEOLIBERAL: DA ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA A FRAGILIZAÇÃO DOS DIREITOS | 28 |
| 1.4 IMPRESSÕES PRIMEIRAS DA VIOLÊNCIA NO MODELO ECONÔMICO NEOLIBERAL | 37 |
| 2 POLÍTICAS SOCIAIS: A PROPOSTA DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA NO ÂMBITO NACIONAL..... | 43 |
| 2.1 O CASO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NEOLIBERAIS NO BRASIL | 43 |
| 2.2 O IMPACTO DAS REFORMAS NO SUS: A FLEXIBILIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS EM SAÚDE | 47 |
| 2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM CONTEXTO CONTRADITÓRIO | 53 |
| 3 O PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: CAMINHOS E FRAGILIDADES NA PROPOSIÇÃO DE AÇÕES PREVENTIVAS | 64 |
| 3.1 DISCUTINDO A CONTRADIÇÃO DA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA X VIOLAÇÃO DE DIREITOS..... | 76 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 90 |
| REFERÊNCIAS | 95 |
| ANEXOS | 102 |

INTRODUÇÃO

Este construto teórico tem por pretensão aprofundar o conhecimento sobre o tema violência e a correlação desta com o modelo econômico neoliberal, direcionando a análise para um enfoque estrutural da violência a fim de evidenciar os aspectos determinantes e condicionantes da violência imersos no sistema que orienta a organização sócio-econômica e política e nas relações sociais que ela reproduz. Desta forma, pretende evidenciar que as políticas de prevenção à violência aplicadas em um modelo econômico neoliberal são por natureza contraditórias.

O referencial teórico compreende uma conceitualização de violência sob o enfoque estrutural, um estudo da dinâmica do modelo econômico neoliberal, e da consolidação da sociedade de classes e de consumo. Fundamenta-se nas bases estruturais do modelo econômico neoliberal, discutindo as funções ambivalentes das políticas públicas no processo de garantia e acessibilidade aos direitos sociais para adentrar na construção das diretrizes e princípios que regulamentam em nível nacional políticas de ações de prevenção da violência que subsidiam a proposta do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Grande do Sul - PPV/RS.

Sob o enfoque da violência estrutural segue-se por pressuposto o conceito de violência enquanto violação de direitos. “Para o Direito, essa compreensão é vital, pois toda ação violenta é violadora de um direito (direito a vida, direito à integridade física, direito à integridade psíquica, direito à liberdade sexual, etc.)...” (ALMEIDA. 2001, p.25).

Parte-se de um distanciamento do conceito senso comum de agressão física ou moral de um indivíduo ou indivíduos contra outro indivíduo ou grupo de pessoas, buscando construir racionalmente o caminho para uma discussão mais ampla sobre a realidade contraditória da prevenção à violência em um modelo sócio econômico que reproduz violência na sua essência de acumulação de capital e dominação. E, assim, pretende-se identificar as relações que se estabelecem entre o objeto pensado e a realidade concreta que permeia a questão violência.

Manifestação inalienável da nova questão social a violência vem sendo debatida no meio acadêmico e político de forma fragmentada, conforme foco de sua ação e a perspectiva de defesa da vítima, sem introduzir o debate sobre o contexto e a estrutura onde se inserem vítima e vitimizador.

A violência pode ser direta ou indireta. É direta quando atinge de maneira imediata o corpo de quem sofre. É indireta quando opera através de uma alteração do ambiente físico no qual a vítima se encontra (por exemplo, o fechamento de todas as saídas de um determinado espaço) ou através da destruição, da danificação ou da supressão dos recursos materiais. Em ambos os casos, o resultado é o mesmo: uma modificação prejudicial do estado físico do indivíduo ou grupo que é o alvo da ação violenta.¹ (BOBBIO,1995, p.1291-1292).

A questão violência supera o ideário hegemônico de um fenômeno isolado que minimiza a ação violenta a lógica de fenômenos pontuais e legítimas ações de controle e prevenção centradas nos indivíduos em detrimento a análise da estrutura em que está inserido.

Inerente ao processo histórico de expansão e consolidação do sistema de acumulação capitalista se revela de formas distintas conforme a sua intencionalidade: Violência Urbana, Violência Doméstica, Violência Ambiental ou Ecológica, Violência Racial, Violência Sexual, Violência Religiosa, Violência Psicológica, e Violência Econômica, culminando em um emaranhado conceitual que não condiz com a complexidade das causas e dos fatores estruturais que determinam a violência e os seus agentes potenciais de controle e prevenção.

Apesar dos avanços legais e democráticos as disparidades sociais se perpetuam na sociedade brasileira e pior, se agravam: “o contexto de desigualdade revela uma sociedade na qual a carência de direitos da maioria é acompanhada de um acúmulo de poderes quase absolutos nas mãos dos dominantes”. (VIOLA, 2005, p.78)

Esta disparidade é inerente a premissa neoliberal de redução do Estado e livre concorrência, intensificando a fragilização das políticas e flexibilização dos direitos, destituindo o Estado da responsabilidade de promover a igualdade de direitos, utilizando destas estratégias para perpetrar seu ciclo de dominação. Esta ideologia se consolida e perpetua num processo de violência que permeia as relações sociais, e se legitima a partir do momento em que a população não se reconhece como parte de um mesmo contexto histórico e passível do mesmo processo exploratório.

No campo das políticas sociais, é evidente a questão violência. A violação dos direitos positivados se dá a partir do mesmo órgão responsável pela sua implementação. O Estado estabelece condicionalidades para acesso às políticas, num processo discriminatório e seletivo, onde os indivíduos para acessar seus direitos têm que comprovar que deles encontram-se destituídos.

¹ Sublinhado da autora.

Para Hannah Arendt (2009) a violação mais profunda dos direitos é estar privado de um lugar político, um espaço onde se possam construir coletivamente as necessidades e identidades que nos convertem em atores de nossa própria vida.

Compreende-se assim que, a violação dos direitos humanos e sociais esta relacionada não somente a não propriedade dos bens e meios de produção, mas também da privação do direito de se apropriarem do conhecimento sobre a legislação que regulamenta estas garantias (direitos sociais e humanos) e as formas de acessá-los. Mais do que isso, da restrição na participação ativa da construção das políticas e programas sociais.

Apesar da afirmativa de Hannah Arendt (2009) dizer respeito a um contexto histórico de fascismo, considera-se pertinente utilizá-lo também para evidenciar restrições ao exercício pleno da cidadania. A violência física que restringe em um determinado momento histórico o direito de expressão dos indivíduos vem sendo substituída de forma velada pela desapropriação do conhecimento, onde o povo perde o poder da palavra e da ação diante da ameaça de perda dos direitos e dos meios de subsistência.

Neste sentido a violência se manifesta enquanto violação do direito fundamental da liberdade o qual garante que “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (CRESS, 2003, p.69). Este direito pressupõe seres livres em pensamento, conscientes de seus atos e autores de sua história, iguais no acesso aos seus direitos fundamentais, sociais, convivendo com dignidade numa sociedade solidária e fraterna.

A liberdade se configura a partir da igualdade de oportunidades, tanto no acesso à propriedade, quanto na inserção no mundo do trabalho, na produção de capital e distribuição de renda, e uma expectativa de desenvolvimento humano proporcional ao desenvolvimento econômico.

Entretanto, os resultados nefastos da dominação neoliberal, tomaram dimensão global, revelando uma realidade que não condiz com o seu próprio discurso ideológico.

O direito aqui se apresenta em sua dimensão política que instiga pensar a liberdade sob uma perspectiva ampla e considerar a complexidade dos fatores que possibilitam que esta se efetive.

[...] a liberdade é não apenas a base da avaliação de êxito e fracasso, mas também um determinante principal da iniciativa individual e da eficácia social. Ter mais liberdade melhora o potencial das pessoas para cuidar de si mesmas e para influenciar o mundo, questões centrais para o processo de desenvolvimento (SEM, 1999, p.33).

A violação desta liberdade política, de participação efetiva dos indivíduos na organização e desenvolvimento social, pelo ideário neoliberal, se dá de forma velada.

Legalmente o Estado oferece espaços de representação e participação na construção da política, porém, o cidadão destituído de potencial crítico pelo desconhecimento dos próprios direitos acaba por legitimar o discurso ideológico e abdicar do exercício do seu papel social para a ruptura deste ciclo de dominação, alienação e exploração que impossibilita delimitar as reais demandas da população.

Bobbio (2009), ao conceituar a violência destaca as funções políticas que ela desempenha sobre formas concretas e subjetivas para a consolidação do processo de dominação e legitimidade do poder. Também estabelece considerações sobre a construção da identidade de grupos e coesão dos grupos sociais e nações em períodos de guerra ou conflitos violentos.

[...] a violência dos grupos rebeldes ou revolucionários tem freqüentemente a finalidade de provocar a reação do adversário para cair as máscara de hipocrisia e mostrar os enganos e as maquinações (verdadeiras ou presumidas) que lhe permitem dominar sem meios violentos, minando assim pela raiz a legitimidade de sua posição de poder (BOBBIO, 2009, p.1296).

Isto nos leva a pensar que existe uma conotação ideológica por trás da forma como a violência vem sendo divulgada pela mídia.

As manifestações da violência seja urbana, ambiental ou econômica, instiga uma intensificação das discussões, porém o viés da segurança pública e da necessidade da sociedade se mobilizar para combater este mal que invade a privacidade dos cidadãos, não esgota a compreensão dos fatores causais determinantes e condicionantes do fenômeno.

Por trás da discussão da invasão da propriedade privada, do desrespeito aos direitos individuais e da preservação da liberdade de consumo está em jogo, uma nova discussão sobre o mito da violação da propriedade privada que coloca o proprietário enquanto vítima e os expropriados de direitos como vitimizadores.

A inversão dos papéis diante da historicidade dos fatos e da privação de direitos, desperta um olhar diferenciado sobre a violência enquanto instrumento que dá visibilidade ao ressentimento das camadas vulnerabilizadas por um longo período de violação de direitos.

Imersos em um modelo político econômico neoliberal globalizado, que prima pela mínima participação estatal nos rumos da economia, pouca intervenção do governo nas relações de trabalho, flexibilização dos direitos sociais e fragilização das políticas sociais para a defesa dos princípios econômicos do capitalismo, prevenir a violência pressupõe desvendar os fatores potenciais da violência imersos nos mecanismos estruturais do modelo econômico.

Assim o debate sobre a lógica da prevenção da violência, enquanto violação de direitos perpassa pela contradição de prevenir a violência dentro da mesma estrutura socioeconômica que produz desigualdades, nega o acesso aos direitos positivados e reproduz relações de poder e dominação entre classes, indivíduos e grupos constitucionalmente considerados iguais.

Considerando este contexto contraditório de garantias e limites para o acesso aos direitos sociais e diante da proposta de implementação de um Programa de Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul - PPV/RS, emerge o projeto de pesquisa com a intenção de instigar o debate sobre a contradição imersa em um programa que se propõe prevenir a violência em um contexto estrutural, onde o modelo econômico neoliberal dominante prima pela supremacia do econômico sobre o social, em detrimento a proteção estatal dos direitos sócio assistenciais historicamente conquistados, disponibilizando-os através de políticas sociais fragmentárias e pontuais.

Esta aparente contradição constitui a questão chave que norteou a pesquisa bibliográfica. Buscou-se revelar na luta dos contraditórios os limites e possibilidades imersos em uma proposta de Implementação de um Programa de Prevenção da Violência imerso em um modelo econômico neoliberal a partir de uma investigação sistemática orientada pelas seguintes questões norteadoras:

- quais são os fatores determinantes da violência imersos nas bases estruturais do modelo econômico neoliberal?
- quais são as diretrizes e princípios da Política que orienta a Prevenção da Violência no âmbito Nacional e o Programa de Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul?
- quais são os fatores determinantes e condicionantes para a implementação de um Programa de Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul tendo em vista a sua imersão em um modelo econômico neoliberal?

O objetivo geral da pesquisa centrou-se na ampliação do pensamento crítico sobre a realidade vivenciada, desafiando a autora a introduzir-se em um universo pouco explorado pelo Serviço Social, a economia política e a ciência política para alcançar o objetivo de: “Revelar os fatores que caracterizam a contradição estabelecida a partir da proposta de implementação de um Programa de Prevenção da Violência em uma sociedade cujo modelo econômico dominante segue a ideologia neoliberal”.

Para alcançar este objetivo delineou-se um percurso lógico, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno investigado e as suas múltiplas determinações, e que consistiu em atingir os seguintes objetivos específicos:

- identificar nas bases estruturais e ideológicas do modelo econômico neoliberal os fatores determinantes e condicionantes da violência;
- caracterizar as diretrizes e princípios da Política que orienta a Prevenção da Violência no âmbito Nacional;
- analisar a proposta base do Plano de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul;
- analisar os fatores potenciais e os entraves que interferem na implementação de um Plano de Prevenção a Violência em um modelo econômico capitalista neoliberal.

A produção de conhecimento é um grande desafio na sociedade contemporânea, porém para construir o novo, não se pode aceitar passivamente a máxima de que nada se cria tudo se copia. Esta afirmativa denota um caráter de demérito a construção de novos saberes na área das ciências sociais aplicadas, espaço onde os horizontes não podem se deixar delinear por barreiras ideológicas, afinal é uma área abrangente cuja fluidez é um convite a trilhar novos caminhos. Entretanto, o caminho seguro para esta viagem exige do pesquisador apropriar-se adequadamente do método e comprometer-se com o rigor científico para que a sua contribuição se efetive e obtenha reconhecimento no meio acadêmico.

Em pesquisa científica a leitura e interpretação de uma dada realidade dependem de um fio condutor, um referencial teórico, sem impossibilitar o pesquisador de revelar sua criatividade e modo de expressão.

Com base no projeto ético político² do serviço social, entende-se que a construção teórica não pode se distanciar do propósito ético de transformação social, seja através do

² O projeto ético político do serviço social é estruturado a partir dos princípios fundamentais da profissão, os quais constituem o fio condutor da atuação do assistente social e o comprometimento deste com a transformação da sociedade, tendo como prioridade a defesa dos direitos sociais e a promoção da cidadania e autonomia dos indivíduos. Os princípios fundamentais estão imersos no Código de Ética Profissional do Assistente Social – Resolução CFESS Nº273/1993 de 13/03/1993 – são eles: 1. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; 2. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; 3. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; 4. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; 5. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; 6. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas

retorno do produto da pesquisa à comunidade, seja através de instigar no meio acadêmico ou espaço de intervenção profissional o pensamento crítico sobre a realidade pesquisada.

Considerando estas concepções a pesquisa bibliográfica e documental seguiu a orientação do método dialético crítico. A análise dos dados parte do conceito de violência enquanto violação de direitos perpassa pelo conceito de violência estrutural para estabelecer um diálogo com a totalidade e concreticidade, visando extrair do objeto as suas múltiplas determinações, em busca de sua essência.

Netto (2009) descreve o método dialético como uma longa elaboração teórica, um método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, o qual partindo da aparência visa alcançar a essência do objeto.

A utilização deste método propiciou a compreensão da violência em sua totalidade, o que pressupõe o estudo do objeto imerso na lógica de acumulação do capital. O método dialético-crítico, considerando a dialética enquanto arte do estranhamento e da crítica, permite ampliar o pensamento e desvelar os aspectos contraditórios de uma proposta de prevenção da violência, considerando a historicidade do fenômeno e as relações políticas, econômicas e sociais inerentes a sua construção e desenvolvimento.

Marx, ao debater a gênese do capitalismo afirma que “É sabido o grande papel desempenhado na verdadeira história pela conquista, pela escravização, pela rapina e pelo assassinato, em suma, pela violência” (MARX, 1998, p. 828).

Sendo assim, considerando a violência como um processo intrínseco às relações sociais que se reproduzem para consolidação e manutenção da sociedade de classes, a análise desta pesquisa se orienta pelo pressuposto da contradição: violação de direitos versus prevenção da violência.

A Pesquisa Bibliográfica e Documental foi desenvolvida utilizando como fontes referenciais teóricas catalogados a partir da pesquisa em sites reconhecidos no meio científico, periódicos online, banco de teses e dissertações de Instituições de Ensino Superior e Pós-Graduação do território nacional, documentos de site oficial do Ministério da Saúde e bibliografias impressas.

existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;7.Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero; 8.Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores; 9.Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;10.Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero,etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Para aprofundar o estudo sobre as bases estruturais do modelo econômico neoliberal e investigar a presença de fatores determinantes da violência, foram acessados artigos científicos impressos e online, centrando o rastreamento de dados em produções científicas de autores de referência do Serviço Social, considerando o enfoque político-ideológico da profissão na análise da política social.

A coleta de dados referente à investigação das diretrizes e princípios que orientam a Política de Prevenção da Violência no âmbito nacional teve por base de investigação a Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001 que dispõe sobre a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Utilizou-se também como fonte de informações artigos científicos e dissertações de mestrado realizadas no âmbito nacional que avaliam a implementação desta política (BRASIL, 2001).

A proposta do Programa de Prevenção da Violência PPV/RS foi apresentada com base nos dados coletados no site da Secretaria Estadual de Saúde e documentos oficiais de implementação do PPV/RS fornecidos pela consultoria da UNESCO/SES/RS. Por tratar-se de um programa em implementação não foi possível registrar resultados de análises específicas do Programa, utilizando-se produções científicas referentes à análise de programas equivalentes no âmbito nacional para traçar parâmetros de avanços e limites para a implementação do PPV/RS.

O cruzamento dos dados conduziu a análise crítica das potencialidades e entraves da implementação da proposta de um Programa de Prevenção da Violência imerso em um modelo econômico neoliberal, subsidiando e orientando a discussão ampliada da questão violência e da contradição a ideologia dominante e as ações preventivas.

Esta pesquisa utiliza a abordagem qualitativa possibilitando aprofundar a compreensão lógica sobre o objeto pesquisado para explicar o fenômeno da violência. Esta modalidade “além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, (...) construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias de investigação” (MINAYO, 2007, p.57).

A operacionalização da análise foi realizada em três momentos: a pré-análise ou escolha dos documentos e retomada do pressuposto e objetivos; a exploração do material, compreensão e análise crítica das sistematizações realizadas; e finalmente, a interpretação dos resultados obtidos.

Na etapa de pré-análise “o investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final” (MINAYO, 2007, p.316). Assim, o pesquisador deve deixar-se

impregnar pelos conteúdos, num diálogo entre os pressupostos iniciais e as descobertas emergentes no processo de construção do conhecimento. Exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência são normas que deverão orientar a etapa de pré-análise possibilitando a construção de um quadro de sistematização dos dados que permitirá a visualização das afirmações agrupadas e a construção de categorias de análise, codificações e conceitos teóricos

Na exploração do material, “o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo do discurso será organizado” (MINAYO, 2007, p.317), a redução do texto as palavras e expressões é uma etapa delicada e determinante onde se definirá os padrões de agregação dos dados e especificação dos temas.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação foi uma etapa conclusiva onde “o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2007, p.318).

Os resultados sistematizados conduziram a discussão crítica do tema abordado, estabelecendo o diálogo entre a totalidade e o universo pesquisado oportunizando a construção do novo, sem a pretensão de conclusões exaustivas da realidade problematizada.

Espero com este trabalho contribuir para uma discussão ampliada sobre o tema violência “...porque se você parar pra pensar, a verdade não há...”³, mas sim um processo de conquista de verdades relativas, que instigarão novos questionamentos e novos desafios.

³ Fragmento da música “Pais e Filhos” do compositor Renato Russo.

1 DESVELANDO A VIOLÊNCIA IMPLÍCITA NAS BASES DO MODELO ECONÔMICO NEOLIBERAL

1.1 DO LIBERALISMO AO NEOLIBERALISMO: DAS BASES IDEOLÓGICAS À CRISE DO CAPITAL

Afirmar que a violência está implícita nas bases do modelo econômico neoliberal, não significa dizer que com ele surgiu e somente neste contexto ela se revela. O fenômeno violência é milenar e permeia as diversas fases da história revelando suas múltiplas faces, desde a Idade Antiga, Média, Moderna até a Idade Contemporânea, justificadas pela apologia ao poder e a dominação entre os povos e nações.

Desde a época do Renascimento Maquiavel já afirmava que “os homens devem ser mimados ou exterminados, pois se vingam de ofensas leves, das graves já não podem fazê-lo” (MAQUIAVEL, 1979, p.11), devendo o governante dispor de formas distintas de programar a sua dominação conforme a característica da população da província dominada.

A teoria de Maquiavel aponta como estratégia de dominação do príncipe utilizar-se das ocasiões e oportunidades para fortalecer o seu poder e liderança encaminhando ações paliativas e compensatórias para as camadas menos poderosas da sociedade a fim de fortalecer-lhes a ponto que sua força não tome proporções que venham a apresentar risco à ordem estabelecida.

Com a superação do feudalismo pela ordem do capital, esta forma subjetiva de violência toma proporção a partir da legitimação do ciclo dominação/exploração inerente ao modo de produção capitalista.

O novo modo de produção (capitalismo) emerge do feudalismo como algo novo e revolucionário, tendo por doutrina política e econômica o liberalismo.

Enquanto ideologia, o liberalismo paulatinamente proporcionou coesão ao conjunto das classes (dominados e dominantes), favorecendo a derrocada do feudalismo. Calcado no individualismo, o liberalismo preconizava a defesa irrestrita da propriedade privada, procurando demonstrar que a busca do interesse próprio e a liberdade plena garantiriam o equilíbrio funcional do sistema e a felicidade de todos, capitalistas e trabalhadores (PEREIRA, 2004, p. 16).

Para os pensadores liberais a propriedade privada e a liberdade são conceitos chave para a organização da sociedade. Stuart Mill e Adam Smith são referenciais teóricos que consolidaram a ideologia liberal sob a perspectiva de um Estado minimamente interventor apresentando apenas três funções indispensáveis:

a) de promover a soberania nacional, defendendo a sociedade da violência e invasão externas; b) de promover a proteção interna dos membros da sociedade contra a opressão e injustiças de outros membros, e, c) erigir e sustentar as instituições e obras públicas que sejam vantajosas para a sociedade, mas que não sejam atrativas para os capitalistas, seja pelo lucro, risco ou incapacidade dos mesmos de mantê-los funcionando (PEREIRA, 2004, p.17).

Netto e Braz (2009) identificam este estágio da consolidação do capitalismo e do ideário liberal como período de acumulação primitiva, onde a burguesia assume o controle das atividades econômicas e aparece como classe revolucionária, cujos interesses se conjugam com os anseios da população.

A heróica classe que tinha por tarefa libertar as forças produtivas dos limites colocados pelas relações inerentes ao regime feudal, não tardou a abrir rotas para a mundialização do capital dando início a processos progressistas e bárbaros que deu origem a teia de contradições da nova sociedade.

A fase seguinte, denominada “capitalismo concorrencial” (NETTO e BRAZ, 2009) evidencia os efeitos da concentração e da centralização emergindo as lutas de classe fundadas na contradição entre capital e trabalho.

A violência dos primeiros protestos operários era a reação inevitável à brutalidade da exploração capitalista, então basicamente centrada no incremento do excedente mediante a extensão da jornada de trabalho(mais-valia absoluta) – inexistiam quaisquer garantias para os trabalhadores, indefesos diante da rapacidade da burguesia(NETTO e BRAZ, 2009, p.173).

Rompe-se o processo de coesão social, preconizada no ideário do novo modelo de organização social, revelando o lado perverso do capital: “O capitalismo leva o proletariado a revolta porque, na vida de todo o dia, os patrões empregam a força num sentido contrário ao desejo de seus operários...” (SOREL, 1993, p.75).

A ação do Estado nesta perspectiva corresponde ao estritamente necessário para promover que os interesses privados tenham condições de se expressarem no mercado, excluindo a possibilidade de formulação de políticas que incidam diretamente na economia.

O pensamento liberal clássico defende os direitos civis de todos enquanto liberdade do indivíduo de se inserir no mercado, seja enquanto proprietário dos meios de produção ou pela venda da sua força de trabalho. Considera os direitos sociais, uma violação do critério de seletividade próprio do pensamento liberal e contraria a intervenção do Estado na esfera do livre mercado, restringindo os direitos políticos apenas aqueles indivíduos proprietários de bens, capazes de pagar certo montante de impostos.

A crítica a este tipo de Estado expressa por Marx no Manifesto Comunista de 1848, introduz um novo caráter de discussão sobre a problemática da representação de interesses, a que chama interesses de classe, resultante de interesses comuns de indivíduos membros de uma mesma classe: “O Estado não representa os interesses de cada um dos burgueses, mas só representa interesses individuais na medida em que eles não entrem em choque com o interesse comum da classe” (COUTINHO, 1998, p. 52).

O Estado é apontado como uma instituição que representa interesse de determinada classe ou fração dominante em detrimento das demais classes, e, portanto, neste contexto histórico, a ideologia marxista compreendia que somente um desfecho violento entre classe burguesa e classe trabalhadora poderia reverter o processo e derrubar o capitalismo.

Sorel (1993, p.75) ao discutir as ilusões sobre o caráter das violências afirma que “estas não podem ter valor histórico a não ser que sejam *‘expressão brutal e clara das lutas de classe’*”, e aponta para a ineficácia de ações paliativas de controle social das demandas originadas pelos efeitos nefastos do modo de produção. Nesta perspectiva, usar de estratégias para apaziguar os conflitos, o que o autor chama de “ações pela paz”, são formas de dominação e manutenção da ordem, proteção do livre mercado e retardamento dos efeitos da crise na economia. A dicotomia entre as classes intensifica-se assim como as desigualdades sociais, negando a ideologia da economia política liberal da livre concorrência como fórmula ideal para eliminar as desigualdades e privilégios.

Sob a perspectiva dos referenciais teóricos clássicos histórico-materialistas compreende-se imerso na essência do modo de acumulação capitalista, princípios dogmáticos de seletividade, dominação e individualidade, em detrimento ao bem comum, a igualdade no direito a propriedade e ao acesso aos direitos sociais.

Marx (1998) ao debater a gênese do capitalismo utiliza termos como a conquista, a subjugação e também a violência, para identificar fatores importantes no processo de implementação do capitalismo na sociedade ocidental. Identifica momentos em que grandes massas humanas, de súbito e violentamente, são privadas dos seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários destituídos de direitos.

A Revolução Industrial e subsequente advento do Capitalismo provocaram a desestruturação de pequenos empreendimentos familiares, sem condições de concorrência com a produção em massa, estes trabalhadores, antes detentores dos próprios meios de produção, são obrigados a se inserirem no mercado vendendo sua força de trabalho.

Os valores do trabalho para compradores e vendedores não seguem a mesma perspectiva. De um lado, os trabalhadores, cujo valor de oferta de sua força de trabalho está

relacionado ao desejo de suprir as suas necessidades, vendendo seu trabalho em maior ou menor valor conforme os interesses do comprador, de outro lado o capitalista, que estabelece as considerações sobre o valor da força de trabalho conforme suas estratégias de produção, de forma que conduzam a uma maior lucratividade.

A concepção liberal de liberdade e livre concorrência subtraem do indivíduo o direito de exercer os seus direitos políticos e civis, respondendo à dinâmica do capital de acordo com as etapas de desenvolvimento e exigências do mercado - oportunidade de inserção no mundo do trabalho, nas épocas de ouro do capitalismo, ou exclusão social e marginalidade nos momentos de crise e expansão tecnológica (PEREIRA, 2004).

Mesmo com os avanços no acesso aos direitos sociais, conquistados pela mobilização da classe trabalhadora, estes se mantêm em desvantagem na dinâmica de acumulação capitalista. O mercado, historicamente, manteve a lógica da lucratividade, avançando do modelo industrial para o tecnológico, substituindo a massa trabalhadora por máquinas cada vez mais sofisticadas, deixando em seu caminho uma legião de desempregados funcionais. Concomitantemente, se intensifica as demandas sociais inerentes a exclusão do indivíduo do mercado formal de trabalho, fragmentando os movimentos sindicais e fragilizando os direitos sociais até então conquistados.

De acordo com Marx (1998), sob esta perspectiva se dá a desconstrução da idéia de consciência enquanto produto das relações individuais e se conduz à compreensão da materialidade relacionando a consolidação da estrutura econômica da sociedade às relações de produção, formando a base sobre a qual uma superestrutura jurídica e política surge e vem determinar formas de consciência social correspondentes. Ou seja, o social, o intelectual e a vida do processo político geral se condicionam ao modo de produção da vida material.

Imersa nesta dinâmica de dominação e expropriação dos indivíduos, a violência se introduz como uma das manifestações da questão social e potencial produto do modo de produção capitalista que se insere na dinâmica de reprodução social e nas bases estruturais deste modelo sócio econômico revelando fatores determinantes da emergência de fenômenos violentos e evidenciando funções políticas, econômicas e sociais da violência que se encontram imbricadas na relação entre Estado, mercado e sociedade, bem como, potencializando a criação de mecanismos de proteção social que fomentem a idéia de prevenção ou controle.

O primeiro passo para desvendar a lógica da prevenção à violência implica compreender o movimento dinâmico estabelecido entre o Estado e o mercado para a manutenção da acumulação capitalista.

Ao longo do século XIX e XX, houve a expansão dos direitos políticos e sociais. A luta pelo sufrágio universal bem como o surgimento de partidos e sindicatos de massa, ampliam a participação das classes populares e apontam para o fim do caráter restrito do Estado enquanto poder político e coercitivo.

Os direitos sociais vão sendo progressivamente conquistados, evidenciando a possibilidade de emergir dentro da organização social capitalista, espaços de formulação de políticas que respondessem as demandas das classes subalternas. Cria-se um espaço econômico para concessões, onde os novos interesses se fazem representar na formulação de políticas estatais, o que vem a pressionar a conversão do Estado liberal clássico para liberal democrático, culminando no Estado de Bem-Estar, e na abertura do espaço político à representação de interesses diversos e ao surgimento de novos atores políticos coletivos, aos quais Gramsci denominou “Sociedade Civil”.

Gramsci (1987) parte do conceito de sociedade civil para demonstrar que a classe dominante não mantém o poder apenas mediante a coerção, mas, também, por intermédio do consentimento (hegemonia). A sociedade civil é parte integrante do Estado, diverge da sociedade política pelos meios de exercer a hegemonia, sendo constituída por organizações privadas, igrejas, sindicatos, escolas, etc. assumindo os intelectuais papel fundamental na difusão e conservação da concepção do mundo que atende aos interesses das classes proprietárias.

É no âmbito da sociedade civil que se dá a legitimidade à formulação das políticas, porém, cabe observar “que toda relação de hegemonia implica um grau maior ou menor de concessão aos interesses da classe ou grupo sobre o qual se quer exercer hegemonia” (COUTINHO, 1995, p. 56).

Enquanto estratégia de manutenção do poder os sistemas de proteção social, em sua origem, têm como questão chave o controle da pobreza. A Lei dos Pobres, vigente nos países Europeus nos séculos XVII à XIX, surgiu paralelamente à consolidação dos estados nacionais e a transição para o capitalismo. A pobreza neste contexto passa a ser reconhecida como risco social para a expansão do comércio e valorização das cidades, sendo passível de ações Estatais de controle com caráter caritativo.

Com a expansão e consolidação do capitalismo, no final do século XIX, surgem os seguros sociais compulsórios como modelos de proteção social voltados para os riscos sociais associados ao trabalho assalariado. A emergência do fenômeno chamado questão social no desenvolvimento capitalista traduz para a esfera pública as demandas de setores emergentes no mundo do trabalho. Aparecem novos atores sociais e arranjos institucionais com potencial

crítico forjando a expansão dos direitos políticos como forma de alcançar os direitos sociais e inserir na agenda do Estado os interesses das classes trabalhadoras.

De acordo com Costa (2006, p.61): “O conflito social se traduz em conflito político, expresso na atuação do Estado em cada contexto histórico”. As ações do Estado em resposta às crises cíclicas da economia e riscos sociais inerentes da questão social deram origem a novas concepções de proteção social.

1.2 A ERA DOS DIREITOS: A CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Os sistemas de proteção social europeus desenvolvidos nas últimas três décadas do século XX tiveram significativa importância na consolidação dos sistemas de seguridade social atuais, tendo por traço marcante o fato de serem implantados e geridos pelo Estado.

Estes sistemas estatais, enquanto modalidades políticas de alocação dos recursos sociais surgem em resposta à crescente incapacidade do mercado de regular as relações econômicas principalmente as relacionadas a desigualdades sociais e exclusão, resultante do processo de industrialização e urbanização que trouxe consigo o agravamento de questões ligadas à pobreza, condições de trabalho, saúde, desemprego.

A partir da Primeira Guerra Mundial, mediante o abalo político sofrido pelos impérios capitalistas com o fortalecimento dos governos socialistas, muitos países europeus passam a incorporar novas estratégias políticas, procurando adequar o chamado bem estar social à democracia, tendo por parâmetros os princípios da liberdade humana, a social-democracia e a junção pacífica entre os partidos de direita e de esquerda.

Na Teoria Geral de Keynes, o capitalismo é indicado como modelo ideal de organização social, porém questiona as teorias de precedentes quando a forma que se estabelece o equilíbrio do mercado. Para Keynes (1985) a economia não tende ao equilíbrio porque é resultado da expectativa dos agentes, sendo necessária a intervenção de um órgão – Estado – para que se de o equilíbrio enquanto agente regulador.

[...] enquanto a ampliação do governo, que supõe a tarefa de ajustar a propensão a consumir com o incentivo para investir, poderia parecer a um publicista do século XIX ou a um financista americano contemporâneo uma terrível transgressão do individualismo, eu a defendo, ao contrário, como o único meio exequível de evitar a destruição total das instituições econômicas atuais e como condição de um bem-sucedido exercício da iniciativa individual (KEYNES, 1985, p.257).

A intervenção do Estado sob a perspectiva keynesiana se consolida a partir da implementação de mecanismos comprometidos com a manutenção do *status quo*, tendo como

atribuições amenizar os efeitos destrutivos do capital, restabelecer a solidariedade social e mediar os conflitos.

Também considerado como formas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros, esta proteção se dá a partir das políticas sociais, constituindo-se um princípio básico para análise da política social a reciprocidade estabelecida entre esta e a estrutura social. Esta relação bidirecional oportuniza impactos tanto direcionados a manutenção da hegemonia capitalista quanto à formulação de novas hegemonias no que se refere a direitos sociais, civis e políticos.

O estudo sobre sistemas de proteção social e políticas sociais permeia momentos históricos que antecedem a consolidação da Revolução Industrial, perpassa pelas correlações de força instaladas no seio do processo de ascensão do capitalismo e identifica a origem das diversas faces assumidas pelo Estado para sua manutenção enquanto organização social de acumulação capitalista.

Sob esta ótica, não se pode afirmar que a origem das políticas sociais estejam diretamente relacionada à implantação do Estado de Bem-Estar, no entanto, foi com o Estado de Bem-Estar pós-guerra, de estilo keynesiano-fordista, que a política social se apropriou de valores de cidadania e igualdade de direitos sociais, em detrimento a ideologia liberal do individualismo e livre concorrência. É no campo das lutas de classes, formação de sindicatos e partidos políticos e desenvolvimento da intervenção estatal, que as políticas sociais foram se consolidando e difundindo.

Adelantado (2000), enfatiza três correntes teóricas para a análise das políticas sociais dos Estados de Bem-Estar do pós-guerra: a corrente marxista ou neo marxista, debate as políticas sociais enquanto produto das relações de produção capitalista e da contradição capital/trabalho, dando origem ao Estado de Bem-Estar, às suas funções e a natureza de suas políticas sociais; a corrente tradicional não marxista, cujo objeto de investigação não se detém no Estado de Bem-Estar mas nos fatores causais e variáveis que o determinam; a corrente inaugurada por Esping-Andersen que trata da desmercantilização e da explícita conexão entre política social e estrutura social, surgimento de distintos modelos de Estado de Bem-Estar e de diferentes sistemas de estratificação social. Neste trabalho a discussão das políticas é orientada pela corrente marxista.

A complexidade dos diversos fatores que constituem a estrutura social constitui um desafio para a análise da política social. Esta não pode ser estudada como algo estanque, visto que está imersa a uma realidade social contraditória e de natureza conflituosa que se expressa através de um constante movimento dialético entre sociedade, Estado e Mercado.

Com base nos estudos de Adelantado (2000), a estrutura social se configura como o conjunto de instituições, regras e recursos que atribuem condições de vida desiguais as pessoas em um momento e lugar determinado, desta forma ela potencializa as correlações de força entre classes sociais ou segmentos sociais na construção dos sistemas de proteção social. É neste contexto que os interesses das camadas sociais organizadas interfere na organização do Estado e pressionam a intervenção deste na organização econômica, criando espaços para novos modelos hegemônicos de organização das demandas sociais e, por conseguinte espaço de desmobilização, caso as camadas populares estejam fragmentadas em interesses particulares e pontuais.

Di Giovanni (2009) define política social, a partir de um conceito minimalista de intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações sociais problemáticas, tendo por pressupostos: uma capacidade mínima de planificação instalada dos órgãos de Estado, tanto no campo técnico de gestão, quanto no ponto de vista político; uma estrutura republicana da ordem política vigente, que permita a coexistência e independência de poderes e a vigência de direitos de cidadania; uma capacidade coletiva de formulação de agendas públicas.

Segundo Pereira (2008), política social é política pública e direito de cidadania. O caráter público da política não é dado somente pela sua vinculação do Estado, nem pelo tamanho do agregado social que lhe demanda atenção, mas por significar um conjunto de decisões e ações que resultam ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade. Já os direitos sociais com os quais as políticas públicas se identificam se guiam pelo princípio da igualdade, equidade, justiça social e liberdade, permitindo à sociedade exigir atitudes positivas do Estado para transformar esses valores em realidade e incorporados à lei.

O constante movimento dialético entre estrutura social e demandas sociais estabelece um processo de regulação política que evidenciam quatro principais tipos de arenas de conflito em que a política social é produzida. A arena regulamentadora produz políticas que consistem em ditar regras autoritárias que afetam o comportamento dos cidadãos. A arena redistributiva, onde o poder público dita critérios que beneficiam certas categorias ou sujeitos em detrimento a outros, tendo em vista o maior equilíbrio na distribuição de bens. A arena distributiva, cujas políticas não incitam confrontos de interesses, geralmente compensatórias. A arena constitutiva, decorrendo ações públicas cuja coerção é débil ou afeta indiretamente o cidadão, definindo regras sobre normas ou o poder constituído.

O Estado de Bem-Estar serve de exemplo, tendo como referencia os modelos de classificação onde se constata que, conforme o modelo adotado pelo Estado, as políticas

sociais tomam direcionamentos diferenciados, tendo por fim a manutenção do molde de acumulação capitalista. O modelo residual é caracterizado por políticas seletivas dirigidas a grupos particulares, de caráter temporário e referidas a certos tipos de riscos e privações. No modelo meritocrático-particularista as políticas sociais são complementares as instituições econômicas. No modelo institucional redistributivo, estão garantidos a todos os cidadãos os direitos e prestações relativas ao bem-estar em termos de patamares mínimos de renda ou serviços, sejam estatais ou por instituições com fundos repassados pelo Estado. (PEREIRA: 2004)

O conceito e as formas de expressão das políticas públicas passam por um processo evolutivo apresentando variáveis dos exemplos supracitados, ou até mesmo superando estes moldes conforme o avanço dos processos de democratização das sociedades contemporâneas.

Segundo Harvey (1993), a crise do Estado de Bem-Estar no período de 1965 a 1973 tornou cada vez mais evidente a incapacidade do fordismo e do keynesianismo de conter as contradições inerentes ao capitalismo. A rígida estrutura keynesiana criada para superar a crise precedente e dar respostas políticas ao perigo socialista que se instalara no Leste Europeu, pela Revolução Russa de 1917, não suportou as pressões do mercado, pois não correspondia mais ao ciclo de expansão do desenvolvimento econômico capitalista, entrando em colapso a partir de 1973, o mercado já não podia ser regulado pelo Estado e a transição para um novo regime de acumulação importaria na alteração do modo de regulamentação do capital, do mercado e da força de trabalho.

1.3 MODELO NEOLIBERAL: DA ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA A FRAGILIZAÇÃO DOS DIREITOS

Os principais teóricos das idéias liberais do século XX são Friedrich Won Hayek e Milton Friedman, respectivamente responsáveis pelas obras literárias: “O Caminho da Servidão” (HAYEK, 1944); “Capitalismo e Liberdade”(FRIEDMAN, 1980) e “Liberdade de Escolher” (FRIEDMAN, 1982).

Ambas teorias contrárias aos ideais do Estado de bem-estar, preconizavam a retomada do Estado mínimo com funções menos autoritárias e menos paternalistas. Diante do êxito do Welfare State diante os olhos da sociedade e dos economistas na chamada era de ouro do capital, as teorias neoliberais não obtiveram crédito.

Entretanto a crítica ferrenha de Hayek ao socialismo recebeu a apreciação dos economistas e intelectuais, discute a factualidade deste modelo por não dispor de preços de mercado, ser autoritário, exterminar a liberdade e suprimir a individualidade do homem.

Com a chegada da crise do modelo econômico no pós-guerra, em 1973, devido à diminuição da lucratividade dos grupos econômicos internacionais as ideias neoliberais passaram a ganhar terreno. As teorias de Hayek e Friedman alcançam maior credibilidade. O poder excessivo dos sindicatos e o movimento operário são apontados como fatores causais da crise e acusador de corroer as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (ANDERSON, 1995).

O fortalecimento do Estado supunha além da implementação de uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, “a restauração da taxa "natural" de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos” (ANDERSON, 1995, p.11).

Para Hayek e Friedman, a desigualdade social é analisada como uma prática saudável para todos, pois é a partir das desigualdades que se gera a competitividade e daí o crescimento de toda a sociedade.

Friedman (1982) disserta sobre a liberdade e igualdade, a partir dos direitos fundamentais do homem a vida, a liberdade e a felicidade, dando ênfase a discussão de igualdade de oportunidades defendida pelos liberais, concluindo que “nem mesmo as diferenças entre as pessoas: cor, religião, país de nascença e outras, deveria ser empecilho para a realização das oportunidades, cada um deveria ter apenas sua própria capacidade como limite”

Já o conceito de “igualdade de resultados” que emerge no século XX é fonte de sua crítica afirmando que tal concepção desestimula as pessoas a produzirem, pois sua recompensa não estaria ligada a sua produção, além do mais, nem todos aceitariam tal imposição, e neste caso a igualdade estaria se opondo à liberdade.

O liberalismo ressurgiu como Neoliberalismo⁴ que mesmo apresentando as mesmas estruturas filosóficas, ideológicas, perde o caráter de revolucionário e assume o de

⁴ Doutrina surgida nos anos subsequentes ao final da Segunda Guerra Mundial. Inspirada no liberalismo econômico clássico, mas desfigurada para atender aos desígnios do desenvolvimento capitalista no século XX, o neoliberalismo tem seu marco fundamental no ano de 1947, em Mont Saint Pélérin, Suíça. Na ocasião, reuniram-se importantes economistas e intelectuais conservadores contrários às tendências da época, marcada pela ascensão do keynesianismo. Formulou-se, então, uma nova doutrina, pretensamente universal, que se opunha a todo o pensamento econômico de inspiração keynesiana e às políticas dele conseqüentes, como o incipiente Estado do Bem-estar social (Estado-providência) e às políticas econômicas de cunho anti-cíclico. O austríaco

reacionário. Retoma-se a defesa da igualdade de oportunidade, a naturalização da desigualdade social, e a competição como meio para estimular a produção, o comércio e a prosperidade generalizada.

Porém, a utopia da economia política liberal, assim chamada por Sorel (1993), de uma “sociedade reduzida a tipos comerciais, sob a lei da mais completa concorrência” (SOREL,1993, p.33) não necessariamente produz uma distribuição natural da renda, a tendência é de sempre haver aqueles que consigam concentrar essa renda, em detrimento da classe trabalhadora, responsável pela produção e pelos lucros de determinada empresa. Dificilmente estes trabalhadores receberão reparação salarial equitativa a esta produção ou margem de lucro, além disso, sem a intervenção do Estado, também não terá outros benefícios que possam garantir suas necessidades.

A acumulação flexível de capital, na concepção de Harvey (1993) se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Surgem setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

A desigualdade nos padrões do desenvolvimento entre setores e regiões geográficas, cria novos espaços de emprego no setor de serviços, emergindo conjuntos industriais em regiões até então subdesenvolvidas.

Os horizontes temporais da tomada de decisões privada e pública se estreitam, a informatização conduz a redução dos problemas de espaço e tempo possibilitando a difusão imediata das decisões num espaço cada vez mais amplo e variado.

Friedrich August von Hayek e o norte-americano Milton Friedman, principais formuladores dessa corrente conservadora, criticavam o caráter autoritário desse Estado, que com seus encargos sociais e sua atuação reguladora, estaria impedindo a realização das liberdades individuais e a competição que levava à prosperidade econômica. A partir desse diagnóstico, propunham o afastamento do Estado em relação às atividades econômicas, bem como a realização de inúmeras reformas institucionais que permitissem a livre competição e a livre circulação dos capitais, de forma que a única ação reguladora possível fosse a do mercado. Privatização de todos os setores da economia nacional, transferência de serviços públicos ao setor privado, desregulamentação do sistema financeiro, redução dos encargos e direitos sociais como um todo, redução dos gastos governamentais, entre outras, são algumas das principais propostas do neoliberalismo. A primeira experiência de implantação de políticas neoliberais ocorreu no Chile, comandado pela Ditadura do General Pinochet, ainda nos anos 70. Seu “ressurgimento” correspondia à necessidade do sistema capitalista de re-dinamizar o processo de acumulação, que entrara em crise na medida em que o padrão de financiamento público (estatal) da economia se tornava insuficiente para suprir as necessidades de expansão permanente do capital. O aumento exagerado dos déficits fiscais converteu-se em ameaça ao próprio sistema, na medida em que o Estado não podia mais financiar tais encargos. As reformas neoliberais, que identificavam o problema não no capital, e sim no Estado, surgem então como a panacéia: reduzir encargos sociais, encargos trabalhistas, saneamento fiscal (redução dos gastos públicos e privatizações), redução de direitos sociais, entre outras. Nos anos 1990, sobretudo na América Latina, o receituário neoliberal assumiu ares de hegemonia. NEOLIBERALISMO . Glossário. História, Sociedade e Educação no Brasil - HISTEDBR - Faculdade de Educação – UNICAMP (Verbetes).

A mercadoria toma novas formas. O saber científico e a informação assumem valor e se estabelece uma reorganização do sistema financeiro global e a emergência de poderes imensamente ampliados de coordenação financeira.

Surgem em nível de mercado novos grupos industriais e opções de localização ditadas pelas estruturas oligopolistas as quais pertencem no plano mundial. Gradativamente, as modalidades de funcionamento das multinacionais moldaram um novo perfil técnico-financeiro assumindo o papel de “regente da orquestra” com o objetivo de promover seus interesses globais, congregando controle de diversas formas de produção e relações transnacionais, incluindo ou não investimentos de capital.

A amplitude da constituição das multinacionais como grupo, conduziu a mensuração das empresas e definição destas a partir da evolução do capitalismo da década de 80: o conjunto de uma matriz enquanto centro financeiro as filiais sob seu controle.

Evidenciam-se estratégias predominantemente financeiras das multinacionais contemporâneas, que podem assumir tanto forma produtiva de investimentos de capital, quanto aspectos improdutivos ou parasitários. A estratégia tecno-financeira das multinacionais “novo estilo” exige rentabilidade, porém não baseada unicamente na produção e comercialização próprias do grupo e de suas filiais.

O capital por sua vez se define como “um valor, cujo objetivo é a auto-valorização, a obtenção de lucro, em condições nas quais o ramo industrial, bem como a localização geográfica do comprometimento do capital, tem em última análise, caráter continente” (CHESNAIS, 2006, p.81), sendo relacionado, a quatro categorias de operações e fontes de receitas: lucros especulativos, vendas (que tem origem no domínio de mercado), lucros monetários e vendas de categorias de serviço.

A perspectiva de Mercado único impulsionou o conjunto de concentração e internacionalização levantando questões referentes à caracterização da natureza da concorrência e formas de mercado resultantes da concentração; à interpretação das causas subjacentes à concentração, e; ao problema clássico de gestão dos custos burocráticos, aumentados pela mundialização.

Destacam-se os oligopólios caracterizados pela interdependência das companhias que tanto se constituem em espaço de concorrência quanto de colaboração entre grupos para conservação no plano mundial. O movimento de fusões/aquisições acarretou a generalização de situações de oligopólio mundial.

Observa-se um processo simbiótico em que as companhias detentoras de tecnologias sofisticadas de informação assumem a coordenação de redes cada vez mais amplas, tendo o

objetivo comum de concentração do domínio do mercado nas suas mais diversas faces de produção seja industrial ou tecno-financeira.

Desta forma há uma redução nos custos burocráticos associados a sua internacionalização e também uma melhor gestão de novas relações, mantendo um controle estrito sobre parte das operações das empresas sem ter que as absorver dando assim origem às empresas-rede.

Paralelo a esta realidade econômica e as estratégias singulares de reorganização do mercado para manutenção da livre concorrência, intensifica-se a segregação das classes trabalhadoras, retornando a gênese capitalista de expropriação dos indivíduos de seus meios de sobrevivência e aproveitamento de sua força de trabalho no mercado formal, movimento que desafia o Estado para a construção de respostas alternativas para as demandas da sociedade moderna.

Para adentrar a discussão dos efeitos nocivos do neoliberalismo e correlacionar a violência ao modelo econômico e sua reprodução social faz-se necessária primeiramente diferenciar conceitualmente neoliberalismo, projeto neoliberal e modelo econômico neoliberal.

Anderson (1995) conceitua neoliberalismo como uma doutrina político-econômica mais geral, formulada, logo após a Segunda Guerra Mundial, por Hayek e Friedman, entre outros - a partir da crítica ao Estado de Bem-Estar Social e ao socialismo e através de uma atualização regressiva do liberalismo.

Segundo Filgueiras (2006) o termo “projeto neoliberal” expressa a forma como, concretamente, o neoliberalismo se expressa num programa político-econômico específico, como resultado das disputas entre distintas frações de classes da burguesia e entre estas e as classes trabalhadoras. Por fim, modelo econômico periférico é resultado da forma como o projeto neoliberal se configurou, a partir da estrutura econômica anterior do país.

“Em suma, o neoliberalismo é uma doutrina geral, mas o projeto neoliberal e o modelo econômico a ele associado, são mais ou menos diferenciados, de país para país, de acordo com as suas respectivas formações econômico-sociais anteriores” (FILGUEIRAS, 2006, p.179).

Filgueiras (2006) a propor esta compreensão introduz nesta conceitualização o termo modelo econômico neoliberal periférico, apontando para o caso específico da expansão neoliberal no Brasil e na América Latina.

O Brasil foi o último país da América latina a adequar-se ao projeto neoliberal. As primeiras tentativas de reformas no estado ocorrem no início dos anos 90, ainda com o

presidente Collor de Melo com a desregulamentação econômica, a abertura do mercado e a planificação da economia na tentativa de diminuir a inflação. Ocorrem, neste período, igualmente, as tratativas iniciais com as instituições internacionais, principalmente o FMI.

Com a inserção de Fernando Henrique Cardoso na gestão do Ministério das Relações Exteriores e posteriormente do Ministério da Fazenda, após o impeachment de Collor, recomeçam as tratativas com as instituições internacionais. A “Modernização do Estado” enquanto estratégia de governo transforma-se na grande propaganda ideológica para que se efetivasse o processo das privatizações das empresas estatais brasileiras.

O Plano econômico, chamado, no Brasil, de "Plano Real" fazia parte de uma sistemática política global mais abrangente. A idéia de planificação econômica foi criada pelas instituições financeiras do Primeiro Mundo, numa tentativa de conter a elevada inflação das economias emergentes, como no caso do Chile, México, Argentina, Brasil e outros mais.

O Plano agradou a elite brasileira, e rompeu com a resistência anterior a modernização da economia, por outro lado passava às classes vulneráveis a ilusão de ascensão financeira através do poder de compra, rompendo as resistências anteriores à implementação do modelo econômico neoliberal que acaba por se legitimar com a aprovação da sociedade civil.

As reformas neoliberais aplicadas especificamente no Brasil implicaram a adoção de programas de ajustes estruturais, como as reformas Administrativas e Previdenciárias, que exigiram um rigoroso esforço de equilíbrio fiscal, privatizações, redefinição do papel do Estado na economia, causando, ao contrário do que os defensores de tais políticas alardeavam, recessão econômica, ingresso do capital externo, desemprego, aumento do trabalho informal, conflitos sociais, crise de modelos políticos tradicionais, flexibilização dos direitos trabalhistas, precariedade e, mesmo, desmonte dos sistemas de seguridade social, de saúde e de educação (CREMONESE, 2009, p.126).

No caso brasileiro a participação do aparelho do Estado, aparece como ação crucial para a estruturação, evolução e dinâmica do modelo econômico neoliberal. Contrariando a doutrina liberal de uma redução do poder do Estado, a implementação e a condução deste modelo, reforça e amplia o seu poder.

O que se identifica como sendo o modelo econômico neoliberal no Brasil –com sua respectiva dinâmica macroeconômica extremamente instável–, se estruturou através de profundas mudanças –capitaneada por sucessivos governos– em, pelo menos, quatro dimensões estruturais, quais sejam: 1) a relação capital/trabalho; 2) a relação entre as distintas frações do capital; 3) a inserção internacional (econômico-financeira) do país e 4) a estrutura e o funcionamento do Estado (FILGUEIRAS, 2006, p.186).

Filgueiras (2009) relaciona as mudanças na relação capital-trabalho ao processo de reestruturação produtiva, que redefiniu radicalmente, no plano objetivo material, a correlação

de forças existentes, com o claro enfraquecimento da capacidade política e de negociação da classe trabalhadora e de suas representações.

A introdução de novos métodos de gestão do trabalho e outras tecnologias, repercutiu de forma devastadora sobre o mercado de trabalho. De um lado as baixas taxas de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) revelaram a dificuldade de adaptação das empresas ao novo modelo, de outro e emergência de altos índices de desemprego, fomentando a desregulamentação dos direitos trabalhistas.

Junto com o desemprego e como produto de uma ampla desregulação do mercado de trabalho – efetivada na prática pelas empresas e por diversos instrumentos jurídicos emanados dos sucessivos governos –, veio um processo generalizado de precarização das condições de trabalho –formas de contratação instáveis que contornam ou burlam a legislação trabalhista, prolongamento da jornada de trabalho, redução de rendimentos e demais benefícios, flexibilização de direitos trabalhistas e ampliação da informalidade– tudo isso, enfraquecendo e deslocando mais ainda a ação sindical para um comportamento defensivo (FILGUEIRAS, 2009, p.188).

As mudanças nas relações intercapitalistas a partir da transnacionalização do capital trouxeram consigo uma maior participação do capital internacional e dos grandes grupos econômico-financeiros nacionais para além da economia aumentando também o seu poder político. A exportação passa a ter uma importância estratégica para a dinâmica neoliberal principalmente a partir do Governo Lula, ao possibilitar um mínimo de estabilidade. O processo de terceirização em escala global, passam a redefinir no interior dos países as articulações e encadeamentos com as cadeias produtivas, aliando os diversos níveis do capital, na defesa da redução e/ou extinção de encargos sociais e trabalhistas, constituindo novas formas de contratação de serviços em um processo de precarização das condições de trabalho e de flexibilização do mercado de trabalho.

Dá-se início a um processo de violação legitimada dos direitos trabalhistas. Em nome do desenvolvimento econômico a transnacionalização do poder destorce o sentido de liberdade ao confundir a inserção do trabalhador como prestador de serviços e, portanto detentor de igualdade de oportunidade no processo de livre concorrência na cadeia produtiva. Aqui se expressa de forma lícita o sucateamento dos direitos trabalhistas, enquanto violação de direitos e, portanto violência sublimada pelo ideário da liberdade política e igualdade econômica, conforme os próprios limites individuais.

Tal disparidade de direitos se reproduz no âmbito da inserção econômica do país na economia mundial. A integração do mercado financeiro nacional ao movimento dos mercados financeiros internacionais seguiu a lógica das novas relações internacionais,

[...] o país passou, inicialmente, a ser importador líquido de bens e serviços, implicando em elevados saldos negativo por conta de transações correntes do balanço de pagamentos. Esses saldos foram financiados pela privatização de empresas públicas, aquisições de empresas nacionais por capitais estrangeiros e pelos fluxos internacionais de capitais (superávits na conta de capital), equilibrando-se, deste modo, o seu balanço de pagamentos (FILGUEIRAS, 2009, p.192).

O despojar-se do patrimônio nacional, abre espaço para um novo modelo econômico, que reproduz a dinâmica da “colonização”, cuja exploração vai além da força de trabalho, e retorno ao processo de expropriação das riquezas de uma nação.

Netto e Braz (2009) ao discutir a economia contemporânea enfatiza o neoliberalismo como terceiro período do estágio imperialista⁵ do capitalismo que se utiliza desta ideologia para ampliar os horizontes da sua dominação através da ruptura das restrições sócio políticas que limitam a sua liberdade de movimento.

O processo de desnacionalização da economia, imposto pelos monopólios internacionais, ocorreu de forma mais intensa nos países periféricos, em consequência a desregulamentação das relações de trabalho e das barreiras alfandegárias vem sendo extintas, sob a bandeira de uma desregulamentação universal capaz de promover condições iguais para a livre concorrência em escala mundial.

Esta afirmativa que não condiz com a realidade da economia global, evidencia-se uma dicotomia entre “objetivo declarado” pelos grupos monopolista e os Estados sobre a pretensão do fim de todas as barreiras a mercadorias e capitais, e a sua prática nas relações internacionais onde continuam mantendo barreiras e limites que protegem os seus mercados nacionais: “os países imperialistas dificilmente ‘desregulamentam’ os seus mercados internos; a receita que recomendam é para “uso externo”, ou seja, para os países dependentes e periféricos” (NETTO e BRAZ, 2009, p.229).

Sob esta predominância ideológica o Estado Brasileiro se reestruturou e o processo de desregulamentação se estabeleceu em paralelo com a privatização das empresas publicas, com o diferencial de expansão da intervenção do Estado no âmbito do social, estabelecendo estratégias para implementação, consolidação e legitimação do novo modelo econômico e das atividades produtivas.

O fortalecimento de grupos privados nacionais e estrangeiros cedeu espaço para a instalação de oligopólios privados, redefinindo a força relativa dos diversos grupos

⁵ O imperialismo “que se gestou nos últimos anos do século XIX e, experimentando transformações significativas, percorreu todo o século XX e se prolonga na entrada do século XXI”(NETTO e BRAZ, 2009, p.179), caracteriza-se pela fusão dos monopólios industriais com os bancários, constituindo o capital financeiro.

econômicos e enfraquecendo grupos políticos regionais tradicionais, além de permitir demissões em massa e enfraquecer os sindicatos.

Segundo Filgueiras (2009) a reforma administrativa, no âmbito do Estado brasileiro, promovida a partir do governo FHC, permitiu a criação de mecanismos que flexibilizaram as relações trabalhistas. A previdência passou por duas reformas sendo a segunda já no governo Lula, que redefiniram as regras de aposentadoria, reduzindo benefícios e direitos em nome do equilíbrio fiscal.

Se expressa nesta realidade a introdução dos ideais neoliberais na dinâmica da organização do Estado brasileiro, reduzindo a sua autonomia político econômica, e aceitando a sua subordinação política e macroeconômica aos interesses do capital financeiro.

É da natureza do modelo neoliberal periférico a reiteração permanente dessa vulnerabilidade e fragilidade, como condição de reprodução do capital financeiro e, portanto, de sua própria reprodução. Assim, a dinâmica do modelo é, intrinsecamente, instável (FILGUEIRAS, 2009, p.196).

Com a inserção de novos atores no interior do Estado intensificou-se também a dependência tecnológica e financeira do país, agravando a vulnerabilidade externa da economia brasileira e a fragilidade financeira do Estado.

Cremonese (2009) aponta as reformas neoliberais aplicadas no Brasil como causas da recessão econômica, ingresso do capital externo, desemprego, aumento do trabalho informal, conflitos sociais, crise de modelos políticos tradicionais, flexibilização dos direitos trabalhistas, precariedade e do desmonte dos sistemas de seguridade social, de saúde e de educação.

Observa-se também, uma mudança substancial no perfil e na composição das classes trabalhadoras no Brasil. A redução do número de assalariados e dos trabalhadores industriais, e o crescimento da informalidade, evidenciam uma maior fragilidade e heterogeneidade da classe trabalhadora e, portanto, uma menor identidade entre os seus diversos segmentos, com redução de sua capacidade de negociação.

Boito (2004) ao debater a inserção neoliberal no Brasil, elabora uma crítica contundente ao governo Lula tendo em vista a tendência do descolamento desse governo de suas bases sociais tradicionais: os segmentos de trabalhadores mais organizados e politizados para a defesa de um projeto neoliberal em um processo de populismo regressivo. A revolta legítima das camadas populares por direitos sociais, uma vez dispersos pelo enfoque neoliberal sobre o Estado e o funcionalismo público, sob a ótica de redução de gastos e privilégios, acaba por servir aos interesses da burguesia financeira e do imperialismo.

No discurso neoliberal, o alvo da revolta é localizado apenas no Estado e na intervenção estatal na economia e o funcionalismo público é apresentado como o setor privilegiado por excelência, contra o qual deve ser mobilizada a insatisfação popular. O objetivo político real é, cortando direitos e reduzindo os serviços públicos, tocar adiante a política de ajuste fiscal, que viabiliza a remuneração do capital financeiro, e abrir novas áreas para a acumulação capitalista. Perseguindo esses objetivos, o capital financeiro e seus representantes políticos apelam para os setores populares pauperizados e politicamente desorganizados, embrulhando a política de ajuste fiscal num discurso farsesco sobre a justiça social (BOITO, 2004, p.288).

Este contexto de perda de identidade das classes trabalhadoras e do desmembramento dos movimentos sindicais, cujas parcelas apesar de imersas na gestão pública já não representam a totalidade dos trabalhadores, divididos entre a formalidade e informalidade, revela-se espaço oportuno para a consolidação de um populismo regressivo que indispõe trabalhadores muito pobres contra os direitos sociais dos trabalhadores formalizados, legitimando a fragilização dos direitos conquistados fomentando a implementação de políticas sociais compensatórias dirigidas aos segmentos vulnerabilizados.

As políticas sociais focalizadas aparecem nesse contexto como instrumento político ideológico, restritas a prover através da implementação de programas de transferência de renda assistencialistas, nos quais segundo Filgueiras (2009) do ponto de vista financeiro, o montante global de recursos direcionados é relativamente pequeno, mas a sua amplitude atinge um grande contingente de pessoas.

1.4 IMPRESSÕES PRIMEIRAS DA VIOLÊNCIA NO MODELO ECONÔMICO NEOLIBERAL

Tendo por referência conceitual a violência enquanto “violação de direitos” (ALMEIDA, 2001, p.25), a relação entre este fenômeno e o modelo econômico neoliberal torna-se estreita e implícita visto este modelo constituir-se de princípios básicos e doutrinários reconhecendo “apenas como direitos dos homens os direitos individuais, ou seja, os direitos civis e os direitos políticos” (BEDIN, 2002, p.100) em detrimento aos direitos sociais historicamente conquistados.

Segundo Bedin (2002) aos olhos da ideologia neoliberal, em uma sociedade livre os direitos civis, econômicos e sociais não podem ser satisfeitos ao mesmo tempo, pois exigiriam uma justiça social destinada a fins e não a meios. Esta doutrina considera que a factibilidade dos direitos civis está diretamente relacionada a inserção em uma sociedade liberal, onde Estado é mínimo e o mercado é livre. Por sua vez, os direitos econômicos e sociais somente

podem ser garantidos em sociedades com tendências socializantes, sob o controle e intervenção do Estado.

Reportando o debate para a realidade brasileira, a discussão anterior deixa clara a importância da intervenção do Estado para a emergência do modelo econômico neoliberal e a inclusão do Brasil na economia global, o que reafirma a adoção do termo modelo econômico neoliberal na proposta de pesquisa.⁶

No caso brasileiro a política econômica neoliberal intervém de maneira fulminante na desregulamentação dos direitos trabalhistas trazendo com ela a fragilização das representações de classe desmobilizadas pela massa de manobra pauperizada excedente lançada no mercado informal, destituídos da proteção previdenciária.

Além dos direitos positivados pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT – direitos fundamentais individuais e coletivos são destituídos pelos mesmos mecanismos ideológicos que impõem o enquadramento dos trabalhadores às exigências do novo modelo econômico, a exemplo da exploração predatória do meio ambiente que interfere diretamente nas questões de saúde da população.

Segundo Bedin (2002, p.64), “o primeiro e mais antigo de todos os direitos individuais do homem trabalhador é, sem dúvida o direito à liberdade de trabalho”. Datado de 1793, este direito se refere ao direito de escolha e exercício da profissão conforme sua vocação ou interesse pessoal.

Com a globalização do capital, a privatização das estatais e abertura econômica para empresas internacionais, este direito se perdeu diante da necessidade de subsistência e a possibilidade de inserção no mercado, atribuindo critérios funcionais cada vez mais específicos e especializados para a inserção dos trabalhadores no mercado formal.

Quanto aos direitos coletivos destes trabalhadores, a liberdade sindical e greve, perdem a legitimidade. Como discutido nos escritos anteriores, a fragmentação dos trabalhadores, tomou proporções homéricas, onde mesmo imersos no trabalho formal os trabalhadores não se reconhecem como parcela de uma mesma classe.

A ruptura da solidariedade de classe e perda da identidade estabelece condições para o fortalecimento das idéias antiestadistas e reformistas que supõem a conversão do neoliberalismo em senso comum:

[...] o antiestadismo espontâneo do povo é reforçado pela idéia de um Estado causador da crise; Estado que, para proporcionar previdência social, cobra altos impostos; Estado que alimenta uma grande burocracia ineficiente e Estado que tem protegido exageradamente os trabalhadores sindicalizados (TOLEDO, 2009, p.81).

⁶ Citação incluída anteriormente na discussão do modelo neoliberal (FILGUEIRAS, 2006). Ver p. 32.

Público e privado passam a posição de opositores, sob o estigma de privilégios estatais aos servidores em detrimento a garantias universais. Se não há entendimento entre os trabalhadores formais, maior dicotomia se estabelece entre estes e os demais trabalhadores que se encontram subjugados a condições precárias de trabalho e geração de renda na informalidade.

Violados se vêm os direitos dispostos no artigo XXIII da Declaração Universal de Direitos Humanos, promulgada em dezembro de 1948, que dispõem sobre as condições justas e favoráveis de trabalho e proteção contra o desemprego, bem como da organização e ingresso em sindicatos para proteção de seus interesses.

A desburocratização do estado, leis e regras simplificadas para atividades econômicas, adentram para além da questão capital/trabalho, o processo exploratório das riquezas naturais e minerais do país, passam gradativamente para o domínio de instituições internacionais sob a ótica da mundialização da economia.

Entretanto, “[...] quando se trata de ‘regulamentações’ que defendem seus interesses, as corporações monopolistas não vacilam em conduzi-las segundo o máximo rigor, como se verifica na questão das patentes e da chamada propriedade intelectual” (NETTO e BRAZ, 2009, p.228).

Neste processo dinâmico de disputa de interesses e legitimação, a violência se expressa em múltiplos eventos, com diversas motivações e significados relacionados à ocorrência de determinado dano que pode envolver indivíduos, grupos, organizações e Estados.

O que parecia ser um simples arranjo das novas relações do sistema produtivo, traduziu-se em mudanças radicais na racionalidade humana, na forma de fazer política, nos traçados dos Estados e Soberania nacionais, na cultura, no social, na produção de sentidos e na produção simbólica (PIMENTA, 2008, p.9).

A invasão cultural que se desenvolve na sociedade atual, mascarada pela astúcia de inclusão e globalização, invade a identidade dos povos inserindo culturas e estratégias de organização que não condizem com a realidade e as necessidades internas, em benefício de interesses hegemônicos.

Potencializada por uma nova política planetária, a dinâmica de dominação se utiliza de mecanismos tecnológicos, configurados em mega espaços físicos e virtuais capazes de introduzir transnacionalmente novos estilos de vida e padrões de consumo, estruturantes do espaço de produção e mercado de produtos.

Segundo Dreifuss (1998) se por um lado as inovações tecnológicas viabilizam, através das redes globais (não-governamentais, intra-corporativas, inter-empresariais), o fortalecimento do controle transnacional da economia pelos grandes mercados de capitais, por outro, incluem na agenda mundial, “novas 'áreas-problema', de complexa interação econômica, social, política e cultural transfronteiriça, envolvendo diversos governos e sociedades, embora os focos dos problemas estejam situados no interior dos limites formais de estados nacionais [...]” (DREIFUSS, 1998, p.56).

No processo de desregulamentação das fronteiras transnacionais, proposto pelo ideário neoliberal que pressupõe a destruição de qualquer trava extra econômica ao movimento do capital: “não é de se espantar, pois, que esta ‘desregulamentação’ venha acompanhada do surgimento de verdadeiras empresas transnacionais do crime” (DREIFUSS apud NETTO e BRAZ, 2009, p. 226).

Não pretendo me deter nesta afirmativa, porém, faz-se necessário reafirmá-la como um alerta para um horizonte perverso e imperceptível que permeia o processo decisório, político e econômico, nos países periféricos.

No âmbito das questões transfronteiras, Dreifuss (1998), destaca que os problemas ambientais sejam locais ou regionais atingem ressonância global transfigurando-se tanto em focos de conflito quanto em meios de barganha para a cooperação internacional⁷. Também as transações financeiras de cunho especulativo, são capitais que fogem ao controle dos governos, capazes de criar situações de risco e acabam por requerer a emergência de mecanismos de regulamentação e supervisão de alcance global e efetividade planetária para o monitoramento e controle real destas novas questões, nas quais se insere o crime organizado.

A organização de mecanismos internacionais de controle estratégico da violência e da pobreza talvez seja o principal indicador de que a idéia de justiça do mercado não tenha produzido os benefícios ideológicos preconizados pelo modelo econômico global.

Ao contrário disso, temos de um lado, um aumento da miséria, da concentração de renda, das possibilidades concretas de desagregação social, um gigantesco aumento da violência, um profundo desencanto e, por outro, o retorno do status de pura mercadoria como um critério relevante para a alocação de preços e recursos – o que significa, em termos práticos, que estamos vivendo um momento de (re)mercadorização das diversas esferas das sociedades atuais e do abandono da cultura democrática e da cultura da igualdade (BEDIN, 2002, p.182).

⁷ Mas, além de sua própria centralidade dramática e seu sentido vital, o ambientalismo é percebido no contexto do seu uso como instrumento de política externa e de economia, e de avanço científico-tecnológico: considere-se a Amazônia como 'plataforma polivalente' para manobras políticas, econômicas e tecnológicas.

As relações de mercado transformam-se e instalam-se a revelia das demandas da população, e forma-se uma membrana ideológica, potencializada pela dicotomia entre a organização da política e econômica do Estado globalizado. Os interesses de grande parcela da população, a qual é negada a participação efetiva no processo decisório, fica alienada dos saberes inerentes para a compreensão e crítica da dinâmica global.

Conforme as considerações supracitadas o mercado se configurou em um bloco de minorias cujo instrumento de poder supera a condição da materialidade e constrói barreiras praticamente intransponíveis para uma massa trabalhadora pouco qualificada e expropriada de instrumental crítico para participar efetivamente da construção de movimentos contra-hegemônicos, condizentes com as reais demandas sociais.

Para Meszáros (2009), este é o maior trunfo da expansão neoliberal, a inércia institucionalizada da classe trabalhadora:

Seguir a “linha de menor resistência”, é, por definição, sempre muito mais fácil do que lutar pela instituição de uma alternativa hegemônica realmente possível. Porque esta última, requer não só um empenho ativos à causa escolhida pelos participantes, mas também a aceitação de prováveis sacrifícios (MESZÁROS, 2009, p.108).

O modelo neoliberal acaba por violar o seu princípio básico, o direito à liberdade, que assume apenas a função ideológica de cooptar os diversos segmentos da sociedade em prol da causa de alguns poucos.

[...] é mister ressaltar que a atuação do estado atual, reformado na direção do neoliberalismo, contribui para o processo de depredação do mundo do trabalho, pois ao não intervir diretamente na economia, através do fomento a políticas de inserção e inclusão, da regulação do mercado e das relações entre capitalistas e trabalhadores, o Estado contribui para a construção de um mundo bárbaro, onde a lei dos mais fortes impera (PEREIRA, 2004, p.23).

Neste sentido o preceito de igualdade de oportunidades preconizada pela mesma ideologia também não se consolida, tendo o fenômeno da estratificação educacional peso determinante no processo de reprodução das desigualdades no Brasil.

Segundo Ribeiro (2011) a estratificação do sistema educacional brasileiro torna-se perverso vez que promove a desigualdade de oportunidades ao ofertar qualidades distintas de ensino entre público e privado, contribuindo para facilitar o acesso a formação superior de qualidade para filhos das classes sociais mais abastadas.

A violência simbólica, expressa neste processo, reproduz o princípio da seletividade inerente ao ideário liberal/neoliberal e se impõe como legítima através da autoridade

pedagógica, negando a princípio real da educação que é promover o potencial crítico dos indivíduos e, portanto, a sua “liberdade” (GALVÃO, 1996).

A “Liberdade de Consciência” (BEDIN, 2002) está diretamente conectada a duas outras formas de liberdade, a de expressão e de pensamento, e diz respeito ao direito homem de elaborar, de forma consciente, as suas convicções e pode-las livremente expressar.

A educação, em sua versão libertária, é condição sine qua non à participação política efetiva dos sujeitos sociais. Neste campo da luta dos contraditórios que as conquistas dos direitos sociais foram se consolidando nas diversas áreas.

O novo/velho conhecido processo de dominação reverte o sentido de “covardia burguesa”, comentada por Sorel (1993) diante da ameaça de violência pelo proletariado organizado, em “covardia das massas”, oportunizada pela flexibilização/fragilização dos direitos e “desarmamento ideológico” da população, alienando-a desta nova pulverização de saberes globais.

Assim “neoliberalismo representa, seja como proposta teórica seja como experiência concreta, uma grande ameaça aos direitos do homem, em especial aos direitos econômicos e sociais” (BEDIN, 2002, p.102).

Segundo Behring e Boschetti (2009), na sociedade contemporânea as políticas sociais e a formação de padrões de proteção social se apresentam como desdobramentos, respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social resultantes do próprio sistema. A forma como são implementadas, ofertadas e acessadas pela população que determinará a sua maior ou menor relação com a questão violência (violação de direitos).

2 POLITICAS SOCIAIS: A PROPOSTA DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA NO ÂMBITO NACIONAL

2.1 O CASO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NEOLIBERAIS NO BRASIL

No Brasil, a emergência do capitalismo foi tardia, e da mesma forma o surgimento e o desenvolvimento da política social. A condição de dependência e subordinação herdada pela colonização se reproduziu nas relações da organização da sociedade brasileira com a economia mundial (BEHRING, 2010).

Com o advento do capitalismo e a construção de uma nova sociedade nacional, o país avançou no sentido de ruptura com a homogeneidade agrária, mas negligenciou investimentos voltados a defesa dos direitos sociais (BEHRING, 2010).

A expansão interna do capitalismo e dos sistemas de proteção social não se estabelece como resultado de pressões sociais das classes subalternizadas, mas como resposta a exigências internacionais para a inserção do país na economia mundial.

A entrada brasileira no capitalismo se deu num processo de transição condicionado à dinâmica do mercado mundial e marcado pela adaptação do sistema colonial aos novos tempos. Também o escravagismo prolongado, retardou a concepção de trabalho livre, consciência de classe e ação política operária.

Aprofundar o estudo neste contexto histórico, não é a pretensão deste trabalho, entretanto cabe destacar que a partir da primeira década do século XX, após a abolição da escravatura e a imersão dos escravos libertos no mundo do trabalho, surgiram as primeiras manifestações da classe trabalhadora e as primeiras iniciativas de legislação trabalhista dando origem a criação de direitos sociais.

Desde então, os direitos sociais, predominantemente trabalhistas e previdenciários evidenciaram ambigüidade na sua implementação. Por um lado, resultavam das pressões das classes trabalhadoras e de outro representavam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis.

O novo sindicalismo imagina ter chegado ao poder ou, pelo menos, estar participando dele, e espera do presidente sindicalista, não uma ruptura com o modelo capitalista neoliberal, mas um neoliberalismo com crescimento econômico e expansão do emprego. Essa camada de trabalhadores tem aceitado parte do privatismo neoliberal e acredita que pode utilizar seu poder de organização e de pressão sindical para converter alguns aspectos do neoliberalismo em instrumentos de defesa e de melhoria de suas condições de vida (BOITO, 2004, p. 283).

Este relativismo ideológico de instituições que historicamente exerceram pressão para a regulamentação das políticas sociais, acaba por provocar uma forte instabilidade e fragilidade dos direitos sociais, que acompanha a instabilidade institucional e política, incapaz de configurar pactos mais duradouros e inscrever os direitos como inalienáveis.

Detentora da função de administrar e organizar as formas de acesso e consolidação dos direitos sociais, a política social assume papel estratégico na administração pública e caminha na transversalidade do setor econômico como instrumento de estabilização da ordem social.

De origem conservadora e compensatória a política social incorporou em sua essência o caráter de mediador entre a burguesia e classe trabalhadora que possibilitou que o modelo capitalista prosperasse e se consolidasse como modelo hegemônico global.

Este processo de conquistas e concessões propiciou a valoração da política social evidenciando uma codependência do neoliberalismo moderno em relação às políticas sociais e suas ações paliativas e reguladoras das desigualdades por ele reproduzidas.

A partir da Constituição Federal de 1988, é delegada à política social a condição de dever do Estado e direito do cidadão, e se inicia o processo de reconceituação da política e a construção de uma metodologia de implementação consolidada a partir da regulamentação do Sistema de Seguridade Social.

Política pública de proteção social a histórica construção democrática da Seguridade Social representa um avanço nas conquistas da classe trabalhadora quanto às garantias dos direitos sócio assistenciais, principalmente no que se refere aos direitos trabalhistas e previdenciários.

A regulamentação da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, enquanto Sistema de Proteção Social, “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, cap II, art. 194) estabelecendo sua relação direta com o mundo do trabalho e o comprometimento com os princípios da universalidade e da justiça social.

O princípio da universalidade está diretamente relacionado ao elo entre Seguridade Social e trabalho, e somente possível de ser consolidado a partir em sociedades que vigoram o pleno emprego (ALMEIDA, 2010). Nesta mesma perspectiva Behring (2010) provoca a discussão sobre a viabilidade de um Sistema de Proteção Social universal em um contexto político econômico de reajuste fiscal duro, que desfinancia as políticas sociais e obstrui perspectivas de crescimento com desenvolvimento e geração de emprego e renda.

O caráter contributivo da Seguridade Social, em resposta a estes questionamentos explica a questão contraditória que se estabelece. Financiada pela arrecadação dos trabalhadores formais contribuintes o Sistema de Proteção Social em um contexto de desemprego não permite que as contribuições das gerações mais novas sejam capazes de manter as despesas com as aposentadorias e programas de distribuição de renda para as camadas excluídas do mercado de trabalho.

Esta afirmativa vem subsidiando o desmonte da Seguridade Social, sob o pressuposto de uma reforma estatal direcionada a políticas que não alcançaram sua implementação na íntegra.

Em consonância com o pensamento de Viana (2010), o Brasil encontra-se em processo de implementação das políticas, portanto, reformar a reforma, além de redundância, estabelece um ciclo de estagnação na implementação das políticas, lançando ao descrédito todo o processo democrático em construção. O momento não pressupõe reformas, mas a preservação dos direitos conquistados e sua efetivação.

Com a globalização e o avanço dos ideais neoliberais a Seguridade Social tornou-se alvo de críticas, legitimadas no ideário da população trabalhadora, que se coloca no patamar de provedor das camadas vulnerabilizadas e excluídas do mercado de trabalho formal.

Diante da incapacidade do modo de produção capitalista de assegurar trabalho para todos os trabalhadores, a seguridade assume a função de garantir direitos derivados do trabalho para os trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa (BOSCHETTI, 2008, p.176).

Com o distanciamento de um contexto de pleno emprego, a tendência de desregulamentação das relações econômicas e sociais se intensifica, e a busca de responder aos ditames do mercado internacional, relega as políticas sociais à subalternidade.

O estado mínimo, defendido pelo ideário neoliberal, expõe a Seguridade social a tensões estratégicas para o seu desmonte. O contexto de precarização do trabalho e a falta de perspectiva de inserção no trabalho formal, a má distribuição de renda, o alto percentual de impostos, viabiliza a flexibilização das relações de trabalho e diminuição de encargos sociais, relegando ao descrédito o Estado, aparentemente incapaz de prover a proteção dos seus tutelados e também o direito, visto que a regulamentação existente, não condiz com efetividade nas vias de acesso.

A dicotomia que se estabelece entre a regulamentação e efetivação dos direitos que estabelecerá a relação da política com a questão violência. Uma vez garantidos os direitos,

privar a população usuária de acessá-los constitui um processo contraditório que relega o Sistema de Proteção Social ao patamar de Insegurança.

Com a consolidação do modelo econômico neoliberal hegemônico e a reestruturação produtiva mundial, a precarização dos direitos trabalhistas se intensifica, e assim se consolida a formação de uma massa trabalhadora da informalidade, amenizando conflitos, promovendo a desmobilização dos trabalhadores formais e fragilização dos movimentos sindicais. Reproduz-se a função histórica da massa de manobra no modo de produção capitalista, perpetrada subjetivamente por uma consciência coletiva construída a partir do descrédito da própria classe trabalhadora que, desmembrada entre formalidade e informalidade, deixa de apostar na sua capacidade de transformação da realidade conjuntural.

Integrante do tripé da Seguridade a política de assistência social tem como função a garantia dos mínimos sociais para a sobrevivência dos cidadãos, porém com o compromisso de utilizar um instrumental técnico e ideológico para promoção dos indivíduos sociais, autonomia e protagonismo das famílias, num processo de construção da cidadania. Entretanto, a implementação das ações historicamente restringe-se ao imediatismo, focalização e precariedade no financiamento.

Exige-se das famílias a co-responsabilidade de responder a critérios técnicos de convivência intrafamiliar e extrafamiliar, inserir-se em programas de geração de renda e profissionalização, em contrapartida à concessão de determinada renda que não subsidia as necessidades básicas do grupo familiar. Processo questionável que planta a ilusão de inserção do usuário no mundo do trabalho, através de uma formação precarizada que não responde as exigências do mercado, que por sua vez não absorve a totalidade dos indivíduos em plena condição de funcionalidade laborativa.

Os programas de complementação de renda – hoje unificados no Bolsa Família – vêm sua eficácia limitada pela inexistência de políticas macroeconômicas de incentivo ao crescimento econômico e às demais políticas necessárias à criação de empregos. Dessa forma impedem a emancipação das famílias atendidas, tornando-as permanentemente dependentes de novas e contínuas ajudas. Medidas emergenciais só surtiriam um efeito emancipatório se, ao término do período do benefício, estivessem criadas as condições de superação dos fatores que originaram as dificuldades (GRAZIA, 2007, p.81).

A partir da implantação da Política Nacional de Assistência Social, formulada no Governo Lula e do Plano Nacional de Assistência Social, regulamentado pela resolução nº 145 do Conselho Nacional de Assistência Social de 28 de outubro de 2004, a ideologia que conduz a ação sócio assistencial assume uma nova dimensão, estabelecendo princípios e diretrizes para a ruptura com a concepção assistencialista do processo de implementação desta

política. A emergência do SUAS – Sistema Único de Assistência Social introduz uma nova metodologia de trabalho sócio assistencial centrado na inovação e transformação, que prioriza a participação efetiva da população na construção da política constituindo-se um novo campo reivindicatório de provimento das necessidades sociais. A focalização e precarização dos serviços dão lugar ao comprometimento com a continuidade e o caráter permanente das ações e serviços, a primazia pela excelência técnica e política.

Porém, embora recente o SUAS encontra resistências na sua implementação. Para que cumpra as diretrizes e princípios estabelecidos na lei que o regulamenta, é evidente a necessidade de potencializar os índices de investimentos em recursos físicos de caráter permanente para a instalação dos serviços, na ampliação do quadro técnico e no estabelecimento de programa de educação permanente de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados e excelência técnica.

A efetiva implantação do SUAS, exige a superação da lógica da precarização dos serviços, da minimização orçamentária e da inflexão economicista, devolvendo ao Estado o dever de oferecer a população condições efetivas de exercer a sua cidadania.

O redesenho das ações sócio assistenciais no âmbito do SUAS prevê suplantar o ideário neoliberal. A luta pela garantia do acesso aos direitos sociais avança para o campo da disputa política e do tensionamento entre os atores sociais e interesses econômicos.

O movimento dos espaços de participação, conselhos e conferências exerce pressão política para que o Estado assuma o compromisso ético na elaboração e implantação das políticas sociais para romper com o ciclo de violência. Entretanto, na pratica há morosidade na implementação deste novo sistema o qual esbarra nos entraves sistemáticos à concretização dos direitos, impossibilitando assim que novas estratégias de articulação entre políticas sociais consolidem a construção efetiva de um caminho de emancipação e valorização da dignidade da pessoa humana.

2.2 O IMPACTO DAS REFORMAS NO SUS: A FLEXIBILIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS EM SAÚDE

O marco inicial da reestruturação da Política da Saúde se deu no ano de 1990. O então presidente Collor, através de portarias governamentais, provocou a reversão da estrutura anterior do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), trazendo graves conseqüências para o setor e contribuindo para desconfigurar a proposta do SUS (Sistema

Unificado de Saúde) preconizada na Constituição. O “Emendão” encaminhado ao Congresso em 1991 propunha a adoção integral de uma estratégia social de tipo neoliberal, com vistas à Reforma Constitucional (SOARES, 2001).

Dá-se início ao processo de deteriorização de serviços sociais essenciais, onde a saúde é uma das políticas que sofre maior impacto, diante do declínio no financiamento público. Há uma recentralização do controle dos recursos pelo Ministério da Saúde, regulando os repasses através de instrumentos de transferência direta da União para as instituições, constituído em mais um mecanismo clientelista de troca de favores.

As concepções de saúde dispostas no texto constitucional enquanto direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos, a partir da reforma, afasta-se de seus princípios da universalidade e igualdade no acesso.

A implantação da Norma Operacional Básica de 1996 introduz mudanças na assistência a saúde executada pelo Estado e promove a regulamentação e normatização dos serviços oferecidos pela iniciativa privada.

Em contrapartida, a privatização da saúde, abre o precedente para a mercantilização dos serviços assistenciais, contribuindo para a flexibilização das relações de trabalho e desregulamentação, o direito privado passa a ocupar espaços de administração e gerência do legado público-estatal.

É este o sentido que deve-se dar à flexibilização das relações de trabalho e à desregulamentação; o direito privado para reger as relações com o Estado; a dispensa de licitação para compras e contratos; a autonomia para a execução orçamentária. Ao trazer o modelo privado de administração para a área da saúde e propor que as Organizações Sociais devam competir entre si, o que se está fazendo é lançar à sociedade de mercado a assistência à saúde (CALIPO e SOARES, 2008, p.134).

Os programas ministeriais passam a apresentar conteúdo ideológico privatizante. O Programa Saúde da Família é referenciado como exemplo, por conter em sua base conceitual, termos como família e comunidade, espaços sociais considerados livres de contradições ou divisões de classe e, portanto, não necessita de espaço político de discussão, proposição e decisão coletiva.

“É sintomático que o Programa Saúde da Família seja imposto pelo Ministério na forma de financiamento da saúde. Ao impor este programa o Ministério da Saúde deslegitima o poder político de discussão e deliberação dos conselhos e conferências de saúde” (CALIPO e SOARES, 2008, p.126).

Também a forma fragmentária de organização da saúde através de programas ou políticas específicas conforme a necessidade e carências de grupos particulares destituem do direito à saúde a sua condição universal e dos indivíduos o reconhecimento de igualdade perante a política social.

A tentativa constante de retração do caráter universalista de atendimento da saúde segue a ideologia do Banco Mundial orientada para ações direcionadas a uma contínua focalização e seletividade que visa apenas os segmentos mais vulneráveis da população. (DAL PRÁ, 2008).

No viés das intencionalidades institucionais aparece de forma velada a proposição de ruptura dos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade preconizados pelo SUS (BRASIL, 1990), priorizando o financiamento dos serviços privados através de pacotes básicos de serviços de saúde, ofertados no mercado àqueles que disponham de recursos para acessá-los.

Se por um lado é visível a submissão da política de saúde aos interesses do setor privado, por outro se observa a resistência às investidas neoliberais pelo movimento de seus defensores:

Seja por aqueles que se encontram diretamente relacionados a sua estrutura e aos serviços como gestores, profissionais de saúde de diversas categorias, conselheiros de saúde de todos os níveis. Pela comunidade usuária que reconhece e legitima a necessidade deste sistema permanecer público, gratuito e universal. E por aqueles que ligados indiretamente, como pesquisadores e intelectuais acadêmicos (representantes e identificados com o Movimento de Reforma Sanitária) que fazem o embate teórico com o projeto neoliberal (DAL PRA, 2008, p.152).

O processo de avanços e retrocessos do SUS evidencia um espaço contraditório – de regulamentação e desregulamentação – onde simultaneamente as restrições do modelo econômico neoliberal há uma ampliação dos horizontes de intervenção do setor saúde para além da prestação de serviços assistenciais.

Uma nova concepção de saúde se instituiu, sob a perspectiva da integralidade, passando o debate da questão saúde da ação individual para processos de intervenção em prol da coletividade, vinculados essencialmente à vigilância para prevenção e controle de doenças transmissíveis.

“As concepções de gestão centrada apenas nos modelos sócio-assistenciais ou numa racionalidade meramente política, contribuiram, em parte com a desvalorização do setor vigilância, excluindo-o ou limitando a sua participação nos fóruns de decisão” (BRASIL, 2006, p. 9), retardaram o reconhecimento deste setor como parte essencial da gestão, gerando produtos (análises e avaliações) objetivos e específicos oportunos para a tomada de decisão.

Em 2003, após um longo processo de constituição e a consolidação, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, passa a ser coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, numa perspectiva de redirecionamento político e de gestão, intervindo diretamente na redução do déficit institucional, político e financeiro do SUS em relação às ações sanitárias de caráter coletivo.

Com a institucionalização descentralizada da vigilância em saúde, grande parte das ações é repassada para os municípios, e os estados assumem a responsabilidade pela coordenação e supervisão do processo, além da execução complementar ou suplementar das ações, ficando a instância federal, responsável pelo fornecimento de insumos estratégicos, a coordenação e normatização do sistema. As atividades e metas estabelecidas pela SVS são pactuadas entre os três níveis de gestão através de uma Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS) considerando as especificidades de cada região.

Emergem neste contexto os ciclos de saúde o monitoramento e avaliação da gestão descentralizada, estabelecendo o acompanhamento e avaliação periódica das metas, através de instrumentos específicos.

Outro preceito que emerge na condução da vigilância em saúde é o de excelência técnica: “compreendida como a capacidade dos gestores e dos técnicos de transformar conhecimentos, atividades e atitudes em resultados” (BRASIL, 2006, p. 29).

A emergência de espaços de aprendizagem de novos conhecimentos, em diversos campos afins da vigilância, e o fomento a capacidade de análise possibilitou o acesso necessário a informações para a construção de argumentos intervindo diretamente na tomada de decisões. Estrutura-se um programa de formação de recursos humanos de alto nível tendo por enfoque a formulação de estratégias para a gestão da política e de ações em saúde que potencializassem a proatividade⁸ de gestores e técnicos.

Um novo paradigma se insere na base conceitual e na organização das ações de Vigilância em Saúde. O princípio da promoção de saúde como estratégia para a melhoria da qualidade de vida da população exige do setor da vigilância um maior campo de intervenção: “a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária” (BRASIL, 2008, p.6).

⁸ A proatividade é entendida como a capacidade de tomar iniciativa diante de situações rotineiras e inesperadas, autonomia, agilidade de raciocínio, persistência e interesse.

A concepção tradicional da vigilância sob a perspectiva da epidemiologia perpassa por um reordenamento conceitual sem deixar de responder as questões de controle de doenças e agravos de saúde, sendo fortalecidas estratégias específicas de detecção e resposta a emergências epidemiológicas inerentes a uma proposta de vigilância da situação de saúde da população.

A Vigilância da Situação de Saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/equipes, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, dando prioridade a questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente (BRASIL, 2008, p.8).

Questões inerentes às condições de vida da população adentram no setor saúde como o caso da Vigilância ambiental, centrada nos fatores não biológicos do meio ambiente que possam promover riscos à saúde – água, solo, ar – tais como a vigilância relacionada a qualidade da água para consumo (VIGIAGUA); a Vigilância em Saúde Ambiental de Populações Potencialmente Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO); e, a Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar (VIGIAR).

Insere-se nesta dinâmica de controle as questões relativas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, com vistas à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Outro ponto a destacar se refere a mudanças nos perfis epidemiológicos das populações que culminaram na incorporação dos indicadores de morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, e que se dá a partir do declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e do aumento crescente das mortes por causas externas⁹ e por doenças crônico-degenerativas.

Estruturam-se no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, mecanismos para de controle das DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis visando ações de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos, bem como ações de prevenção de acidentes e violências.

A inserção da questão violência no setor saúde é recente, porém “constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem

⁹ Entende-se por causas externas “as lesões intencionais (violências), representadas pelas agressões, homicídios, suicídios, privação ou negligência, e lesões não intencionais, que incluem os acidentes de transporte, afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outros”(MASCARENHAS, 2006, p. 1658), as quais ocupam o terceiro posição de causas mortes no Brasil.

suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (MINAYO e SOUZA,1998, p.521).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002, p.11) refere que “a violência impõe ônus humanos e econômicos aos países, com custos significativamente altos com as despesas com saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida”.

Assim, violência não é objeto restrito e específico da saúde, mas é no seu âmbito que se concentram os gastos com recursos físicos, humanos e financeiros para atendimento vítimas da violência social.

Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO, 1998, p. 520).

Gestar ações de prevenção e controle de agravos de um fenômeno complexo e multifacetário como a violência, configura-se em um desafio para a Política de Saúde. Apesar de constituir-se de um instrumental estratégico na elaboração de ações em saúde - vigilância em saúde; indicadores de morbimortalidade - intervir nas múltiplas determinações da violência requer a articulação com as demais instâncias de acessibilidade aos direitos sociais, ou seja, a garantia universal dos direitos através de ações intersetoriais equânimes e resolutivas.

Diante do novo conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, as atuais políticas públicas, fragmentadas e centradas no modelo hospitalocêntrico se mostram incipientes em suprir as necessidades individuais e coletivas do cidadão e sua totalidade (BERNARDI et all, 2010, p.137).

O campo de intervenção prima pela articulação com as demais políticas sociais (assistência social, educação, habitação, trabalho,...) sublimando a dimensão do controle e monitoramento através de instrumentos de notificação, para adentrar em estratégias para a educação para o auto-cuidado, preconizada pela atenção básica nas equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Também os programas de educação permanente inserem-se nesta perspectiva como modelos de formação profissional para atendimento e organização da assistência, fomentando espaços para a pesquisa científica e ampliação de saberes a fim de possibilitar a mobilização e reordenamento estratégico das ações governamentais e não governamentais.

No Rio Grande do Sul o “Seminário Nacional Violência: uma epidemia silenciosa”, realizado em Porto Alegre em abril de 2008, reuniu 1500 participantes, sob a coordenação do

CONASS, constituindo o marco histórico de discussão da intervenção na questão violência no âmbito da saúde. O Seminário foi resultado de uma mobilização nacional que contou com a parceria do Ministério da Saúde, Conasens, OPAS, UNESCO, Unifem e Pnud, reunindo milhares de pessoas em todo o país em um processo de reflexão sobre o tema violência.

Deste debate resultou a construção de um documento publicado pelo CONASS regulamentando propostas e estratégias para o enfrentamento da violência tendo por base legal a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Regulamentada a partir da Portaria/GM/MS nº737, esta política, constitui o documento legal que estabelece as diretrizes e princípios para a implementação e planejamento de ações de enfrentamento e prevenção da violência.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM CONTEXTO CONTRADITÓRIO

No campo da política social gestores, profissionais e população persistem em construir estratégias para redução dos agravos desta estrutura econômica, sendo a violência um dos maiores desafios.

Historicamente associadas ao âmbito da segurança pública, a violência e suas formas de expressão atingiram um patamar tal que passaram a demandar um esforço ampliado da sociedade para que sejam compreendidas e para que seja possível delinear ações capazes de enfrentar tal problema (DELANDES & LEMOS, 2008, p.441).

Considerando ser a saúde o portal de entrada para o atendimento às vítimas de acidentes e violências, este setor passa a sofrer pressões da Organização Mundial de Saúde para incorporar a violência e suas formas de prevenção nas agendas nacionais, buscando prover acolhimento, orientação e atendimento integral às vítimas através de ações intersetoriais.

No Brasil, os indicadores de acidentes e violências, identificados no Código Internacional de Doenças (CID) pelo termo “causas externas”, assumiram destaque no quadro de morbimortalidade no final da década de 80.

Diante de um contexto de crescimento de internações e atendimentos de urgência e emergência por causas externas, aliado a pressão da sociedade civil organizada, o Ministério da Saúde passa por um intenso processo político de discussão da problemática da violência

que permeou a década de 90, resultando nas primeiras iniciativas de intervir na redução dos indicadores e avaliação dos serviços.

Criado em 1990, o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas deu início a ação interventiva do setor saúde com enfoque na redução da incidência e da morbimortalidade por agravos externos. Diversos estudos e projetos foram elaborados, visando integrar o atendimento pré-hospitalar ao hospitalar de urgência e emergência, e aliar capacitação profissional e melhor qualidade da informação sobre os casos de acidentes e violências atendidos pelo SUS.

Inicia-se, em 1999, a construção de uma política nacional voltada à redução da mortalidade e da morbidade por acidentes e violências, que mobilizou segmentos da sociedade, da área científica e dos serviços de saúde para a sua construção.

Apesar do ano de 2002 caracterizar-se por um período de desmobilização ocasionadas por pressões políticas internas no Ministério da Saúde, em 2001 com o apoio da Secretaria de Assistência à Saúde e a postura política da Fundação Oswaldo Cruz, da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Frente Parlamentar da Saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências se consolida sendo aprovada no Conselho Nacional de Saúde.

Regulamentada através da Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), evidencia uma nova perspectiva de ação do Ministério da Saúde sobre a questão violência, reconhecendo o tema como um dos principais problemas de saúde pública e de cidadania no Brasil.

Foco da segunda fase de investigação desta pesquisa bibliográfica, a PNRMAV é o documento oficial que orienta os órgãos e entidades do Ministério da Saúde na elaboração de todas as ações que se relacionem com o tema objeto da Política, devendo estes adequar seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

A política tem “como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas” (BRASIL, 2001).

Conforme disposto no documento oficial do Ministério da Saúde os princípios básicos que norteiam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;

- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

Para atingir os propósitos estabelecidos por esta Política, foram estabelecidas diretrizes, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades, são elas:

- 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.

Estes princípios e diretrizes conduziram ao aprofundamento de alguns conceitos, os quais se procurou evidenciar tomando por pressuposto a orientação disposta no texto literal da PNRMAV, que estabelece como fonte de referencia de estratégias de implementação desta política, “as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis” (BRASIL, 2001).

A conceitualização teve por fonte de informações as Cartas de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002), que reúnem os documentos de referencia resultantes do processo de discussão e construção coletiva dos conceitos de fundamentais, tendo por marcos iniciais a Declaração de Alma-Ata em 1978 e a Conferência de Otawa, em 1986.

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BRASIL, 2002, p.33).

Em complemento a este conceito as Conferencias Internacionais de Otawa/1986) e Adelaide/1988 denotam a saúde o significado de “recurso para a vida, e não objetivo de viver”, com enfoque nos recursos sociais e pessoais e nas capacidades físicas. Além da concepção de conceito de direito humano fundamental, a saúde aparece na Declaração de Jacarta, 1992, como condição essencial para o desenvolvimento social e econômico sendo a promoção da saúde um investimento de grande valia (BRASIL, 2002).

A partir destas concepções, promover saúde não condiz com prestação de serviços ou mera assistência médico-hospitalar, pressupõe um sistema complexo de grande magnitude, “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL:2002, p.19)

Em 1992 com a realização da Conferencia Internacional de Promoção da Saúde (Santafé de Bogotá, Colômbia/1992) para discussão de propostas para a América Latina, emerge a necessidade da criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assim se estabelece a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Concepção que perpassa pelas demais conferencias internacionais a nível mundial sendo expressa na Declaração do México/2000, a promoção da saúde e do desenvolvimento social como “um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade” (BRASIL,2002, p.29).

Em Otawa/1986, o termo “ambientes favoráveis a saúde” insere fatores sócio ecológicos determinantes da saúde da população.

“O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural” (BRASIL, 2002, p.22).

O termo “ambientes favoráveis” englobam os aspectos físicos e sociais, alcançando os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer.

As Declarações de Adelaide/1988 e Sudsvall/1991 incorporam a este conceito a igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários e os determinantes estruturais que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão como um aspecto vital da equidade em saúde.

Para que se consolidem estes determinantes faz-se necessário a implementação de políticas públicas saudáveis o que segundo a Declaração de Otawa/1986 requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. “O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar” (BRASIL, 2002, p.22).

As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis (BRASIL, 2002, p.35).

Inserem-se nesta concepção todas as políticas que almejam um desenvolvimento sustentável, sujeitas a novas formas e processos de prestação de contas, de maneira a alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades, com enfoque na justiça social e redução das desigualdades.

Os conceitos pesquisados põem em evidencia a amplitude de ação a que se dispõe a PNRMAV, o primeiro desafio está em adotar uma postura holística no acolhimento dos indivíduos e grupos sociais, a fim de perceber suas demandas, para em um segundo momento identificar os fatores determinantes da sua qualidade de vida.

No entanto, o maior desafio se constitui em compreender e superar a multiplicidade de fatores políticos, sociais, culturais e econômicos, limitadores e/ou facilitadores, para alcançar sua consolidação, e assim oportunizar o acesso dos indivíduos sociais aos seus direitos sociais e ao pleno exercício da cidadania.

Tomando por categorias analíticas as diretrizes desta política, a pesquisa bibliográfica possibilitou evidenciar avanços e desafios previamente apontados por produções científicas (banco de teses e artigos) referentes à avaliação do processo de implementação da PNRMAV a partir das experiências desenvolvidas em regiões diversas do território nacional.

Santos (2004), ao dissertar sobre a implantação desta política no Estado do Amapá, destaca como aspectos determinantes para o sucesso ou fracasso nas ações e consolidação da política.

[...] os diferentes interesses dos diversos atores; a debilidade das políticas de descentralização da saúde e de prevenção dos acidentes e violência ainda em fase de implantação e, portanto, sem legitimidade e a pouca participação de mecanismos de controle social, são alguns dos fatores que explicam os avanços e retrocessos observados (SANTOS, 2004, p.79).

Fatores como a disparidade no comprometimento das instancias governamentais são citadas pelo autor. A pesquisa evidencia que os sujeitos que integram o processo consideram o apoio dos gestores federais e estaduais insuficientes. Também as ações e discussões centraram-se em pequenos grupos compostos por representantes da gestão municipal sem reportarem a co-responsabilização da população ou mesmo divulgação da política para que esta se apropriasse e participasse efetivamente das ações.

Os programas seguem a lógica conservadora da verticalidade, soluções pré-estabelecidas sem a participação dos elementos que vivenciam o problema. Modelo que vem historicamente sendo desconstruído na gestão das políticas públicas por apresentar falhas referentes à resolutividade das demandas.

Na contemporaneidade, tendência ideológica de gestão das políticas prioriza a inserção de diretrizes e princípios voltados a descentralização e o fortalecimento dos espaços de participação dos indivíduos em todos os passos que permeiam a construção, implementação e avaliação das ações, projetos e programas.

Malta (2007), ao abordar iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do SUS, considera que a multiplicidade dos fatores determinantes dos desafios envolvidos implica, de parte do setor Saúde, a definição de prioridades e um posicionamento, que suplante o papel de contagem e tratamento das vítimas, apostando na articulação e formulação de intervenções à altura de sua responsabilidade diante dessa questão contemporânea.

A intersetorialidade é apontada como questão chave para a prevenção, abrindo o leque para o debate de novas formas de planejar, executar e controlar a prestação de serviços e possibilitar acesso igual para os desiguais. A Política pressupõe a superação do modelo assistencial pelo acolhimento em rede, integrando além dos serviços de saúde os demais serviços e políticas capazes de promover atenção integral ao indivíduo, família e coletividade.

Enfim, ela deve ser considerada uma política meio e não política fim, que tenha por pressuposto para planejamento das suas ações os fatores determinantes e condicionantes da qualidade de vida e saúde do cidadão conforme disposto na Lei Federal nº 8080 de setembro de 1990.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, art.3º).

Capaz de articular não somente os serviços de controle, vigilância e assistência às vítimas de violências ou acidentes, mas também de propor a discussão sobre a causalidade para assim articular ações de prevenção e promoção da qualidade de vida da coletividade.

A articulação, é citada por autor Souza (2009) como uma das dificuldades maiores na consolidação da PNRMAV, sejam elas no âmbito interno ou externo do Programa, principalmente nas etapas iniciais de implementação, sobretudo em localidades que apresentaram desentendimentos político-partidários entre prefeitos e governadores, intervindo na articulação entre Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Departamentos Estaduais de Trânsito (DETRAN).

O estudo desenvolvido por Souza (2007), no período de 2003 a 2006, atingiu cinco capitais e apresenta entre o rol de facilidades a disponibilidade dos profissionais para o

trabalho conjunto, sendo que alguns municípios já dispunham da cultura de trabalho e parcerias anteriores, viabilizando a sensibilização de novos parceiros, potencializando as ações a partir do apoio de universidades, empresas, órgãos de esportes e organizações não governamentais. Outro fator citado envolve a vontade política das SMS's, projetos ancorados a outros pré-existentes, a municipalização do trânsito e o apoio político da gestão municipal do projeto, inclusive nos municípios onde houve mudança partidária por ocasião das eleições de 2004.

Fatores que inviabilizam, ou configuram impedimentos para a implementação da Política, também são referenciados. Souza (2007) aponta a grande magnitude dos problemas e pouca tradição de intervenção como um impedimento, seguido pela pouca visibilidade do convênio dentro do setor Saúde, a baixa cobertura da mídia, o curto espaço de tempo para o desenvolvimento do convênio, gerando necessidade de prorrogação da vigência.

Com referencia a assessoria técnica do Ministério da Saúde, a pesquisa aponta falhas na comunicação que interferiram no acesso a informações sobre agenda de liberação dos recursos, potencializando dificuldades administrativo-burocráticas na aplicação destes recursos. As mudanças de coordenação do projeto logo no inicio de sua implantação, divergências político partidárias aparecem também como entraves para as articulações necessárias nos diferentes níveis da gestão, tanto para o desempenho de ações como para a integração de dados, bem como as interferências políticas no período pré-eleitoral e a falta de integração dos sistemas de informações.

Instrumento estratégico para a vigilância em saúde, os Sistemas de Informação SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e SIH (Sistema de Informação Hospitalar), são fontes de informação nos quais são registrados os principais tipos de causas externas causadoras de morte ou internações. Em 2006, o Ministério da Saúde, visando complementar os registros de eventos de menor gravidade porém com devida importância pelos agravos decorrentes “a posteriori”, criou a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA) . Este instrumento visa estabelecer um sistema de vigilância de violencias e acidentes em emergências hospitalares, para caracterização dos atendimentos por causas externas e vigilância de violências sexual, domestica e interpessoais, conforme legislação de notificação de violência contra criança, adolescente, mulher e idoso.

Esta estratégia de vigilância pretende conhecer a distribuição, magnitude, tendência e fatores de risco das violências e acidentes, além de identificar condicionantes sociais, econômicos e ambientais de sua ocorrência para subsidiar o planejamento e a aplicação de intervenções apropriadas de prevenção e controle (MASCARENHAS, 2006, p.1685).

Por ser um instrumento que congrega um número significativo de informações, existe certa resistência dos próprios profissionais em preenchê-lo, e também do público que busca atendimento em serviços de emergência ou atendimento pré-hospitalar informar detalhes sobre o episódio de violência ocorrido, resultando em subnotificação e percentuais não condizentes com o fator predominante de causas externas de agravos, óbitos ou internações.

Soares (2009), ao desenvolver seu estudo com base na realidade da Grande Cuiabá, aponta fragilidades partindo das fontes de informação apontando a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências problemas que comprometem a fidedignidade dos dados. A questão violência envolve peculiaridades como a omissão de informações por parte das vítimas, “os motivos para as omissões são variados e vão do receio de complicações de âmbito policial ao medo de represálias de agressores ou à possibilidade de exposição pública, entre outros” (SOARES, 2009, p.274).

A ficha de notificação de acidentes e violências é um dos instrumentos de coleta de dados sobre acidentes e violências, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para registro dos casos atendidos nas instituições de saúde, desde a atenção básica à alta complexidade. No entanto, são poucas as instituições que aderem a esta notificação.

No Brasil, são raros os locais que coletam dados sistemáticos e rotineiros sobre causas externas e vítimas atendidas em unidades de urgência e emergência; contudo, o conhecimento do perfil dessa população e desses eventos contribui para o monitoramento dos acidentes e violências, tornando assim uma importante fonte de informação (OLIVEIRA, 2008, p.428).

Outras fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de Informações Ambulatoriais(SIA/SUS); o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), e as Declarações de Óbitos – DO – preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. Estas ainda em discussão devido à qualidade das informações, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito.

Observa-se uma convergência nas análises pesquisadas apontando a eventos favoráveis e entraves para a implementação da PNRMAV que cabe ressaltar e apresentar a partir da diretriz com a qual se relaciona.

No que se refere a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, as produções científicas pesquisadas apresentam observações subjetivas que não definem análise de ações ou produção concreta de intervenções neste contexto, além de proposições vagas de educação para o auto-cuidado, informativos e uso da mídia na divulgação de campanhas de educação para o trânsito.

A monitorização da ocorrência de acidentes e de violências apresenta um potencial traçado do perfil da população alvo das causas externas, sendo as vítimas de violência na sua maioria crianças, mulheres e idosos, e vítimas de acidentes de trânsito jovens do sexo masculino. Porém, as falhas nos sistemas de notificação não garantem a fidedignidade nas informações, configurando ainda um sistema pouco eficaz.

Também a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, demonstra esta ambigüidade. A SAMU é apontada como um grande avanço ao atendimento às vítimas, oferecendo serviço especializado, entretanto, a adequação da oferta dos serviços não condiz com o perfil epidemiológico. “Mesmo constituindo o alicerce da rede de serviços de saúde, a rede básica está quase ausente dos atendimentos aos agravos por violência, na forma como preconizada pela PNRMAV” (MINAYO e DESLANDES, 2009, p.1644).

Este fator intervém diretamente na diretriz que preconiza a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências. O atendimento especializado no âmbito hospitalar, não dispõe de leitos suficientes, principalmente em UTI, além da insuficiência de profissionais especializados e a ineficácia no sistema de referência e contra-referência da pessoa vítima de violência, evidenciando a desarticulação dos níveis de assistência de alta e média complexidade, com a rede básica. Esta por sua vez, delegada a investimentos mínimos e insuficientes, apesar de ser reconhecida, dentro da regulamentação, como um espaço estratégico para prevenção e promoção da saúde, bem como de reinserção e acompanhamento da pessoa no acompanhamento pré e pós-hospitalar.

São estes espaços responsáveis pela estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, configurando como um dos aspectos mais problemáticos. Mesmo em locais com Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família-UBS/ESF, as equipes mínimas vêm-se desprovidas de capacidade de atender o usuário na sua integralidade. Os aspectos psicossociais da vida destes usuários são delegados a segundo plano, a prevenção de agravos e redução dos danos ocasionados pela situação de violência e/ou acidente se vê limitada por déficit no transporte de pacientes sequelados; descontinuidade na distribuição de medicamentos; baixa qualidade e deficiente treinamento

para uso das órteses e próteses, o que as tornam inadequadas, culminando em ações pouco resolutivas e ineficazes para a sua recuperação e reabilitação.

Quanto à capacitação de recursos humanos, observa-se o empenho do Ministério da Saúde através de Programas de Educação Permanente, sugestões advindas da Organização Mundial de Saúde – OMS, e outras iniciativas locais, como o Programa de Prevenção de Acidentes e Violências (PAV) do Distrito Federal e o Observatório de Acidentes e Violências no Rio Grande do Sul, implementado a partir da articulação interinstitucional entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Faculdade de Serviço Social da PUCRS. Ambos focados na estratégia de descentralização local para viabilizar ações de capacitação de profissionais para prevenção primária e secundária, notificação, atendimento e encaminhamento de vítimas.

Em contrapartida a rede hospitalar e gestores, demonstram certa resistência na liberação dos funcionários para participar de capacitações para o atendimento e registro de causas externas, a despeito de uma possível queda de produtividade, a redução da oferta de serviços à população, e falta de compreensão da importância dos dados da vigilância em saúde na construção no planejamento e na gestão.

Nos estudos de Malta (2007) a autora faz referência ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o tema violência, através de parcerias do Ministério da Saúde com Instituições de Ensino Superior, denominadas Núcleos Acadêmicos nas cinco Macro Regiões do Território Nacional, culminando em junho de 2005, no I Seminário da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, realizado em Brasília.

O encontro teve por objetivos: (I) fomentar a constituição da Rede pelos núcleos municipais, estaduais, acadêmicos e não governamentais; e (II) elaborar estratégias para o estabelecimento de parcerias nas demais ações, envolvendo as três esferas de governo (MALTA, 2007).

Em 2006, na I Oficina Nacional da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, definindo-se as metodologias de capacitação e organização de cursos, o apoio à sistematização de experiências locais, a construção de um cadastro nacional de experiências, proposição de indicadores de monitoramento; definição de experiências para serem avaliadas a posteriori, e o apoio à sistematização de experiências de prevenção da violência e promoção da saúde integrantes da Rede. Neste período a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, assumiu a atribuição de desenvolver indicadores de monitoramento.

Em 2007, é lançada a proposta base do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul, a ser implementado em 50 municípios com maior índice de violência e acidentes no trânsito, tendo por meta a redução de 20% dos casos até o ano de

2012. Desafio que instigou um recorte para esta pesquisa, sem a pretensão de quantificar os resultados, mas debater os fatores que determinam entraves ou facilidades, tendo por pressuposto que as múltiplas determinações da violência estão diretamente relacionadas ao modelo econômico neoliberal, considerando a contradição de prevenir a violência em um contexto que reproduz a desigualdade social e luta de classes.

3 O PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: CAMINHOS E FRAGILIDADES NA PROPOSIÇÃO DE AÇÕES PREVENTIVAS

Na Pesquisa Bibliográfica ao propor o debate ampliado da questão violência numa perspectiva estrutural utilizou-se como recorte o Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul – PPV/RS. Por ser uma proposta complexa o PPV/RS, possibilitou dialogar com os aspectos contraditórios que tencionam a implementação de um programa, que a despeito das análises prévias de teses e artigos referentes à avaliação da PNRMAV evidencia no planejamento estratégico das ações o enfoque na primeira diretriz desta Política: a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

A promoção do ser enquanto sujeito de direito, autônomo e promotor das condições de vida e saúde aparece de forma subjetiva nas entrelinhas do texto literal do PPV/RS o que instiga aprofundar o conhecimento da proposta inicial do programa para embasar a discussão final da contradição que se estabelece entre Programa, Política e restrições inerentes do modelo econômico neoliberal.

O PPV/RS foi consolidado em um contexto de gestão organizado a partir de doze programas estruturantes, ordenados por três eixos centrais:

- eixo desenvolvimento econômico sustentável, constituído dos programas “Terra Grande do Sul”, “Irrigação é a Solução”, “Mais Trabalho Mais Futuro” e “Duplica RS”: respectivamente voltados ao desenvolvimento de novas tecnologias na zona rural, investimentos para geração de emprego e renda, enfrentamento da seca e, transporte e infraestrutura.
- eixo desenvolvimento social, constituído pelos programas “Saúde perto de você”, “Boa escola para todos”, “Emancipar: todo mundo é cidadão”, “Saneamento em Ação” e “Cidadão Seguro”: voltados ao acesso aos serviços sócio-assistenciais e segurança;
- eixo finanças e gestão pública: com os programas “Governo de resultados”, “Ajuste Fiscal” e “Nossas Cidades” com enfoque no desenvolvimento econômico, reordenação das contas públicas e articulação entre a instância estadual e municípios.

Integrante do Programa Estruturante Nossas Cidades, o PPV/RS teve sua regulamentação a partir da publicação dos Decretos nº 44.907 e nº 44.908, ambos de 27 de fevereiro de 2007. O primeiro cria Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência

que tem a finalidade de orientar, acompanhar e coordenar os programas relativos a políticas de segurança pública e prevenção da violência. O segundo institui o Comitê Estadual para a Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul, com a finalidade de articular os esforços da Sociedade Civil e do Governo para promoção de ações de prevenção da violência.

O Comitê é composto por órgãos do Governo do Estado, representantes de entidades da Sociedade Civil, de instituições, de organizações nacionais e internacionais e por profissionais e personalidades que se destacaram na mobilização pela prevenção da violência, congregando 86 instituições.

No âmbito governamental o PPV/RS integra as Secretarias Estaduais da Saúde, Cultura, Educação, Habitação, Segurança Pública, Justiça e do Desenvolvimento Social, Turismo, Esporte e Lazer, Planejamento e Gestão, Ciência e Tecnologia, Administração e dos Recursos Humanos, Fazenda, Casa Civil e Militar.

As demais instituições sejam públicas ou privadas que demonstrem interesse de integrar o processo de implementação do Programa são inseridas através de inscrição prévia no Comitê Estadual e demais Comitês Municipais, participando efetivamente das ações de prevenção e promoção a serem desenvolvidas nas comunidades com maior vulnerabilidade social, a partir de um plano de ação e diagnóstico construído pela comunidade local.

O programa atribui à “Rede” o patamar de instrumento estratégico para o planejamento e execução das ações. Propõe em primeira instância, potencializar os recursos pré-existentes, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS e das Secretarias parceiras do PPV municipal e estadual, das organizações não governamentais, instituições, empresas e iniciativas dos movimentos sociais de um determinado território e região, para atendimento da população de acordo com as suas especificidades.

O objetivo deste programa é contribuir para a redução dos índices de violência através da construção de uma rede social que identifique, integre, articule e promova ações governamentais e não-governamentais. O programa tem por meta reduzir, no prazo de cinco anos, 20% das ocorrências de violência nos 50 municípios com maiores índices de mortes por causas externas – 2007-2012.

Os municípios de maior índice de violência, do Estado do Rio Grande do Sul, foram identificados com base nos dados dispostos no site da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS, UNESCO, 2007), tendo por critério de seleção o percentual de indicadores de mortalidade por homicídio, suicídio e acidentes de transportes, diagnosticados no ano de 2007. Na Tabela 01,

abaixo relacionada, tais municípios encontram-se distribuídos em ordem decrescente de predominância de eventos que culminaram em óbito por causas externas.

Tabela 1: Municípios com maior índices de violência no RS em ordem decrescente de predominância.

| Municípios com maior índices de violência no RS | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1º. Porto Alegre | 18º. Bagé | 35º. Taquara |
| 2º. Caxias | 19º. Guaíba | 36º. Farroupilha |
| 3º. Canoas | 20º. Bento Gonçalves | 37º. Carazinho |
| 4º. Passo Fundo | 21º. Cachoeirinha | 38º. Candelária |
| 5º. Pelotas | 22º. Alegrete | 39º. São Gabriel |
| 6º. São Leopoldo | 23º. Cruz Alta | 40º. São Luiz Gonzaga |
| 7º. Novo Hamburgo | 24º. Montenegro | 41º. Camaquã |
| 8º. Santa Maria | 25º. Esteio | 42º. São Lourenço do Sul |
| 9º. Alvorada | 26º. Ijuí | 43º. Soledade |
| 10º. Gravataí | 27º. Vacaria | 44º. Torres |
| 11º. Rio Grande | 28º. Cachoeira do Sul | 45º. Santiago |
| 12º. Santa Cruz do Sul | 29º. Santa Rosa | 46º. Rosário do Sul |
| 13º. Viamão | 30º. Sapiranga | 47º. Eldorado do Sul |
| 14º. Uruguaiana | 31º. Santo Ângelo | 48º. Parobé |
| 15º. Lajeado | 32º. São Borja | 49º. Estrela |
| 16º. Erechim | 33º. Venâncio Aires | 50º. Canguçu |
| 17º. Sapucaia do Sul | 34º. Santana do Livramento | |

Fonte: SES/RS – UNESCO 2009.

Os dados empíricos catalogados serviram de subsídio para a construção de estratégias de implementação do PPV/RS, elegendo cinco municípios piloto: Pelotas, Novo Hamburgo, Alvorada, Santa Cruz do Sul e Passo Fundo, que “a posteriori” serviriam de referência para estender o programa aos demais municípios. Atualmente o Programa vem sendo executado em 80% dos municípios (SES/RS, 2011).

A metodologia utilizada pelo Programa institui a delimitação de uma área de maior vulnerabilidade, onde deverão ser intensificadas as ações sócio-assistenciais conforme perfil populacional e epidemiológico, resultante de um diagnóstico situacional do município.

Entendemos que o *diagnóstico* não constitui uma sentença ou uma “auditoria”. Ele se configura como uma análise que leva em conta as condições gerais disponíveis de infra-estrutura, de recursos materiais e de conhecimentos, de planejamento e de apoio institucional existentes. Buscamos compreender as causas de determinadas situações. Um diagnóstico situacional reflete ainda criticamente sobre a qualidade das informações que foram usadas e sobre as informações que não estão disponíveis (CLAVES/FIOCRUZ, 2007, p. 2).

O diagnóstico visa o aperfeiçoamento das ações para atendimento das demandas referentes a acidentes e violências utilizando o conhecimento produzido a favor da construção de respostas mais efetivas, identificando avanços, apontando limites e propondo novos rumos. Introduz na sua dinâmica de implementação o diálogo entre os interlocutores que atuam em áreas afins com os dados disponíveis para a construção de uma nova praxis, pertinente a realidade local.

O plano de ação tem por base teórica as orientações de Claves/Fiocruz (2007) que prima pelo ordenamento sistemático do diagnóstico situacional da violência dividindo-o em três fases distintas e complementares: 1) o diagnóstico da distribuição, da qualificação dos acidentes e violências de determinada população e de seu impacto nas demandas para o setor Saúde; 2) o mapeamento e a análise crítica das iniciativas de atendimento às vítimas e estratégias de prevenção; 3) a proposição de novas ações e de correção de rumos.

Por tratar-se de um programa vinculado ao setor saúde, cujo repasse de recursos integra a Atenção Básica, o PPV/RS tem nas unidades básicas o seu instrumento de implementação. O diagnóstico situacional dos territórios alvo são otimizados pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo que em localidades que dispõem de CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), os dados de ambos os serviços são cruzados oportunizando uma maior eficácia na coleta e ordenamento das informações. Espaço estratégico para definir o perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências da localidade, identificando as formas mais frequentes de acidentes e violências, bem como, os grupos populacionais mais afetados por esses eventos, a Atenção Básica, assim como para a PNRMAV, é a porta de entrada do usuário para a rede de assistência integral dos indivíduos alvo do PPV/RS (BRASIL, 2001).

Os dados relativos ao diagnóstico situacional articulados com os demais bancos de dados do Setor Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM, cujo instrumento básico é a Declaração de Óbito/DO e outro sobre a morbidade, Sistema de Informações sobre Hospitalizações/SIH, que lança mão dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares/AIH - além de subsídio para monitoramento do acesso da população a rede de atenção integral, são relevantes na organização dos serviços para atendimento a vítimas nos diversos níveis de complexidade, permitindo que sejam realizados estudos comparativos.

Ao acessar os dados estatísticos provenientes dos sites oficiais DATASUS e Portal Saúde (2011) pode-se perceber peculiaridades do Estado do Rio Grande do Sul que serviram de fomento para o debate sobre os caminhos no enfrentamento do fenômeno violência.

Na Tabela 02 os indicadores de mortalidade por causas externas revelam o quadro epidemiológico da violência no Estado, sendo que os indicadores de mortes por acidentes no

transito, óbito por agressões e por lesões auto provocadas (suicídio) são os que apresentam maior proporção.

Tabela 2: Percentual sobre o total de óbitos e coeficientes de mortalidade por causas externas (Lista CID-105-114) - por 100.000 habitantes – ambos os sexos, residentes no RS 2007-2010.

| CID | CID Causas externas de mortalidade | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | | 2010 | | |
|-----|---|-------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | | Total | % | Coef. | Total | % | Coef. | Total | % | Coef. | Total | % | Coef. |
| | Total | 7057 | 9,4 | 63,7 | 7.269 | 9,9 | 67,0 | 7.231 | 9,5 | 66,3 | 7.134 | 9,2 | 65,4 |
| 105 | Acidentes de transporte | 1870 | 2,5 | 16,9 | 1.974 | 2,7 | 18,2 | 1.987 | 2,6 | 18,2 | 2.195 | 2,8 | 20,1 |
| 106 | Quedas | 485 | 0,6 | 4,4 | 508 | 0,7 | 4,7 | 499 | 0,7 | 4,6 | 502 | 0,6 | 4,6 |
| 107 | Afogamento e submersões acidentais | 292 | 0,4 | 2,6 | 266 | 0,4 | 2,5 | 276 | 0,4 | 2,5 | 275 | 0,4 | 2,5 |
| 108 | Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas | 85 | 0,1 | 0,8 | 84 | 0,1 | 0,8 | 67 | 0,1 | 0,6 | 65 | 0,1 | 0,6 |
| 109 | Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substancias nocivas | 15 | 0,0 | 0,1 | 11 | 0,0 | 0,1 | 13 | 0,0 | 0,1 | 11 | 0,0 | 0,1 |
| 110 | Lesões auto provocadas voluntariamente | 1099 | 1,5 | 9,9 | 1.158 | 1,6 | 10,7 | 1.108 | 1,4 | 10,2 | 1.035 | 1,3 | 9,5 |
| 111 | Agressões | 2155 | 2,9 | 19,4 | 2.351 | 3,2 | 21,7 | 2.219 | 2,9 | 20,3 | 2.056 | 2,6 | 18,8 |
| 112 | Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada | 456 | 0,6 | 4,1 | 392 | 0,5 | 3,6 | 500 | 0,7 | 4,6 | 512 | 0,7 | 4,7 |
| 113 | Intervenções legais e operações de guerra | 18 | 0,0 | 0,2 | 8 | 0,0 | 0,1 | 10 | 0,0 | 0,1 | 17 | 0,0 | 0,2 |
| 114 | Demais causas externas | 533 | 0,7 | 4,8 | 468 | 0,6 | 4,3 | 533 | 0,7 | 4,9 | 451 | 0,6 | 4,1 |

Fonte: site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul-NIS: Núcleo de Informações de Saúde – SIM/SINASC 2007-2010. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=746>>

No período de 2007 a 2010 estes indicadores apresentaram poucas alterações, data em que se iniciaram os investimentos e articulações com gestores dos municípios pares e organizações da sociedade civil. Os anos de 2008 e 2009, apesar dos investimentos no controle e educação para a saúde, os dados apresentam um acréscimo nos registros de violência. Este fato pode justificar-se pela metodologia do Programa e incentivos do Estado e UNESCO, através de assessoria técnica e consultoria, exigiu dos municípios pares maior eficácia nos registros e notificações, alimentando os Sistemas de Informações já existentes. Em 2010 há um leve decréscimo nestes indicadores, entretanto, ainda não há produção científica que justifique ou correlacione as estatísticas com as ações executadas pelo Programa.

Encontram-se no *site* da Secretaria Estadual de Saúde (www.saude.rs.gov.br, 2011) registros de algumas ações entre as quais destaca-se:

- 2007: Eleição da Mesa Diretora do Comitê Estadual de Prevenção da Violência; Curso de Atualização em Prevenção da Violência e Vigilância em Saúde; Seminário de Justiça Restauradora; Ciclo de Cinema: "Prevenção da Violência em Debate: Ciclo de Cinema"¹⁰;
- 2008: Reunião com Hospitais Sentinela¹¹ e Unidades Básicas de Saúde notificadoras;
- 2009: Capacitação de gestores municipais; Repasse de recursos financeiros para construção de Unidades Básicas de Saúde, Delegacias, Quadras Poliesportivas e Projetos de Organizações Não Governamentais; Publicização das ações dos municípios pares; Seminário “Violência conta o Idoso”; Curso de Educação Alimentar: Projeto Cozinha Brasil – SUSEPE/SESI; Leilão de bens apreendidos do narcotráfico em favor do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, gerenciado pela Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD; Programa RS Socioeducativo; Oficinas de Fotografia;
- 2010: II Fórum Estadual de Prevenção da Violência e II Mostra de Boas Práticas; Oficinas de Hip Hop; Oficinas de Artesanato; Expansão das atividades nos municípios pares.

As atividades foram desenvolvidas conforme as pactuações realizadas anteriormente com os municípios, o perfil e a solicitação antecipada dos mesmos, tendo a prerrogativa de integrar ações estatais a iniciativas locais condizentes com a realidade de cada território e as demandas específicas da população nele inserida.

As diretrizes dos serviços, tais como: acolhida, vínculo, responsabilidade, contrato de cuidados e, também, diretrizes das equipes: interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersetorialidade, humanização da atenção, resolutividade, capacitação, investigação, pesquisa e avaliações contínuas, organizam e dão sustentabilidade para a rede de apoio ao Programa de Prevenção da Violência.

Os requisitos para a constituição de rede, imersos na proposta base do PPV/RS preconizam uma visão de atenção integral que considera as várias dimensões da vida do

¹⁰ Evento realizado em Porto Alegre, que mobilizou as secretarias estaduais da Segurança Pública, da Cultura, da Educação, do Turismo, Esporte e Lazer, da Justiça e Desenvolvimento Social e da Ciência e Tecnologia.(SES, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal>>

¹¹ Reuniu representantes de 33 hospitais sentinela da violência integrantes do Observatório de Acidentes e Violência do CEVS (Centro Estadual de Vigilância em Saúde) discutiram as estratégias para monitorar os indicadores, situações de risco e tipos de agravos decorrentes de acidentes e violência. Além dos hospitais existem 144 Unidades Básicas de Saúde notificadoras no Rio Grande do Sul.(SES:2011) . Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal>>

indivíduo: educativo/preventivo, assistência e reabilitação, fundamentada nos princípios do SUS, tais como: saúde como direito, integralidade, universalidade, equidade e participação.

Observa-se no PPV/RS a intencionalidade de intervir na qualidade de vida dos sujeitos, em um processo de educação para o autocuidado e na inserção de hábitos saudáveis desde a primeira infância.

Regulamentado pela lei Federal nº 12.544 de 2006, o Projeto Primeira Infância Melhor (PIM) integra as ações do PPV/RS na perspectiva de proteção integral a criança. O Projeto é organizado conforme a Lei Federal nº 10.172 de 2001, meta 17 do Capítulo da Educação Infantil do Plano Nacional de Educação, estabelece objetivos e metodologias de ação para acompanhamento sistemático de famílias compostas por crianças de 0 a 6 anos.

Art. 4º - Com o objetivo de orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para o estímulo ao desenvolvimento das capacidades e potencialidades de suas crianças, as ações do PIM consistirão em: I - apoiar e fortalecer as competências da família como primeira e mais importante instituição de cuidado e educação da criança nos primeiros anos de vida; II - prestar apoio educacional e amparar as crianças para complementar as ações da família e da comunidade; III - prestar assistência social às crianças e às famílias beneficiadas por serviços de proteção social básica; IV - prestar toda e qualquer orientação às famílias sobre cuidados de saúde da gestante e da criança, em articulação com os programas de saúde da mulher, da criança e da família (BRASIL, 2001).

Direcionadas para o âmbito familiar e instituições comunitárias, a metodologia do PIM, descreve o perfil de intervenção político ideológico do PPV/RS, centrando nos indivíduos e na comunidade a responsabilidade de mudança da realidade social sem questionar as questões estruturais que determinam e condicionam as relações sócio-familiares e sócio-assistenciais destes indivíduos em formação e de seus responsáveis.

No documento técnico de mapeamento situacional do PPV/RS, de julho de 2009, Silva afirma que “para responder a natureza multifacetária da violência, mediante estratégias de prevenção integral, há que aplicar um enfoque ecológico” (SILVA, 2009, p.4) considerando fatores biológicos do indivíduo, as relações interpessoais, o contexto comunitário e fatores estruturais da sociedade.

O fator biológico e socioeconômico também se destaca nesta pesquisa a partir da mesma fonte de dados de indicadores de causas externas. Ao comparar os indicadores de morbimortalidade por causas externas com os indicadores da mortalidade por outras causas, no caso do Rio Grande do Sul, as neoplasias e doenças cardiovasculares se destacam como predominante, conforme detalhamento na Tabela 03.

Tabela 3: Percentual sobre o total de óbitos e coeficientes de mortalidade por neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório (Lista CID-105-114) - por 100.000 habitantes – ambos os sexos, residentes no RS 2007-2010.

| CID Ano | Neoplasias CID 032 - 052 | | | Doenças do aparelho circulatório CID 066 - 072 | | |
|------------|-----------------------------|------|-------|---|------|-------|
| | Total | % | Coef. | Total | % | Coef. |
| 2007 | 15.333 | 20,5 | 138,4 | 22.597 | 30,2 | 203,9 |
| 2008 | 15.779 | 21,4 | 145,4 | 22.221 | 30,1 | 204,7 |
| 2009 | 15.859 | 20,7 | 145,3 | 22.871 | 29,9 | 209,6 |
| 2010 | 16.519 | 21,3 | 151,4 | 23.296 | 30,0 | 213,4 |

Fonte: site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul-NIS: Núcleo de Informações de Saúde – SIM/SINASC 2007-2010. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=746>>

Estes dados demonstram a necessidade de expandir o olhar sobre a violência para além do atendimento a ocorrências ou registros dos sistemas de notificação específicos. Imersos nos coeficientes de óbitos por causas implicitamente biológicas pode-se revelar uma face multifatorial da violência que perpassa por questões econômicas, ambientais e sociais determinantes da acessibilidade e da qualidade de vida da população.

Cestari em ensaio sobre prevenção do câncer e promoção da saúde considera que apesar dos avanços das últimas décadas “a qualidade de vida e a vida saudável tão sonhada pelos indivíduos e preconizada pelo modelo biomédico ainda não foram conquistadas com equidade, sendo este talvez o principal desafio para o século XXI.” (2005, p.221).

O aumento crescente dos indicadores de doenças degenerativas e ocupacionais vem delineando espaços de pesquisa que estabelecem diálogo com as relações de trabalho e econômicas para a compreensão das novas demandas de saúde da sociedade contemporânea.

Tabalipa (2011) ao discutir os resultados de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro sobre a ocupação dos pacientes nos registros hospitalares evidencia a relação entre o trabalho ou meio de subsistência destes indivíduos e o desenvolvimento de neoplasias.

As estimativas sobre a contribuição dos fatores ocupacionais no desencadeamento dos cânceres variam entre 4% e 40% dependendo do tumor e metodologia empregada. Em países industrializados, cerca de 9% dos cânceres que atingem homens são decorrentes de exposição ocupacional. Nos países industrializados, a exposição a cancerígenos parece ser maior nos trabalhadores dos países em desenvolvimento, como decorrência de procedimentos precários de segurança e do uso de tecnologia obsoleta (TABALIPA, 2011, p.284).

Além das evidências de vulnerabilidade dos indivíduos a fatores de risco químico, biológico e ambiental, acenam precariedades quanto à disponibilidade de equipamentos de

proteção, direito que o trabalhador tem flexibilizado a despeito de melhores remunerações e qualidade de vida. O lazer fator determinante e condicionante da saúde dos indivíduos é relegado a segundo plano, legitimando a cultura de acumulação pautada na livre concorrência e potencializando a desregulamentação das políticas e direitos trabalhistas. Outra questão a ser debatida é a relação custo benefício de certas atividades produtivas.

Para exemplificar será utilizado o caso publicado no Diário Popular: Caderno Rural (15/03/2011), onde uma proposição de audiências públicas da ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária) provocou uma mobilização a nível regional em favor da produção do tabaco.

Essas audiências fazem parte do processo de discussão entre Anvisa e sociedade sobre as consultas públicas 112 e 117/2010 da Agência. A primeira propõe a proibição de aditivos que conferem sabor doce, mentolado ou de especiarias aos produtos derivados do tabaco. Já a CP 117/2010 prevê regras para a impressão das imagens de advertências sanitárias, para a restrição da propaganda aos pontos de venda e para a comercialização pela internet (ANVISA, 2011).

As audiências foram suspensas pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região a pedido do Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco sob a alegação de que o local de realização não comportaria o mínimo de quorum necessário (1000 pessoas)¹² (ANVISA, 2011).

A divulgação das audiências resultou em uma mobilização de municípios cujo Produto Interno Bruto é gerado principalmente por esta cultura em protesto contra as medidas, ditas “radicais” pelos manifestantes, tendo por justificativa as perdas na arrecadação e empobrecimento da população no caso de restrições a esta modalidade de cultura agrícola.

O Dia de mobilização a favor dos produtores de fumo e contra as medidas nº112 e nº117 da ANVISA, realizado em 21 de março de 2011, recebeu apoio de varias entidades representativas de produtores agrícolas, de gestores municipais e representantes da indústria fumageira. Os líderes de governo apoiaram-se em um apelo a comunidade em favor dos produtores: “No Estado, entre os municípios produtores de fumo, 185 mil produtores serão prejudicados com as medidas anunciadas pela Anvisa” (DIARIO POPULAR, 15/03/2011).

O embate pouco procedente esqueceu-se de considerar além das taxas de morbimortalidade correlacionadas ao uso do tabaco, os custos com investimentos em saúde necessários para reduzir os efeitos nocivos da dependência química e os riscos ambientais associados a esta cultura.

Na contradição presente neste contexto, a violência se evidencia na alienação da população do processo decisório: a proposta difundida pela mídia e demais manifestantes

¹² Site ANVISA: noticia datada de 08 de novembro de 2011.

denotou um caráter reacionário e antidemocrático não condizente com a proposta da ANVISA, instigando a reação da população em prol dos interesses hegemônicos.

O desenvolvimento econômico se sobrepõe aos direitos sociais e ambientais a revelia de uma discussão transparente com a população sobre a constituição de ambientes saudáveis mudando o enfoque para projeções econômicas negativas legitimadas de forma coercitiva pelo temor da população de serem relegados a situação de pobreza.

A mesma estratégia vem sendo fomentada para a discussão do Código Florestal, por estes mesmos grupos gestores, alegando que “que se aprovado na íntegra do projeto prejudicará o produtor, pois 20% da propriedade não poderá ser plantada, afora as áreas de banhados, no conceito de Áreas de Preservação Ambiental (APPs)” (DIÁRIO POPULAR, 15/03/2011).

O princípio de promoção de ambientes saudáveis acaba por restringir-se ao comprometimento individual ou da comunidade, centrado na mudança de hábitos para a promoção da saúde em detrimento de ações governamentais de conservação do solo, água e ar, visando uma melhor qualidade de vida para a coletividade.

Observa-se que a proposição de um Programa de Prevenção da Violência não pode restringir-se a ações pontuais, a discussão está imersa em um universo contraditório que para propor o enfrentamento faz-se necessário intervir em questões estruturais e hegemônicas.

Peres (2010) ao avaliar o Programa RAC (Redescobrimo o Adolescente na Comunidade), implantado na Zona Sul do município de São Paulo/SP, considera que o programa não consegue incidir diretamente na dinâmica de violência na região devido a alta vitimização dos adolescentes, remetendo a problemas estruturais de difícil alcance, tornando-se uma tarefa árdua a sua prevenção.

Deste modo, diante da dificuldade de atacar problemas estruturais, como o desemprego, a renda familiar insuficiente, a má qualidade de educação pública, a violência urbana, o RAC procura atenuar os efeitos negativos dessa situação propiciando aos adolescentes a oportunidade de refletir sobre a sua realidade e oferecendo subsídios para que possam melhor enfrentar os desafios cotidianos e se afastar da criminalidade (PERES; 2010, p. 68).

O autor se refere à carência de recursos financeiros e a mudança constante de gestão, como fatores determinantes na viabilidade dos programas, pois interferem diretamente no planejamento das atividades, treinamento de profissionais e nos conteúdos ministrados, chegando até a extinção de convênios.

Percebe-se que a prevenção da violência se associa a dinâmica compensatória e focal das políticas sociais. O indivíduo recebe formação precária para inserção no mundo do

trabalho e formação moral para multiplicar conceitos como um agente formador de opinião e responsável por mudanças de hábitos no seu território de origem. Porém, imerso em uma estrutura econômica incapaz de absorver o montante de adolescentes e indivíduos em idade produtiva.

Desta forma, para desvelar os fatores determinantes e condicionantes da implementação de um Programa de Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul foi necessário compreender que imerso em um modelo econômico neoliberal este programa não pode se restringir apenas em ações pontuais e propositivas de educação dos indivíduos para autocuidado em detrimento a questões estruturais.

Visto que as causas externas se evidenciam como um indicador de saúde a fragilidade no acesso a esta política é determinante na qualidade de vida da população. O caráter interventor ou mínimo do Estado determinará sua maior ou menor flexibilidade no âmbito de investimentos na área social, determinando a margem de violação ou acessibilidade dos indivíduos aos seus direitos sociais e, portanto o grau de violência deste contra os seus tutelados.

No âmbito da Vigilância em Saúde, o monitoramento das causas externas é um dispositivo de controle que pode potencializar a ação do Estado para a proposição de ações para a redução de indicadores.

Ao abordar o tema violência, os sanitaristas colocam forte ênfase no seu papel de analisar as tendências epidemiológicas e no compromisso com a identificação de políticas e programas voltados para promover os fatores de sociabilidade, prevenir a cultura da dominação, da discriminação, da intolerância e a ocorrência de lesões físicas e emocionais e de morte, mas também para aperfeiçoar e dar qualidade à atenção às vítimas (MINAYO; 1999, p.12).

A pretensão no texto literal do programa visa intervir nos fatores de risco e na rede causal desses agravos, através da integração entre as políticas públicas e os movimentos sociais, para isso o investimento em formação permanente dos profissionais de saúde é fator determinante na eficácia tanto na notificação quanto na prestação de assistência às vítimas.

No caso do Rio Grande do Sul, o processo de capacitação dos profissionais para a vigilância em saúde procurou a compreensão dos profissionais para além do simples preenchimento do Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (RINAV).

A Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST), no ano de 2001, desenvolveu um programa informatizado, com o objetivo de organizar um sistema de vigilância das causas externas e seus agravos. Esta capacitação efetivou-se a partir da integração da PAIST/SES com o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) e

com o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência (NEPEVI) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (LEWGOY et al, 2005, p.2).

O enfoque preventivo culminou na implantação do Observatório de Acidentes e Violências, articulando a rede hospitalar para viabilizar ações de vigilância nas unidades de urgência e emergência, sensibilizando os profissionais para o trabalho em rede, a fim de potencializar o sistema de registros de causas externas com um olhar sobre a totalidade e a compreensão dos segmentos fragilizados.

Segundo Lewgoy (2005, p.8) “a proposta de educação permanente resultou no reconhecimento por parte dos profissionais da importância do trabalho cotidiano da vigilância epidemiológica de acidentes e violência para a construção de mediações e estratégias de trabalho”.

A educação permanente dos profissionais de saúde aparece como um fator que potencializa a implementação de ações de controle e prevenção da violência alimentando os sistemas de informação para o debate de estratégias de intervenção. Neste sistema a comunicação de ocorrência de agravos à saúde também pode ser efetuada à autoridade sanitária por qualquer cidadão, introduzindo a participação da comunidade no processo de vigilância em saúde.

Na pesquisa comparativa das iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes no contexto do SUS, realizada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde/MS, em 2007, os resultados apontam equivalência nas dificuldades enfrentadas pelos municípios na implementação de programas de prevenção da violência no que se refere a “problemas de gestão dos recursos financeiros advindos de convênios, o que caracteriza deficiência na qualificação dos gestores para lidar com esse aspecto administrativo-financeiro (...)” (MALTA; 2007, p.51).

Também no PPV/RS questões relacionadas à administração de recursos financeiros revelaram-se como impedimentos. As mudanças sucessivas dos gestores do Programa, que transitou entre Secretarias de Saúde, Secretaria de Governo e possível inserção no PRONASCI13 (Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania), como atividade

¹³ Desenvolvido pelo Ministério da Justiça, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) marca uma iniciativa inédita no enfrentamento à criminalidade no país. O projeto articula políticas de segurança com ações sociais; prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência, sem abrir mão das estratégias de ordenamento social e segurança pública. BRASIL, 2011. Ministério da Justiça. PRONASCI. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br>>

em territórios de paz, bem como a suspensão do convênio e assessoria da UNESCO, em 2010, oportunizaram a instabilidade do Programa.

Por tratar-se de um Programa Estadual, a mudança dos gestores estaduais a partir das eleições de 2010, com a troca de partido político na gestão, as estratégias foram conduzidas para potencializar os setores de vigilância em saúde e educação permanente; delegando aos municípios administrar ações públicas individuais de intervenção e liberando apenas os recursos anteriormente pactuados (SES/RS, 2011).

Além das questões econômicas anteriormente relacionadas aos interesses hegemônicos e as fragilidades sociais inerentes ao acesso aos direitos, evidencia-se o fator político partidário, como impedimento para a continuidade do Programa.

Segundo Malta (2007, p.53) “são inúmeros os desafios para a prevenção da violência no âmbito da saúde no que se refere a sua institucionalização e sustentabilidade”.

A factualidade da Prevenção da Violência pela Saúde perpassa pela consolidação dos planos nacionais de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, pela ampliação da capacidade da vigilância de violências e na definição e apoio a pesquisas sobre causas, consequências, custos e atividades de prevenção, para adentrar no campo da organização e planejamento de estratégias de assistência nos diversos níveis de atenção.

Em consonância com a afirmativa de que “a Saúde tem tradição e legitimidade para construir parcerias intersetoriais e com a sociedade civil” (SOUZA, 2007, p.30), podemos considerar que apesar de algumas iniciativas não concretizarem a sua proposta inicial, o setor saúde constitui por excelência um espaço propositivo, possuindo em sua regulamentação princípios e diretrizes que subsidiam a elaboração de Programas e Projetos intersetoriais embasados no conceito de “saúde como produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal” (FERREIRA e BUSS, 2001, p.1).

3.1 DISCUTINDO A CONTRADIÇÃO DA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA IMERSA EM UM MODELO NEOLIBERAL

O cruzamento das informações debatidas isoladamente nos capítulos anteriores desta dissertação se dará a partir da retomada dos conceitos básicos da ideologia neoliberal para estabelecer um diálogo com as diretrizes e avaliações prévias da PNRMAV e do PPV/RS objetivando evidenciar o contexto contraditório do qual emerge a questão violência e a (im)possibilidade de prevenção.

Optou-se por eleger categorias de análise, possibilitando uma compreensão ordenada e comparativa dos dados a fim de evidenciar com clareza as conflitualidades e convergências expressas no âmbito da política, programa e modelo econômico neoliberal.

1º - Dimensão Estrutural: os aspectos econômicos da prevenção da violência

Princípios inerentes à ideologia neoliberal, a liberdade e igualdade denotam sentidos ambíguos diante das proposições políticas de controle da violência.

No âmbito do modelo econômico neoliberal a liberdade é princípio condicionante para a ampliação do mercado, determinando as condições de igualdade de oportunidades para que os indivíduos nele se insiram e concorram livremente conforme suas capacidades. As desigualdades aparecem como mola propulsora para a concorrência mobilizando os atores a movimentar o mercado, mantendo-se economicamente ativos gerando capital e reduzindo as disparidades sem a necessidade de intervenção do Estado (FRIEDMANN, 1995).

O que se observa, no entanto, é um agravamento destas disparidades entre as classes sociais e o agravamento da questão social, a qual vem se revelando de forma diversa sendo a violência nas suas múltiplas faces, a manifestação de maior visibilidade na sociedade contemporânea.

A liberdade acaba por ser cerceada por um modelo global, onde os países dominantes subjagam as economias periféricas aos interesses da acumulação flexível, fragilizando direitos historicamente conquistados através das lutas de classe e mobilização sindical.

A desregulamentação do trabalho e das barreiras alfandegárias, conforme discutido no primeiro capítulo desta dissertação, ficam restritos a realidade territorial dos países periféricos, delimitando espaços de crescimento e inserção na economia global. A liberdade acaba por ser cerceada conforme os interesses hegemônicos, estabelecendo relações de dependência e servidão, evidenciando traços de violência na voracidade do modelo de acumulação, que se dispõe a violar as regras e os princípios filosóficos e ideológicos do próprio sistema.

No que se refere à classe trabalhadora privar-se do direito ao trabalho e remuneração digna, é uma violação de direitos, e, portanto, uma violência. Associado a esta privação de direito, a consciência coletiva da sociedade delega ao indivíduo a responsabilidade de prover suas necessidades básicas, sem questionar a estrutura que o exclui do processo produção e consumo. Muitas vezes, se estabelece um ciclo onde o indivíduo se reconhece incapaz de proporcionar condições de vida ao seu grupo familiar, restringindo-o a concessões governamentais que determinam um espaço físico mínimo para coabitar um expressivo grupo

de pessoas, com renda insuficiente para prover as necessidades básicas, e com perspectivas mínimas de reabilitação e reinserção no mundo do trabalho.

Ainda com o enfoque na questão trabalho, a legislação prevê o controle e erradicação de toda forma de escravidão e servidão, como violação de direitos, ou seja, toda forma de trabalho desumana que exponha ao trabalhador a condições precárias de trabalho ou que firam a sua dignidade é privação de direito.

Porém, as garantias plenas para a inserção dos indivíduos no processo de produção, e a perspectiva do trabalho como direito, sendo o sujeito detentor de livre escolha de emprego, condições justas e favoráveis de trabalho e proteção contra o desemprego, cada vez mais se fragilizam e quando confrontadas com o contexto e a estrutura não passam de utopias.

No confronto destas garantias com a realidade concreta da organização neoliberal, a população acaba por abdicar de certos direitos, sendo obrigado a optar entre a resposta imediata as suas demandas sociais, que embora momentâneas respondam de pronto a situação de risco vivenciada.

Instala-se um ciclo de vulnerabilidade, o qual não se pode afirmar que se estabeleça um ciclo de violência, mas evidencia a exposição a fatores de risco.

O assédio moral no trabalho, é uma forma de violência, onde o indivíduo permite a exploração da sua força de trabalho, submetendo-se a situações vexatórias, exigência de cumprimento de atribuições além das pactuadas, cumprimento de carga horária excedente sem remuneração, podendo estender-se a assédio sexual.

Mesmo imerso no trabalho formal, as exigências do mercado, a competitividade exacerbada, a cultura do consumo e valorização da propriedade e acúmulo de capital, o trabalhador imerge em um processo de autoflagelo, insatisfação constante e busca incessante de acompanhar a velocidade e transições do mercado global.

Em relação ao indivíduo em situação de desemprego ou trabalho precarizado, a exposição a fatores de risco social, inserem o indivíduo em um espaço subjetivo da busca do pertencimento. A violência em forma de pressões sociais contra o provedor desempregado dá origem a um processo de baixa autoestima e depressão, bem como, desencadeia conflitos intrafamiliares e sócio afetivos.

Há provas abundantes de que o desemprego tem efeitos abrangentes além da perda de renda, como dano psicológico, perda da motivação para o trabalho, perda de habilidade e autoconfiança, aumento de doenças e morbidez (e até mesmo das taxas de mortalidade), perturbação das relações familiares e da vida social, intensificação da exclusão social e acentuação de tensões raciais e das assimetrias entre os sexos (SEN, 2000, p.117).

Neste contexto abre-se precedente para novas formas de relações econômicas e sociais que na informalidade reproduzem violações de contratos sociais anteriormente estabelecidos. Em nome da sobrevivência emerge o mercado informal, novas relações de trabalho e geração de renda, invasão de propriedade pública ou privada, que acabam por legitimarem-se no ideário popular como alternativas de manutenção da dignidade e liberdade do ser humano.

O confronto entre o legal e o legítimo, dá origem a este questionamento sobre a violência contemporânea. Quando se viola direitos positivados se dialoga com a demanda iminente da população, e com a capacidade dos órgãos responsáveis de respondê-las, bem como, busca-se identificar a quem pertence esta responsabilidade e como implementar ações efetivas a esta questão.

Sob esta perspectiva a prevenção da violência evidencia a necessidade de superação do ideário neoliberal de um Estado mínimo, e o fortalecimento do Estado cada vez mais interventor para a redução dos agravos estruturais.

Nas diretrizes da PNRMAV, a ação do Estado aparece como determinante no controle de agravos, prevenção da violência e promoção de saúde, estabelecendo sistemas de vigilância e notificação, financiamento das ações, avaliação e monitoramento de resultados, e educação permanente dos recursos humanos.

Também no PPV/RS, as estratégias de implementação se configuram enquanto atribuição do Estado e municípios, cujos gestores articulados com a sociedade civil articulam ações objetivando potencializar a qualidade de vida da população a partir da promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis.

Segundo Minayo (1998) a questão violência na área da saúde ultrapassa o âmbito da epidemiologia, e exige uma abordagem multidimensional e multidisciplinar considerando os aspectos biopsicosociais a ela imbricados.

Os tempos estruturais, os entranhamentos culturais, as discriminações, as desigualdades extremas, a falta de oportunidade de trabalho, a escassa cidadania são questões muito profundas que transcendem as práticas específicas da área de saúde, ainda que tenha de levá-las em conta em sua ação (MINAYO, 1998, p. 524).

Na proposta do PPV/RS e diretrizes da PNRMAV identificam-se estratégias que visam transcender a estes limites a partir da articulação intersetorial com as demais políticas sociais, porém os aspectos econômicos mantêm-se preservados por ações assistenciais sem intervir propositivamente no reordenamento da economia.

Segundo a Nota Técnica do BID nº5, é no campo econômico que se apresenta maior potencial de intervenção dos indicadores de violência:

Reduzir a pobreza e a desigualdade são duas medidas de prevenção estruturais, de longo prazo, que, ao modificar os incentivos do mercado de trabalho e o acesso a este mercado, como também as percepções de depressão relativa e frustração, reduzem a probabilidade de condutas violentas no futuro (BUVINIC E MORRISON, 2002, p.2).

O aumento de oportunidades econômicas para grupos de risco como jovens e mulheres aparece respectivamente como potenciais redutores da violência social, na qual os jovens são a maioria de vítimas e vitimizadores, e da violência de gênero cuja origem se estabelece nas relações desiguais entre os casais.

Nesta perspectiva a intervenção nas desigualdades econômicas aparece como determinantes não somente da prevenção da violência, mas também na promoção da qualidade de vida da população.

Concha-Easteman e Malo (2007) em sua análise dos limites e possibilidades da prevenção da violência a partir do setor saúde, estabelece uma relação entre prevenção da violência e as oito Metas de Desenvolvimento do Milênio propostas pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde) são elas:

1. erradicação da pobreza extrema e da fome;
2. atingir o ensino primário universal;
3. promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
4. reduzir a mortalidade infantil;
5. melhorar a saúde da materna;
6. combater HIV/Aids e Malária e outras doenças;
7. garantir a sustentabilidade ambiental;
8. estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento.

Apesar da pobreza não ser considerada fator determinante da violência são os pobres mais vulneráveis a ela devido a privações sociais e ambientais que se veem expostos. Sua inserção no mercado vê-se comprometida pela baixa escolaridade, precarização do ensino público, destituindo-os de conhecimento para defesa de seus direitos, potencializando o risco de consumo de drogas e comportamentos violentos. No caso das mulheres a baixa escolaridade é agravada pela desigualdade entre os sexos, estabelecendo relações de subjugação feminina pela violência, dependência ou medo.

A dificuldade de acesso aos demais direitos socioassistenciais se revela pelos índices

de mortalidade infantil, morbimortalidade materna, infecções por doenças sexualmente transmissíveis por exposição a risco, ou violências dentro e fora do ambiente domiciliar. Esta realidade se coaduna a questões ambientais de habitabilidade, as zonas de risco se multiplicam com especificidades múltiplas relacionadas a déficit no saneamento básico, risco de epidemiológicos e de endemias, risco social referente a zonas de trafico e consumo de entorpecentes, exposição por prostituição e violência social.

Todas as discussões culminam no desenvolvimento econômico como fator preponderante no controle e prevenção das diversas manifestações de violências associadas à violação de direitos supracitada.

Indubitavelmente, os esforços mundiais conjuntos para o desenvolvimento deverão influenciar todas as MDM e, desse modo, trarão efeitos positivos para a prevenção e o controle da violência. _ É válido reafirmar que o equilíbrio entre os sexos, a autonomia, a instrução e o emprego das mulheres são passos firmes em direção ao desenvolvimento e, portanto, fatores decisivos para reduzir a violência contra as mulheres. _ Ambientes e famílias saudáveis, onde jovens e crianças podem se desenvolver, freqüentar a escola, não passar fome e usufruir dos direitos sociais, possibilitarão a redução do risco de se tornarem vítimas e autores da violência (CONCHA-EASTMANN E MALO, 2007, p. 1184).

Entretanto, faz-se necessário analisar com cautela as proposições de desenvolvimento antes de reafirmar a possibilidade de eficácia. O questionamento do modelo econômico é implícito à proposição de mudanças, visto que ambientes saudáveis pressupõem acessibilidade aos direitos sociais, econômicos, políticos e fundamentais, na sua integralidade.

2º - Fatores sócio-assistenciais: realidade de acesso e interssetorialidade

No modelo econômico neoliberal há uma dicotomia entre a proposta das políticas sociais e a política econômica que estabelece o fio condutor das ações do estado e instituições do terceiro setor para camadas sociais em situação de vulnerabilidade social. No que se refere à violência e sua prevenção, a intervenção estruturou-se inicialmente sobre a perspectiva da segurança pública, tendo por estratégia ações de controle e repressão conforme a sua emergência.

Segundo Bittar (2008) os dados estatísticos referentes a indicadores de homicídios datados de 1999, colocaram o Brasil em segundo lugar entre os 60 países mais violentos do mundo, com uma taxa de 26,3% de homicídios por 100 mil habitantes, justificando investimentos de forma a coibir a violência urbana criando ondas de alarmismo sobre a amplitude do problema sem intervir diretamente nas forças causais que o constituem.

A adoção de estratégias de repressão através de políticas de segurança pública focal evidenciou a ineficácia da intervenção na questão violência dissociada da compreensão dos seus fatores causais, perpetuando e reproduzindo de forma cíclica a violência na dinâmica da vida social.

O espantoso crescimento da violência vem acompanhado por um, também espantoso, processo de concessão de poderes ilimitados à polícia, de violação de direitos humanos, de aumento das formas políticas de exceção e de autoritarismo social” (BITTAR: 2008, p.215).

Traduzida a uma questão de polícia e de poder do mais forte sobre o mais fraco, o seu enfrentamento recorre no risco de abandonar o princípio de garantia da dignidade humana e tomar uma proporção reacionária e discriminatória.

O discurso de Pimenta (2008) sobre as dimensões sócio-culturais urbanas da violência na contemporaneidade revela que embora a violência “seja constituída nos jogos de relações sociais, a culpabilidade de suas práticas restringe-se às classes populares, em especial aos jovens, causando espanto quando seus autores são classe média ou alta” (PIMENTA, 2008, p.15).

O autor Pimenta (2008, p.15) complementa explicando que tal postura tem origem em diversos fatores determinantes, dos quais elege como principais:

1. quem produz a violência, na visão e na imaginação do senso comum, é a pessoa de baixo poder aquisitivo, pobre, negro, mestiço, e, além desses requisitos, ocupa piores localizações no espaço urbano. Abre-se um espaço para a existência de *xenofobia a moda brasileira*: contra os nordestinos, favelados, moradores de bairros periféricos, e moradores de rua.
2. a ordem social não reconhece que a violência “constitui” outras formas de relações sociais, reproduzindo representações, códigos e estilos de vida próprios, por vezes até como proteção contra as hostilidades de nosso tempo.
3. o discurso corrente não reconhece que o indivíduo inscrito na sociedade, independente de classe social, faz parte de um sistema social complexo, e reconhecer este aspecto do social requer aceitar que a sua composição não exclusivamente racional, como se pretendia no processo civilizador moderno. Isso porque ele se complementa, também, de informações diversas(...) e porque as pessoas, cada qual a seu modo, reagem aos estímulos dos afetos, das angústias, das frustrações e das desgraças.

Sob esta perspectiva, o imaginário social constrói uma concepção de violência centralizada no patamar do fato individual ou da ação de grupos específicos sem questionar a totalidade dos fatores causais implícitos na dinâmica política e econômica da sociedade.

As práticas de controle e prevenção da violência perdem o viés da repressão policial e se agregam a propostas globais de erradicação e/ou redução da pobreza e combate a fome.

Desde a década de 70 o Banco Mundial já propunha a abordagem do combate à pobreza, mas somente na década de 90 estas proposições se traduziram em políticas mais

explícitas.

Los documentos del Banco Mundial y del FMI, para no hablar de aquellos de La OMC, trazan con mucha convicción la vía hacia la reducción de la pobreza. Ellos parten de una evidencia: hay que aumentar el crecimiento, porque no se puede compartir un pastel sin haberlo producido. (HOUTART, 2007, p.100).

Esta abordagem traz implícita nas políticas a preservação dos interesses hegemônicos neoliberais. Sob a perspectiva de crescimento econômico através da abertura dos intercâmbios para ampliar a liberdade de mercado, pressupõe benefícios aos pobres que, “en el peor de los casos, podrían disfrutar del efecto colador (trickle down) algo que podríamos traducir como recoger las sobras” (HOUTARD, 2007, p.100).

As políticas sociais consolidam seu caráter compensatório e assistencial com o intuito de amenizar os conflitos delegando à população vulnerável a responsabilidade de mudar a própria realidade, a partir de concessões paliativas, utilizando a antiga ideologia de culpabilizar os pobres por sua condição de pobreza, e pelos agravos provenientes desta condição.

Em nível de Brasil, Marques e Mendes (2007) fazem referencia as ambiguidades das políticas de redistribuição de renda a partir da análise do Programa Bolsa Família afirmando que se de um lado a política favoreceu aos interesses do capital, de outro possibilitou acessibilidade aos segmentos mais empobrecidos da população, anteriormente excluídos de algumas políticas.

No entanto, não se pode deixar de considerar que “em determinados momentos, certos interesses das classes exploradas são satisfeitos com a intenção de fazê-las crer que estão atingindo seus direitos e de arrefecer seus ânimos exaltados” (ALMEIDA e COELHO, 2008, p.4), particularizando um caráter alienatório das políticas e programas sócio assistenciais. Os efeitos nocivos da violência estrutural não deixam de incidir sobre a realidade dos sujeitos sociais, alimentando a ostentação de poucos com o sofrimento de muitos, ampliando as disparidades sociais e gerando mais pobreza.

Nesta dinâmica a violência se expressa a partir de sintomas, tomando a forma de uma patologia social passível de tratamento, vigilância e articulação política, exigindo estudos científicos e epidemiológicos capazes de evidenciar as suas múltiplas determinações, a luz de uma base conceitual de atenção integral e da construção coletiva de saberes.

A mudança de paradigma de enfrentamento da violência que se deu a partir da publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde pela Organização Mundial da Saúde, no ano de 2002, optou pela prevenção com base em evidências.

O enfrentamento a violência é direcionado a partir da concepção de uma prática sanitária capaz de possibilitar a produção de saúde, rompendo com a setorialização da realidade e com a reprodução social da exclusão.

A saúde deixa de ser um setor isolado e passa a ser “vista em sua positividade e como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as consequências da perda da saúde” (MENDES, 1999, p. 239).

Entretanto a realidade contraditória entre a política e os interesses hegemônicos, evidencia no contexto da saúde efeitos da desregulamentação dos direitos sociais. A legislação vigente, através das leis federais nº8080 e nº 8142, conceitua a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com a participação efetiva da população na construção e execução das ações em saúde, porém a acessibilidade aos serviços é frágil e a política fragmentaria acaba por servir aos interesses inerentes ao modelo neoliberal potencializando a participação e repasse de recursos à iniciativa privada.

Segundo Saul (1995, p.113) o espaço de articulações entre a esfera pública e a privada pode ser um terreno fértil para a disseminação da injustiça social:

Alinham-se, por exemplo, desde situações de largo espectro como as relacionadas à corrupção no serviço público, com a apropriação de cargos e o desvio de verbas públicas em benefício de interesses de grupos privados ao descaso da fiscalização para com os grandes sonegadores da receita, tendência complementada pelas anistias concedidas a impedidos devedores do tesouro nacional e pela voracidade tributária que incide sobre a massa assalariada, até o uso de serviços públicos, como os correios, para agenciar loterias e concursos de vários tipos patrocinados por grandes empresas privadas.

Certas concessões servem de instrumento para relegar ao descrédito os serviços públicos e legitimar a desregulamentação das políticas e programas para a promoção da mercantilização dos direitos sociais estabelecendo um ciclo de produção e reprodução de desigualdades.

Santos (2011) em estudo realizado no ano de 2003 sobre classe social e desigualdade de saúde no Brasil, constata discrepâncias acentuadas, na distribuição de saúde da população relacionada às diferenças de classe e posição social.

De um lado, as ocorrências de estados negativos de saúde são minimizadas pelas relações de propriedade, o exercício de autoridade e a posse de qualificações escassas. De outro, as desvantagens se associam ao trabalho submetido aos processos de exploração e, com ênfase ainda maior, as situações de exclusão do controle de recursos econômicos (SANTOS, 2011, p.47).

Desta forma, as ações de promoção da saúde se confundem na mesma ambiguidade das demais políticas. No caso do PPV/RS ao mesmo tempo em que apresenta possibilidades de prevenção apresenta entraves na sua implementação que podem servir de fomento à violência.

O primeiro desafio para a consolidação desta proposta se embasa na organização dos serviços e na intersectorialidade.

Diante do novo conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, as atuais políticas públicas, fragmentadas e centradas no modelo hospitalocêntrico se mostram incipientes em suprir as necessidades individuais e coletivas do cidadão e sua totalidade (BERNARDI, 2010, p.138).

A viabilidade deste modelo pressupõe a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde.

Paralelamente o princípio da integralidade que direciona o reordenamento do setor saúde, potencializa a construção de estratégias de vigilância em saúde e o contato direto com o contexto social de populações vulneráveis.

De acordo com Bernardi (2010) a atenção integral preconizada pelo SUS instiga a organização de novos serviços de saúde, e a revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho dando prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Instrumentos estratégicos de intervenção o acolhimento, o vínculo e a continuidade no atendimento, oportunizam a sensação de pertencimento do usuário a unidade que lhe presta serviços. Esta unidade que estabelece os vínculos intersectoriais para a prevenção de agravos individuais ou coletivos da população atendida e alimenta os sistemas de notificação da vigilância em saúde.

Apesar das restrições na consolidação das diretrizes do SUS, o comprometimento dos profissionais com a realidade social estabelece, mesmo que timidamente, um movimento contra-hegemônico pautado nas reais demandas da população.

O propósito da PNRMAV e do PPV/RS referente à promoção de comportamentos e ambientes saudáveis perpassa pela instrumentalização da população sobre seus direitos e a acessibilidade, potencializando os indivíduos para a participação em espaços de construção e execução das políticas.

Porém, conforme revela Peres (2010) vários são os elementos, internos e externos, que limitam e/ou dificultam o atendimento uniforme da população em situação de risco:

- questões individuais referentes a disparidade ideológica das equipes e dos indivíduos e comunidade atendidas;
- os aspectos burocráticos estabelecem limites populacionais para a implementação de serviços específicos de enfrentamento e monitoramento de situações de risco tanto no âmbito da saúde (PROESF/PACS – CAPS AD), quanto na assistência social (CREAS – CRAS);
- no âmbito da política a mobilidade que se estabelece na gestão do social, com as constantes mudanças nas coordenações de programas, projetos e serviços, intervindo na continuidade e resolutividade das ações;
- na economia o descaso com os dados estatísticos e da relação custo benefício dos investimentos em atenção básica priorizando os interesses institucionais de investimentos de média e alta complexidade, de alto custo e passível de exploração financeira; também a descontinuidade no financiamento de programas e projetos, com deslocamento de recursos para novas iniciativas ou suspensão de convênios.

3º- Fatores de reprodução sócio cultural da violência

Diluídas em um mundo de significados as categorias prevenção e violência aparecem naturalizadas e passíveis de conjugação associativa, ocupando destaque nos discursos governamentais e eleitoreiros sem o devido enfoque estrutural de sua concepção.

Segundo Bonamigo (2008) as violências urbanas estão diretamente relacionadas a organização da sociedade contemporânea, com varias motivações, contextualizadas em diferentes espaços e compostas por uma diversidade e multiplicidade fatores, revelando-se de formas diferentes conforme o momento e dano causado.

Apesar de os eventos violentos apresentarem singularidades, para a sua compreensão e conceitualização faz-se presente o contexto onde é proferida.

Bonamigo (2008), parte do conceito de “sociedade de risco” para exemplificar a conflitualidade inerente a organização da sociedade contemporânea, na qual os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem a escapar do controle: “as instituições da sociedade industrial, tornam-se produtoras e legitimadoras das ameaças que não conseguem controlar” (BONAMIGO, 2008, p.208).

O conflito se desloca do conceito de luta de classes e distribuição de bens, presentes

na dinâmica da sociedade industrial para o patamar de autoconfrontação da sociedade reflexiva sobre os riscos indesejados do dinamismo autônomo da modernização e seus efeitos colaterais.

Nesta perspectiva a violência aparece associada ao sentimento de insegurança gerado na dinâmica de desregulamentação das relações e flexibilização dos direitos de seguridade conquistados na primeira fase da sociedade industrial.

Questões referentes a déficits de cidadania e igualdade deslocam-se do patamar da luta de classe sendo tratadas como questões de segurança pública, sem o debate sobre a lateralidade da dinâmica da sociedade contemporânea (BITTAR, 2008).

Reduz-se ao controle das “armas”, o direito inerente da população de demonstrar o seu descontentamento diante da instabilidade econômica. Violentos e violados, se confundem diante de um modelo fragmentário que impossibilita o reconhecimento enquanto classe.

[...] o que se percebe é que a população apossada, diante das cotidianas violações que permanecem impunes, o Estado de Direito incapacitado de agir eficazmente na condução de políticas consistentes para atacar as causas das crescentes estatísticas de violência, a vida social se torna um verdadeiro jogo de trocas de culpas, em que a sociedade civil e o Estado saem perdendo (BITTAR, 2008, p.215).

A luta de classes diluída na dinâmica flexível da sociedade contemporânea não diluiu consigo a luta pelo poder. A luta pelo poder se reconfigura a partir de um conjunto de relações as quais associam a técnica e o saber aos interesses econômicos. O uso das tecnologias perde o valor social relegando a segundo plano o bem estar social ou, em nova nomenclatura a qualidade de vida, corrompendo-se e provocando as novas manifestações da questão social.

Em plena revolução tecnológica e informacional, vemos de modo acentuado, exacerbar a violência contra índios, negros, mulheres e pobres, com agravantes de não superarmos as demandas sociais impulsionadas pelo processo de urbanização e de industrialização (PIMENTA, 2008, p.14).

Novas formas de segregação se estabelecem legitimadas por ideias pré-concebidas da pobreza, como propulsora de violência, conformando uma nova velha cultura conservadora e higienizadora relegando a violência o caráter de uma questão inerente da identidade humana, e, portanto, para preveni-la deve-se educar o povo para o auto cuidado e estabelecer novos patamares de controle e tratamento como uma “patologia social”.

Os conceitos de moralidade inserem-se nos discursos midiáticos e das lideranças governamentais e da sociedade civil, com ensejo a uma postura de repressão estatal voltada ao controle das populações de risco: “a violência ganhou corpo, lugar, etnia, cor da pele, rosto,

perfil e origem” (PIMENTA, 2008, p.15).

Além de violada em seus direitos e segregada a condições subumanas de sobrevivência, a população empobrecida é revitimizada: - de vítima à algoz por reproduzir a violência e danos oriundos da segregação – de algoz à vítima por exposição à xenofobia, hostilidade, desproteção social, frustrações e falta de perspectivas.

Segundo Souza (2008) o sentimento de medo comum a todas as camadas sociais, conduz para o apoio as políticas despóticas ou extremamente repressivas, reproduzindo a violência de forma cíclica, transfigurando a punição em espetáculo.

Os direitos civis denominados por Bedin (2002) direitos de primeira geração e fundamentais da democracia moderna se perdem em uma disputa de prioridade e legitimidade.

Direitos ditos invioláveis do homem são restritos aos interesses e manutenção da acumulação flexível, liberdade e mobilidade do modelo econômico:

- as liberdades físicas limitadas pela intensa violência urbana: banalização da vida e morte dos indivíduos sociais, espaços restritos de convivência pela falta de segurança dos indivíduos e coletividade cujos domicílios são violados ou nem acesso a moradia possuem; dismantelamento dos movimentos sociais e identidade de classes;
- as liberdades de consciência e expressão manipuladas a partir da alienação dos indivíduos dos conceitos de classe e saberes, educação precária, deixando-os vulneráveis a instituições formadoras de opinião financiadas pelo poder hegemônico;
- os direitos da pessoa acusada é relegado ao descaso e espetáculo da violência. Legalmente o homem é inocente até prova ao contrario, passível de defesa legal, no entanto, os episódios de repressão imediata ao ato, advindos de pré-julgamentos, intensificam-se legitimados pela prerrogativa senso comum da ineficácia da justiça e do aparelho estatal (BEDIN, 2002).

Mesmo os direitos civis e os direitos políticos sendo reconhecidos em sua relevância pelo ideário neoliberal, na pratica acabam por ser relegados ao segundo plano diante dos interesses do modelo econômico.

A violência estrutural é uma violação da violação, o direito de não ter direitos, manifestada pela violência urbana, tomando forma de movimento desordenado da população em prol da subsistência.

Este fenômeno não pode ser reconhecido como movimento social, pois não articula

interesses coletivos ou propostas substanciais de transformação social, mas contém em sua essência, mesmo que desarticuladamente, interesses contra-hegemônicos.

Neste contexto a proposta de prevenção se estabelece em um espaço de luta de interesses desiguais, cujos impactos na totalidade segue a lógica do capital, amenizar as questões relevantes da saúde pública, sem intervir diretamente na dinâmica da acumulação.

A perspectiva em vigilância em saúde, sem dúvida, oportuniza dados para planejamento de investimentos na área da saúde, porém, o repasse de recursos públicos ainda é predominante para unidades de urgência e emergência de média e alta complexidade imersa nas instituições hospitalares para atendimento às vítimas.

Sem demérito a validade da pesquisa científica e do seu comprometimento com as transformações sociais, os fomentos para a produção científica tem maior sustentabilidade para a produção de tecnologias de ponta, cujo apoio financeiro público se associa a interesses da iniciativa privada.

Assim a proposta de um Programa de Prevenção da Violência, nega parcialmente o pressuposto de contradição à lógica do capital, considerando que ela propõe reduzir indicadores, minimizar agravos, potencializar investimentos, sem em nenhum momento propor transformar a realidade, servindo como instrumento de manutenção do “status quo”

Entretanto, sob a perspectiva dialético crítica a contradição se evidencia no próprio termo “prevenir” violência, num contexto que prevê o controle, a adequação e o financiamento de ações compensatórias aos danos históricos da violação dos direitos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção das políticas de prevenção da violência divide um espaço ambivalente. De acordo com os dados da pesquisa o quadro epidemiológico da violência prima por uma discussão a partir do âmbito da saúde, articulando com as demais políticas a vigilância, educação em saúde e controle de agravos, entretanto, a proposta não discute o estudo aprofundado das forças causais do fenômeno o que pressupõe instigar um pensamento contra hegemônico contestando a própria lógica da estruturação econômica e o reordenamento da distribuição equitativa de renda, como recurso para redução das desigualdades e da violência.

Esta dicotomia entre direito e acessibilidade evidencia a ambiguidade imersa nas políticas sociais. Instrumentos propositivos de redução de desigualdades acabam por responder de forma paliativa e pouco resolutiva as demandas sociais das classes trabalhadoras mais vulnerabilizadas (formais, informais, excluídos e incluídos).

Reféns do ideário neoliberal de redução do investimento em desenvolvimento humano para potencializar o desenvolvimento econômico, as políticas sociais seguem em uma ambivalência que promove a manutenção do *status quo*, e a ação pontual sobre as diversas formas de manifestação da questão social através de recursos escassos.

Neste horizonte limítrofe entre interesses econômicos e garantias sociais, nadar contra corrente é exercício inerente do assistente social, assim como o desafio de avançar em direção da compreensão da essência do fenômeno e da multiplicação do conhecimento mesmo que se parta de uma singular provocação ao pensamento crítico.

Com este objetivo neste construto teórico buscou-se formular subsídios para inserir no debate sobre o tema violência questionamentos sobre a acessibilidade aos direitos sociais e a ruptura do estigma da desigualdade entre sujeitos multiplicadores e cidadãos em vulnerabilidade, conduzindo o pensamento crítico para uma análise dos entraves e possibilidades da implementação de um Programa de Prevenção da Violência em um modelo econômico Neoliberal.

O desvelamento das bases estruturais deste modelo econômico e possíveis fatores determinantes da violência nele inseridos oportunizou dialogar com as diretrizes e princípios do Plano Nacional de Prevenção da Violência que norteiam Políticas, Programas e Projetos de prevenção e enfrentamento da violência e constatar que a proposta de implementação de um Programa de Prevenção da violência nega o pressuposto de contradição ao modelo econômico neoliberal, vez que seu modelo ideológico não prevê crítica ou transformação da ordem vigente.

O Programa segue a lógica das políticas que integram a seguridade social, as quais detêm, na sua essência, direitos, princípios e ações que possibilitam o acesso da população tanto no atendimento nos serviços sócio assistenciais quanto na participação efetiva na construção das políticas. Entretanto, na sua proposta de implementação e gestão desta política não propõe intervenções que insiram na transformação do modelo hegemônico de produção e acumulação neoliberal.

No confronto entre o legal e o legítimo, a violência se perde um universo conceitual e de culpabilidade, recorrente da banalização dos direitos violados e valorização dos agravos sociais e de saúde ocasionados por uma dinâmica em que “morrer e matar de fome, de raiva e de sede, são tantas vezes, gestos naturais.”¹⁴

No entanto, a histórica militância política da área da saúde abre um precedente onde a violência pode ser debatida, compreendida e desconstruída no âmbito do controle social – Conselhos e Conferências.

O conceito de saúde ampliada e produzida socialmente pressupõe a centralidade num ser humano complexo, detentor de saberes, direitos e poderes legítimos e delega ao setor saúde potencializar a proatividade dos cidadãos para construção de ações capazes de atender a integralidade de suas demandas sociais de forma equânime e promover justiça social.

Consolidar o SUS, seus princípios e diretrizes, construídos politicamente, abre prerrogativas para uma possível ruptura do ciclo histórico da violência estrutural. Cabe aqueles que defendem e dele participam efetivamente introduzir nos espaços de participação e articulação de políticas o fator econômico para propor e produzir transformação.

No caso específico do Rio Grande do Sul o Programa de Prevenção da Violência-PPV/RS, desde os meados de 2010, passou por várias mudanças estruturais, provocando a instabilidade do repasse dos recursos, resultando no descrédito dos gestores municipais sobre a proposta. Informações recentes da Secretaria Estadual de Saúde/RS, evidenciam o desmonte do aparato estatal que subsidiava a implementação em nível municipal. Desde o ano de 2010, o convenio com a UNESCO passou por momentos de flexibilização, com o afastamento das consultoras, sendo a questão violência conduzida para o setor de Vigilância em Violências (SES/RS, 2012).

Segundo a coordenação do setor, as atividades foram deslocadas do Programa para integrarem os projetos em “territórios de paz” PRONASCI, sob a responsabilidade da secretaria de segurança (CEVES/SES/RS, 2012).

¹⁴ Fragmento da música “Podres poderes” composição Caetano Veloso.

O enfoque na promoção da saúde se desloca para a proteção e segurança, na promoção de ambientes saudáveis. Devolvem-se ao âmbito da proteção do jovem e adolescente as ações, na velha retórica de prover uma sociedade melhor no futuro. O hoje, o agora, destes indivíduos sociais são mensurados em estatísticas e indicadores. Se por um lado, a investigação diagnóstica dos indicadores de violência urbana, viabilizam a organização dos serviços, por outro, retornam a perspectiva sanitária de controle dos agravos e tratamento focal às vítimas e repressão ao agressor.

Dentre as etapas de implementação do PPV/RS, o diagnóstico situacional dos municípios, priorizado na primeira fase de implementação corresponde a esta perspectiva, funcionou para alimentar os bancos de dados sobre indicadores de violência e acidentes, além de oportunizar o reconhecimento da rede sócio assistencial existente em cada município. No entanto, como as demais iniciativas de prevenção e intervenção na questão da violência, não consta nas planilhas de implementação, ações ou propostas que discutam o contexto econômico e perspectivas de debate da redução das desigualdades sociais para a prevenção da violência.

Desta forma a intersetorialidade proposta, ainda segue a ótica de atendimento pontual de demandas sócio-assistenciais, com enfoque na educação dos indivíduos para o autocuidado e responsabilização dos sujeitos sociais pelas suas mazelas ou vulnerabilidades.

A violência dos violados, não é compreendida como consequência, mas como causa da insegurança pública. Enquanto insegurança ocasionada pela privação dos direitos sociais, não for visualizada e concebida como potencializadora de desigualdades e as políticas e programas de prevenção não compreenderem que o direito à dignidade está diretamente relacionado ao fator capital-trabalho, torna-se contraditório pretender elevar a qualidade de vida e promover cidadania.

O que surpreende, nesta pesquisa é que não se pode afirmar que o PPV/RS é uma proposta em contradição ao modelo econômico neoliberal, afinal o seu objetivo é contribuir para a redução dos índices de violência através da:

- construção de uma rede social, o sentido da proteção fica subentendido entretanto, não deixa claro no plano operacional as formas de financiamento. A princípio esta proteção se divide entre público ou privada sendo a responsabilidade de repasse de recursos do Estado, porém se dá a partir de fomento às ações já existentes no território.
- identificação dos principais desafios: como anteriormente comentado, é incontestável a necessidade de produção do conhecimento para estabelecer

estratégias de ação, porém como comentamos nos capítulos anteriores a atenção básica, executada na sua integralidade pelo setor público, ainda é carente de recursos, enquanto a média e alta complexidade, privatizada na sua maior parte, recebe a maior parcela de incentivos. No caso da violência, urgência e emergência, no atendimento pré-hospitalar aparecem como foco de investimentos para atendimento das vítimas. Contraditório a nomenclatura do Programa, Programa de “Prevenção” da Violência, porém favorável aos interesses hegemônicos das instituições;

- integração de soluções: em um processo histórico em que o caráter paliativo e compensatório das políticas sociais é dominante integrar soluções não é somente contraditório, mas irrelevante. As avaliações anteriormente discutidas no capítulo 3, sobre a PNRMAV não apontam soluções, apenas alguns avanços no âmbito da vigilância e muitos desafios de implementação.
- articulação das instituições públicas e privadas.
- promoção das ações governamentais e não governamentais (BRASIL/SES/RS, 2008. Anexo I).

Comentar os dois últimos objetivos parece redundância, no entanto, é neste âmbito que a rede deve se consolidar. Na realidade a articulação entre as instituições públicas e privadas já coexistem no âmbito de financiamento, das quais a promoção de ações entre instituições parceiras oferecem o atendimento nas diversas áreas, para execução das políticas sociais. O que deve adentrar na discussão é a resolutividade destas ações, repensar o modo de fazer e construir e mais importante consolidar as políticas. E mais que isso “consolidar com”.

Apesar de alguns apontamentos sobre a participação da população na execução e planejamento das ações, os objetivos não enfatizam esta prerrogativa (BRASIL/SES/RS, 2008).

Assim, os entraves e as possibilidades da implementação do PPV/RS confundem-se ao estudar o Plano Operacional do PPV/RS, entretanto se fará tentativa de brevemente enumerar apontadores textuais imersos nas planilhas de implementação deste Programa:

- facilitadores: regulamentação; integralidade na ação; elaboração de matriz teórica para ação; capacitação de profissionais; núcleo de estudos; comitês intersetorial; formação conceitual; descentralização das ações; fomento a pesquisa; monitoramento e avaliação (instrumentos);
- entraves: desconhecimento das políticas públicas, pelos usuários, profissionais e gestores; esvaziamento dos comitês gestores; carência de cobertura ESF; cultura

setorializada do atendimento; mudanças na gestão do programa; quebra de convênios; carência de conhecimentos; fragmentação da rede; carência de recursos humanos; violência relacionada ao uso de álcool e drogas; carência de espaços de lazer nas comunidades vulneráveis; monitoramento e avaliação (notificações inconsistentes).

Facilitadores e entraves conflitam entre o direito e a fragilização da Política da Saúde e demais políticas de direito. O constante em sua regulamentação não se consolida na prática cotidiana dos serviços, resultado da legitimidade que o ideário neoliberal conquistou historicamente e que se não for largamente debatido, questionado e desconstruído no patamar do senso comum, promoverá o agravamento das situações de violência vigente.

REFERÊNCIAS

- ADELANTADO José; NOGUEIRA Jose A.; RAMBLA, Xavier. El marco de análisis: las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales. In:_____ (coord.) **Cambios en el Estado del Bienestar**. Barcelona: Icaria Editorial p. 23-61, 2000.
- ALMEIDA, Guilherme. A. **Direitos Humanos e Não Violência**. 1.ed. Atlas, 2001, 192p.
- ALMEIDA, Maria. H. T. O Elo Perdido entre o Trabalho e a Seguridade Social. In: BEHRING, Elaine R. e ALMEIDA, Maria H.T de (orgs). **Trabalho e Seguridade Social: Percursos e Dilemas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.23-37.
- ALMEIDA, Natália K. D.; COELHO, Maria T. A. D. A Violência Estrutural. Portal de Revistas Unifacs. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**. n.1, v.11, 2007. Disponível em: <www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/download/323/270>. Acesso em: 20/12/2011.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir. & GENTILI, Pablo. (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 09-23.
- ANVISA: Marcadas audiências públicas sobre produtos derivados do tabaco. 18 de novembro de 2011. Sala de Imprensa. 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2011+noticias/marcadas+audiencias+publicas+sobre+produtos+derivados+do+tabaco>>. Acesso em: 20/12/2011.
- ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 352p.
- BEDIN, Gilmar A. **Os Direitos do Homem e o Neoliberalismo**. 3.ed. Ijuí, 2002. 200p.
- BEHRING Elaine R, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6.ed. Cortez, 2009, p. 47-81.
- BEHRING, Elaine R. Trabalho e Seguridade Social. O neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, Elaine R. e ALMEIDA, Maria .H.T de(orgs). **Trabalho e Seguridade Social: Percursos e Dilemas**. 2.ed. Cortez, 2010, p.152-174.
- BERNARDI, Adriana P. Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública. **Saúde e Transformação Social**. Florianópolis, v.1, n.1, p.137-142, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/408>> Acesso em 19/01/2011.
- BITTAR, Eduardo C. B. Violência e realidade brasileira: civilização ou barbárie? **Revista Katalysis**. n.º.2, v.11 p. 214-224, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802008000200007>> Acesso em: 19/10/2010.
- BOBBIO, Norberto; MATTRUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. v.1, v. 2, 13.ed, 2009, 1330 p.

BOITO, Armando. Relações de classe na nova fase do neoliberalismo brasileiro. In: IV CONGRÈS MARX INTER-NATIONAL. Universidade de Paris. **Anais**. Paris, set./out. 2004. Disponível em: <www.iheal.univ-paris3.fr/IMG/pdf/PIICdos.pdf> Acesso em 15/10/2011.

BONAMIGO, Irme S. Violências e contemporaneidade. **Revista Katalysis**. n.2, v.11 p. 204-213, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802008000200006>> Acesso em: 19/10/2010.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social na América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete (et all). **Política Social no Capitalismo**. Tendências Contemporâneas. 1.ed. Cortez, 2008, p.174-195.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em 15/12/2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. CONASS nº17, 1ª Ed, 2008. 86p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8080. 1990**.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8142. 1990**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM/MS nº 737. 2001**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Ministério da Saúde, 2006, p.228.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Revista do Ministério da Saúde**, 2.ed. Cadernos de Atenção Básica, nº. 21, 2008, p. 195.

_____. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde/RS. Plano Operacional do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul/PPV/RS. 2008.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Projeto Promoção da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. **Revista de Saúde Pública** nº1, v.36, p.114-117, 2002. Disponível em: <www.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/156/142> Acesso em: 15/06/2010.

BUVINIC, Maiara; MORRISON, Andrew. Nota Técnica BID nº 5. Publicado em Rio Estudos nº43. **Coleção Estudos da Cidade**. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Diretoria de Informações Geográficas. 2002, 8p. Disponível em: <www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/.../23>. Acesso em 19/12/2011.

CALIPO, Sylvia M.; SOARES, Cássia B. Público e privado na reforma do sistema de saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**. Pelotas. UCPEL. v.14, n.1. EDUCAT: Jan-Jun, 2008, p. 119-138.

CESTARI, Maria E. W; ZAGO, Marcia M. F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nº58, v.2, p. 218-21, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a18.pdf>>. Acesso em 29/01/2012

CHESNAIS François. **A. Mundialização do Capital**. 1.ed. Xamã. 1996, p. 69-109.

CLAVES/FIOCRUZ. **Diagnóstico Situacional da Violência**. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves). In: BRASIL. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde/RS. Plano Operacional do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul/PPV/RS. Anexo XI.

CONCHA-EASTMAN Alberto, MALO Miguel. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº11, p.1179-1187, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a08v11s0> Acesso em: 15/10/2010.

COSTA Lucia C. Questão social e políticas sociais: tendências em debate. **Revista Sociedade em Debate**. n.2, v. 12, p. 61-76, 2006.

COUTINHO Carlos. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: FLEURI Sonia. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Ed. Cortez/ABRASCO, 1995, p.47-60.

CREMONESE Dejalma. A. Reforma do estado nos anos 90: O neoliberalismo. In: _____. **Teoria Política**. Cadernos EaD. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2008, 198 p.

GRESS 11ª Região. Declaração Universal dos Direitos Humanos(1948). In:_____ **Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**. Ed. Especial, Gráfica Capital Ltda., 2003, p. 68-72.

DAL PRÁ, Keli R. Reforma do Estado: a saúde subordinada as contratualidades do mercado? **Sociedade em Debate**. Pelotas. UCPEL. v.14, n.1.EDUCAT: Jan-Jun, 2008, p. 139-154.

DESLANDES, Sueli F.; LEMOS, Marcela P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. nº6, v. 24, p. 441-448, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008001200008>> Acesso em: 19/06/2010.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistema de Proteção Social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Aurélio de (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, São Paulo, UNICAMP, IE, 1998.

DREIFUSS, René A. Tendências da Globalização “HIERARQUIA tecno-científica, HETEROTOPIA econômica, Poliarquia societária, Heterarquia político-estratégica”. In: **Seminário de Trabalho sobre Perspectivas da Globalização**. Programa Global Changes-COPPE-Faperj. Programa Energie, Projeto de Implantação de “Centros de Excelência”-CENTREX, Coppe/UFRJ. Rio de Janeiro, 17/04/1998. Disponível em: <www.reggen.org.br/midia/documentos/seminariotend.pdf>. Acesso em: 15/01/2012.

FERREIRA J. R., BUSS P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 15/12/2011

FILGUEIRAS, Luiz. O Neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do Modelo Econômico. In: BASUALDO, Eduardo M.; ARCEO, Enrique. (Org.) **Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y experiencias nacionales**, Buenos Aires: CLACSO, 2006a, p. 179-206. (Colección Grupos de Trabajo).

FRIEDMANN, Milton. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Nova Cultural: 1982, 152 p.

GALVÃO, Teófilo A. **Educação como processo de libertação**. Pelotas: Editora da Universidade Católica de Pelotas, EDUCAT, 1996. 266p.

GRAMSCI. Antônio. **Cartas do Cárcere**. 3.ed. Civilização Brasileira, 1987, p. 224.

GRAZIA, Giuseppina R. De trabalhador a pedinte. **Rev. Katálysis**. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 75-85 jan./jun. 2007 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000100009>> Acesso em: 10/10/2010.

HARVEY, David. **A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. Parte II**. 6.ed. Loyola, 1993, Cap. 7 – 11.

HOUTART François. **El sentido de la “Lucha contra la Pobreza” para el neoliberalismo**. In: CARVALHO D. B. B et all. Política social, justiça e direitos de cidadania na América Latina. Departamento de Serviço Social, 2007, p 95-109.

KEYNES, J. M. A. **Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda**. 2.ed. Nova Cultural, 1995, 328 p.

LEWGOY, Alzira. M. B. et all. Observatórios de acidentes e violência: a capacitação dos profissionais da saúde para a implantação de sistema de vigilância. **Revista Virtual Textos & Contextos**. nº 4, ano IV, p. 1-9, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/1004/0>> Acesso em: 20/10/2011.

MALTA Deborah C. et all. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. nº 1, v. 16, p. 45-55, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000100005>> Acesso em: 30/05/2011

MAQUIAVEL Nicolau. **O Príncipe: Escritos Políticos**. 2.ed. Abril Cultural, 1979, p. 1-33.

MARQUES, Rosa M.; MENDES Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis**. nº 1, v. 10, p. 15-23, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a03.pdf> Acesso em: 15/03/2010.

MARX, Karl. O processo de produção do Capital. In: **O Capital**. Crítica da Economia Política. v.2. 16. ed. Civilização Brasileira, 1998, p.577- 894.

MASCARENHAS, Marcio D. M. et all. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes – Brasil, 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**. nº5, v.14, p.1657-1668, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/.../VIVA2006_Rev_Cienc_Saude_Col_2008.pdf> Acesso em 15/03/2010.

MENDES, Eugenio V. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MÈZÀROS, István. **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2009. 136p.

MINAYO, Maria C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 10, suplemento 1, p. 7-18, 1994. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf> Acesso em: 20/02/2010.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões partir do campo da saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. n.1, v.4, p.7-23,1999. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100002>> Acesso em: 13/02/2010.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. HUCITEC, 2007, 269 p.

MINAYO, Maria C. S.; DESLANDES, Suely 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. **Ciência & Saúde Coletiva**. nº 5, v.14, p.1641-1649, 2009. Disponível em Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100002>> Acesso em: 13/02/2010.

MINAYO, Maria C. S. e SOUZA, Edinilsa. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**. n.4, v.3,p. 513-531,1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06> Acesso em 04/09/2010.

MONTANÕ, Carlos. Política social e participação societária. **Revista Sociedade em Debate**. n.1, v.14, p. 37-46, 2008.

NETTO, José P. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: Publicação CFESS/ABEPSS. Vol.1. Unid.VI. 2009, 760p.

NETTO, José P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 5.ed. Cortez, 2009, p.254.

OLIVEIRA, Ligia R.; MELLO JORGE, Maria H. P. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. n.3, vol.11, p.420-430, 2008. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n3/08.pdf> Acesso em: 20/07/2010.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social em debate”**. Questões da nossa época. São Paulo: Cortez, 2004. 165p.

PEREIRA, Potyara A.P. Discussões conceituais sobre politica social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et. all. **Políticas sociais no capitalismo: Tendências Contemporâneas**. 1.ed. Cortez, 2008, p.87-108 .

_____. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o Neoliberalismo. In. BOSCHETTI, Ivenete et al. (org.). **Política Social: alternativas ao neoliberalismo**. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 2004. p. 135-159.

PEREIRA, William E. N. Do Estado Liberal ao Neoliberal. **INTERFACE**. nº.1, v.1, p.11-24, 2004. Disponível em: <www.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/156/142> Acesso em: 19/10/2010.

PERES, Maria F. T. et all. Avaliação de programas de prevenção da violência: um estudo de caso no Brasil. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**. v.2, p.58-71, 2010. Disponível em: <www.periodicos.uniban.br/index.php/RBAC/article/.../107/86> Acesso em: 02/02/2012.

PIMENTA, Carlos A. M. Dimensões socioculturais urbanas da violência: contemporaneidade e relações sociais. **Sociedade em Debate**. Pelotas. UCPEL.v.14, n.1. EDUCAT: Jan-Jun, 2008, p. 7-24.

RIBEIRO, Carlos A. C. Desigualdade de Oportunidades e Resultados Educacionais no Brasil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. nº 1, vol. 54, p. 41 a 87, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/dados/v54n1/02.pdf> Acesso em: 02/02/2012.

SANTOS, Claudia A. **Implantação da Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: a experiência do Estado do Amapá**. 117 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde). Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS: Amapá, 2004.

SANTOS, José A. F. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. n.75, v. 26, p.27-56, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v26n75/02.pdf> Acesso em 02/02/2012.

SEM, Amarthia K. **Desenvolvimento como liberdade**. 1.ed. Companhia das Letras, 2000, p.410.

SILVA, Fabiana J. **Documento Técnico de Mapeamento Situacional do PPV/RS**. Secretaria Estadual de Saúde. UNESCO. 2009.

SILVA José. F. S. Violência e desigualdade social: desafios contemporâneos para o serviço social. **Revista Ser Social**. n.19, p.31-58, 2006. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/162> Acesso em 20/10/2010

_____. Violência e Serviço Social: notas críticas. **Revista Katalysis**. n. 2, v.11, p.265-273, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802008000200012>> Acesso em: 02/02/2010.

SOARES, Beatriz A. C.; SCATENA, João H.; GALVÃO, Noemi D. Acidentes e violências na Grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. n.3, v.18, p.265-276, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300009>>. Acesso em: 28/03/2011.

SOARES, Laura T. R. **Ajuste neoliberal social na América Latina**. 1.ed. Petropolis/RJ: Vozes, 2001. p.153-324.

SOREL, Georges. **Reflexões sobre a Violência**. 1.ed. Petropolis: Vozes, 1993, 288p.

SOUZA, Emanuel B.L. O espetáculo da punição e elogio à violência. **Sociedade em Debate**. Pelotas. UCPEL. v.14, n.1.EDUCAT: Jan-Jun, 2008, p. 25-36.

SOUZA, Edinilsa R; Minayo, Maria C.S; FRANCO, Leticia G. Avaliação do Processo de Implantação e Implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. nº 1,v. 16, p. 19-31, Janeiro,2007. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/.../2artigo_avaliacao_processo_implant.pdf> Acesso em: 13/03/2011.

TABALIPA, Marianne M. et al. Informação sobre ocupação em registros hospitalares de câncer no estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Coletiva**. n. 19, v.3,p. 278-86, 2011. Disponível em: <http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_278-286.pdf> Acesso em 28/01/2012.

TOLEDO Enrique. G. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL Asa C. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 5.ed. Cortez, 2009, p. 71-90.

UNICAMP. Neoliberalismo. Glossário. História, Sociedade e Educação no Brasil. Verbetes elaborado por Lalo Watanabe Minto. HISTEDBR. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_neoliberalismo1.htm> Acesso em: 10/06/2011.

_____. Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema. In: BEHRING Elaine R. e ALMEIDA, Maria H. T de(orgs). **Trabalho e Seguridade Social: Percursos e Dilemas**. 2.ed. Cortez; 201, p.141-151.

VIOLA, E. A. A sociedade da guerra e a cultura da violência. In: CAON, Jose L; HARTMANN, Fernando; ROSA JR, Norton .C.D.F (org). **Violências e contemporaneidade**. 1.ed. Artes e Ofícios, 2005, 75p.

ANEXOS

ANEXO I

**POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR
ACIDENTES E VIOLÊNCIAS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL
PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16 de maio de 2001
PUBLICADA NO DOU Nº 96
SEÇÃO 1e – DE 18/05/01**

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema,e

Considerando a aprovação da proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por parte da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Parágrafo único. A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde – SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. 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 (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com consequências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam

necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para

as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais – são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS – 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos frequentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem – de 20 a 24 anos – é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A

preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também, como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R\$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (Iunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM –, da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em consequência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade – 22,6 por 100.000 habitantes – foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens -DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.º 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da

violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito; o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados.

Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada, ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito, os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN).

Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema, além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT, por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido subregistro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes, cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados – incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos –, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socó, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 – 40 óbitos –, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplem estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM/MS – é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos – DO – preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando, em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, laudos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – Sinitox – foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e às áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação às ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos – principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles –, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos

serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar – APH –, levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS –, que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.º 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos de Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de

ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo – UTI – e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação – MEC –, para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demonstram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imagiologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia-a-dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolubilidade no atendimento primário – que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329, de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.º 1.529/98, de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das seqüelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimam que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoas, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em

Whitaker, 1993). Entre os danos produzidos no paciente, que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos, nos hospitais ligados ao SUS, 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores.

Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42,2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos – 53,7% –, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativados.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema.

Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA –, criado pela Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde – Artigos 13, 47 e 245 –, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols.,1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica

da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Carlini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorrem principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis, 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93,7 para 128,2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca de 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira – 1998 – chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à escola ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças – cuja atividade é legalmente proibida – e de adolescentes – este protegido por lei –, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam conseqüências sérias como as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade

materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais freqüentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior freqüência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar – Pnad – indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas –, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de estudos realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1988; Podnieks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a auto-negligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vezes ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico e outros, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida – e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – individuais e coletivos – e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais

consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2 PROPÓSITO

Os princípios básicos que norteiam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esses fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3 DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes, as diretrizes mencionadas: 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.

3.1 PROMOÇÃO DA ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS E DE AMBIENTES SEGUROS E SAUDÁVEIS

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas “Promotoras de Saúde”. Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaborem edições temáticas.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a co-responsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, armas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido

considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à co-responsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população – junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia – sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, em especial o Artigo 78 da Lei N.º 9.503, de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.º 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção.

Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á, em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais.

Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados.

Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não-governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o

cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2 MONITORIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes

estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

- a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;
- a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;
- a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;
- a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;
- a efetivação do disposto na Portaria GM/MS N° 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;
- a inclusão de “lesões e envenenamentos” com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;
- o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;
- a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

- a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia – Centros de Intoxicação –, em hospitais de atendimento médico de urgência;
- a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemiológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3 SISTEMATIZAÇÃO, AMPLIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar – APH – será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes.

Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência.

3.4 ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de

Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento para emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor plethora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que possua setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda, destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada – tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros –, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofes ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clínico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da auto-estima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia.

Dessa forma, deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, levará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde – ambulatoriais, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros –, na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos, deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto, buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5 ESTRUTURAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO ATENDIMENTO VOLTADO À RECUPERAÇÃO E À REABILITAÇÃO

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

- diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;
- levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;
- adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;
- incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento – incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade –, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos

financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso àquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

- promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;
- criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;
- complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC;
- promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado – homologado pelo MEC – para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.
- capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7 APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja,

efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins ao tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País – propósito desta Política Nacional – requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações.

A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial, será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1 ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

No âmbito federal, caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial, com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecida visará principalmente:

- a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;
- a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;
- a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;
- a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos e das vias públicas;
- a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;
- a promoção de medidas, tendo em conta os Artigos 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente

aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

- o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;
- o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;
- a divulgação da Lei N.º 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;
- o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;
- o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;
- a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

- a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;
- a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;
- a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

- a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;
- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;
- o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;
- o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalares hospitalar às emergências;
- o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência – contemplando aspectos do planejamento, administração e prestação de serviços – e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

- a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;

- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o estímulo à criação de novas tecnologias – preventivas, recuperativas e reabilitadoras – inerentes às violências e aos acidentes.

4.2 RESPONSABILIDADES DO GESTOR FEDERAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.
- Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.
- Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.
- Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.
- Incorporar as causas externas como agravo de notificação.
- Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.
- Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.
- Promover o cumprimento, no âmbito da ação específica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (Artigos 7 e 14).
- Apoiar a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

- Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os Artigos 77 e 78 do Código de Trânsito Brasileiro, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.
- Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua intensa divulgação.
- Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.
- Promover a capacitação de recursos humanos.
- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.
- Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.
- Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.
- Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

- Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.
- Prestar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3 RESPONSABILIDADES DO GESTOR ESTADUAL – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.
- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.
- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste capítulo 4.
- Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.
- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.
- Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.
- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes

e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

- Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.
- Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.
- Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4 RESPONSABILIDADES DO GESTOR MUNICIPAL – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE OU ORGANISMO CORRESPONDENTE

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.
- Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.
- Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste capítulo 4.
- Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.
- Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências.
- Desenvolver ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à

causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

- Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.
- Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.
- Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.
- Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A partir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das conseqüências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo “Responsabilidades Institucionais”, deste documento.

Tais acompanhamento e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu Art. 7º (Lei N.º 8.080/90), destacando-se:

- a “integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (inciso II);
- a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (inciso III);
- o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde” (inciso V);
- a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população” (inciso XI);
- a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (inciso XII); e
- a “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

6 TERMINOLOGIA

Abandono – ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado.

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso.

Abuso físico ou maus-tratos físicos – uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade.

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos – agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.

Abuso sexual - ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Acidentes ampliados – são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos; não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo.

Autonegligência – conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado.

Acidentes de transporte – todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Acidentes de trânsito – acidentes com veículos, ocorridos na via pública.

Agentes tóxicos – toda substância que, em contato com o organismo, causa alterações em suas funções.

Atendimento de recuperação e reabilitação – atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial.

Atendimento pré-hospitalar – atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital.

Causas externas – ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos.

Deficiência – qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica.

Fatores de risco – elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo.

Imaginologia – estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem.

Incapacidade – qualquer restrição ou falta – resultante de uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano.

Informações tóxico-farmacológicas – informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica.

Negligência – recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima.

Notificação – é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde.

Reabilitação – desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais.

Recuperação – ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas.

Seqüelas – danos deixados por qualquer doença ou agravo.

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar – Corpos de Bombeiros, Policiais Cíveis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS.

Suporte básico de vida – estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.).

Suporte avançado de vida – estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.).

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco – ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar.

Veículos para atendimento pré-hospitalar – viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

ANEXO II

**PLANO DE OPERATIVO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA VIOLENCIA DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – PPV/RS. SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. BRASIL.**

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
PROJETO DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

**EIXO: DESENVOLVIMENTO SOCIAL
PROGRAMA ESTRUTURANTE: SAÚDE PERTO DE VOCÊ**

PLANO OPERATIVO

Mai, 2008

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 146 |
| 1 META | 147 |
| 2 OBJETIVO | 147 |
| 3 DURAÇÃO..... | 147 |
| 4 CENÁRIO DO PROJETO | 148 |
| 4.1 FORNECEDORES INTERNOS | 148 |
| 4.2 FORNECEDORES EXTERNOS | 148 |
| 5 PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO PPV | 148 |
| 5.1 CAPACITAÇÕES | 149 |
| 5.2 DIAGNÓSTICO E PLANO DE AÇÃO | 150 |
| 5.3 COMITÊS: ESTADUAL E MUNICIPAIS..... | 150 |
| 5.4 SEGURANÇA PÚBLICA..... | 150 |
| 5.5 JUSTIÇA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL..... | 151 |
| 5.6 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ESF..... | 151 |
| 5.7 PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/PIM..... | 151 |
| 5.8 CULTURA | 152 |
| 5.9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO | 152 |
| 6 MATRIZ LÓGICA:IMPLANTAÇÃO/ PASSO A PASSO..... | 153 |
| 7 MATRIZ LÓGICA: IMPLEMENTAÇÃO REDES/PASSO A PASSO | 154 |
| 8 METODOLOGIA | 154 |
| 9 AVALIAÇÃO | 155 |
| 10 MATRIZ DE RESPONSABILIDADES | 155 |
| ANEXOS | 155 |

INTRODUÇÃO

O Projeto de Prevenção da Violência/PPV, coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde, teve início a partir da publicação dos Decretos nº 44.907 e 44.908, ambos de 27 de fevereiro de 2007, que respectivamente, cria a Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência e Institui o Comitê Estadual para a Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul.

O Projeto alinha em sua metodologia o trabalho preventivo, intra e intersetorial, de forma horizontal, organizando uma rede social de serviços nos 50 municípios com os maiores índices de mortes por causas externas, desenvolvido pelas Secretarias da Saúde, Cultura, Educação, Justiça e Desenvolvimento Social, Ciência e Tecnologia, Turismo Esporte e Lazer, Administração e dos Recursos Humanos, Planejamento e Gestão, Segurança Pública, Fazenda, Casa Civil e Militar. Sua atuação se dá através de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais integrantes do Comitê Estadual, com a efetiva articulação junto aos Comitês Municipais, integrando ações de prevenção e promoção a serem desenvolvidas nas comunidades com maior vulnerabilidade social, a partir de um plano de ação e diagnóstico construído pela comunidade local.

“A Rede na concepção do Projeto de Prevenção da Violência (PPV) é coordenada de forma conjunta (co-gestão) pelo planejamento e sistematização de fluxos entre programas e serviços de diferentes setores existentes no território e em uma determinada região.

Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS e das Secretarias parceiras do PPV municipal e estadual, bem como das organizações não governamentais, instituições, empresas e iniciativas dos movimentos sociais de um determinado território e região.

O acesso à rede atenção integral pode ocorrer no lócus de residência, ou por onde circulam os usuários, através: das Estratégias de Saúde da Família, Programa Infância Melhor, Programas de Redução de Danos, ações de ONG's e de Educadores Sociais, bem como ações do âmbito da Assistência Social (Trabalho Social de Rua), Segurança Pública, entre outras modalidades.

A entrada do usuário nesta rede pode ocorrer, também, pela Unidade Básica de Saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e/ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas

necessidades (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001).

O que aparece na rede como único elemento constitutivo é o nó e pouco importam suas dimensões. Pode-se aumentar a rede ou diminuí-la, sem que perca suas características, pois ela não é definida por sua forma, por seus limites externos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e bifurcação. Por isso, a rede deve ser entendida a partir de uma lógica de conexões, e não por uma lógica de superfícies. (SCHAEDLER E ALMEIDA, ano).

Enquanto estratégia de organização dos serviços de saúde, o trabalho em rede traz algumas implicações, entre as quais: a acessibilidade (cada nó pode e deve conectar-se a outros nós); o trabalho multifacetado, construído a partir de consensos provisórios: O trabalho da saúde constituído em rede demanda uma prática de escuta, não só relativa àquele que procura os serviços, mas entre os diferentes profissionais implicados no atendimento; estratégia de democratização das informações; prática ética e política: na relação entre profissionais e deles com a população.

Os requisitos para a constituição de rede são: uma visão de atenção integral que considera as várias dimensões da vida do indivíduo: educativo/preventivo, assistência e reabilitação, fundamentada nos princípios do SUS, tais como: saúde como direito, integralidade, universalidade, equidade e participação. Os orientadores/diretrizes dos serviços, tais como: acolhida, vínculo, responsabilidade, contrato de cuidados e, também, os orientadores/diretrizes das equipes: interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersetorialidade, humanização da atenção, resolutividade, capacitação, investigação, pesquisa e avaliações contínuas, organizam e dão sustentabilidade a um trabalho para a rede de apoio ao Projeto de Prevenção da Violência.” Conte, Marta e Silva Mara Níbia da. Coordenação de Ensino da ESP/RS.

1 Meta: Implantação do Projeto de Prevenção da Violência e implementação de rede social de serviços em 50 municípios do Estado.

2 Objetivo: Promover a redução dos índices de mortalidade por causas externas nos municípios participantes do Projeto.

3 Duração: 27/01/2007 a 31/12/2010

4 Cenário do Projeto

4.1 Fornecedores Internos e ações que desenvolvem dentro do PPV:

| | |
|-----------------|---|
| SES- | Primeira Infância Melhor/PIM Saúde da Família/ ESF/Saúde Mental Notificações/ NDANTS/CEVS |
| SE- | Escola Aberta Para a Cidadania |
| SSP- | Lazer sem Embriaguez |
| SETUR/Fundergs- | Inclusão Social através do Esporte e Lazer para Jovem |
| SEDAC- | Postos de Leitura |
| SEFAZ- | Liberação de Recursos |
| SEPLAG- | Monitoramento do Projeto |

4.2 Fornecedores Externos: Organismos Internacionais, Ministério Público /Defensoria, Federações, Sindicatos, Fundações Empresariais, Entidades Religiosas, Universidades, Conselhos Estaduais e Regionais, Órgãos do Judiciário, ONGs e OSCIPs, Sociedades Autônomas, Associações.

5- Plano de Implantação do Projeto de Prevenção da Violência

| Ação | Objetivo | Duração | Atores/ Responsabilidades (quem faz o quê) | Estratégias | Metas (magnitude do objetivo) | Avaliação |
|---|---|-----------------------------|--|---|---|--|
| Criação de Instrumento Político de Sustentação do PPV | Elaborar um Decreto Estadual que regulamente a instituição do Comitê do PPV | junho a fevereiro de 2007 | Grupo Coordenador Executivo Estadual/ Grupo Intersecretarias (elaboração do Decreto)/ Assessoria Jurídica do Gabinete do Governador (revisão, aprovação e publicação no D.O) | Reuniões Sistemáticas (periodicidade) | Documento elaborado, aprovado e assinado. | Documento publicado no Diário Oficial, de 27 de fevereiro de 2007. |
| Sensibilização das Secretarias de Estado para o trabalho em rede do PPV | Integrar ações e programas já existentes de cada Secretaria para a formação da Rede Governamental | junho a outubro de 2007 | Grupo Coordenador Estadual | Identificar as ações existentes nas Secretarias e Órgãos Estaduais conforme PPV | Estabelecer projetos de referência para articulação do PPV (potencialidade) | Quantidade de projetos intersecretarias identificados(elaborados) |
| Criação de instrumentos para implantação do PPV no Estado | Elaborar uma matriz de discussão teórica e metodológica para a implementação do PPV | junho/07 a dezembro de 2010 | Grupo Coordenador Estadual e um Consultor | Reuniões e Seminários sistemáticos | Matriz elaborada | Porcentagem da Matriz |

| Ação | Objetivo | Duração | Atores/ Responsabilidades (quem faz o quê) | Estratégias | Metas (magnitude do objetivo) | Avaliação |
|--|---|-------------------------------|---|--|---|--|
| Sensibilização da Sociedade Civil Organizada | Articular as ações existentes em prevenção de Violência | janeiro/07 a dezembro de 2009 | Grupo Coordenador Estadual, Grupo Intersetorial e Comitê Estadual | Reuniões e Seminários sistematizados | Mobilizar 66 entidades da sociedade civil sensibilizadas no ano de 2007. Para cada ano subsequente a 2007 até 2010 a sensibilização de 5% a mais. | n° de entidades sensibilizadas, nomeadas e ativas |
| Sensibilização dos Gestores Municipais | Sensibilizar e mobilizar os gestores municipais e lideranças para adesão ao Projeto | janeiro/07 a dezembro de 2009 | Grupo Coordenador Estadual, Gestores Municipais | Reuniões locais de trabalho e reuniões intersecretarias | Contatos com municípios: 2008-30 municípios/ 2009-20 municípios | percentual de municípios sensibilizados e mobilizados |
| Capacitação do Grupo Técnico Gestor Municipal | Capacitar os gestores municipais | | | | | percentual de representantes |
| Organização do Projeto de Prevenção da Violência Municipal | | | 30 municípios alvos | Assessoria e formação de grupo gestor municipal; capacitação (cursos); | Qualificar Comitês Municipais, elaborar e estabelecer diagnósticos | Quantidade de projetos estruturados e regularidade da participação dos |

| Ação | Objetivo | Duração | Atores/ Responsabilidades (quem faz o quê) | Estratégias | Metas (magnitude do objetivo) | Avaliação |
|--|----------|---------|--|--------------------------------|--|--|
| Inserção do PPV no Sistema de Educação | | | Gestores Escolares, Professores e Secretários de Educação | audiências públicas municipais | sitacionais | membros do Comitê |
| Criação do Núcleo de Estudos sobre Violência | | | Professores pesquisadores interessados; identificação e mobilização de grupos de pesquisa sobre a temática; levantamento de catálogo on-line de biblioteca e indexadores | | Criar nas escolas estaduais: Circuito da Paz | n° de circuitos criados e n° de escolas envolvidas |
| Divulgação | | | Realização de Encontros | | Criar, manter e ampliar acervo sobre o tema | Volume do acervo, regularidade dos encontros, n° de professores envolvidos e elaboração de material de discussão |
| | | | | | | n° de encontros realizados |

5.1-Capacitações

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|--|--|---|---------------------------|---|------------------------|--------------------------------------|---|--|----------------------|---|
| Turn Over: novo grupo na condução do PPV | Retomada das ações de formação dos agentes da Política: capacitações sobre o PPV com Suelly e Edmilis; diagnóstico e plano de ação com os municípios; capacitação descentralizada nas CRSs para enfrentamento do Crack pelo Hospital Mãe de Deus | Participar da capacitação para o e, acompanhar a capacitação descentralizada nas CRSs para Enfrentamento do Crack pelo Hospital Mãe de Deus | GTGE - CREs - CRSs - GTGM | Formação conceitual e instrumental do grupo | agosto a novembro 2008 | ESP, CIES de cada CRS, NURESC e GTGE | CRSs, CREs, GTGM e intersecretarias (Plano de Ação por secretarias) | Realização das capacitações previstas; número de pessoas capacitadas; formação de um coletivo multiplicador para os municípios | | Realização das capacitações previstas; número de pessoas capacitadas; comitês municipais com plano de ação. |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|
| | | | | | | | | | | NUMESC envolvidos. |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|

5.2- Diagnóstico e Plano de Ação

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|--------------------------|--------------------------------|---|--|---|------------------------|--------------|--|--|----------------------|-----------------------------------|
| Carteira de conhecimento | Articular redes regionalizadas | Subsidiar a construção do diagnóstico situacional de cada município | Grupo Técnicos Municipais Comitês Municipais do PPV | Reuniões de articulação e de acompanhamento do levantamento de dados para diagnóstico | 2008 a 2010 | GTGE/ESP | Consultor externo Coordenador do Comitê Local | Construção de no mínimo 70% dos diagnósticos dos 50 municípios com adesão ao PPV | | 100 % de diagnósticos construídos |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|-------------|----------|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| sobre a realidade da rede quanto as potencialidades e fragilidades | | Subsidiar a construção do plano de ação de cada município | Grupo Técnicos Municipais Comitês Municipais do PPV | Reuniões de articulação do plano de ação | 2008 a 2010 | GTGE/ESP | Consultor local e assessoria externa | Construção de no mínimo 70% dos planos de ação dos 50 municípios com adesão ao PPV | | 100 % dos planos de ação construídos |
|--|--|---|--|--|-------------|----------|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|

5.3- Comitês: Estadual e Municipais

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|---|--|---|---|---|-------------------------|-----------------------|-------------|---|----------------------|---|
| Fragmentação da rede intersecretorial, pensar intrasecretorial e como articular | Articular e integrar a rede intersecretorial | Fortalecer o Comitê Estadual | Secretarias estaduais e instituições não governamentais | Construção e pactuação da agenda | Até 31/12/2008 | Coordenação do Comitê | GTGE | Definição de agenda de reuniões | Verificar | Calendário pactuado e reuniões realizadas |
| | | Promover a criação dos Comitês Municipais | Municípios que aderiram ao PPV | Sensibilização e apoio técnico aos municípios | 20/06/2008 a 31/12/2010 | Coordenação do Comitê | GTGE e GTGM | Implantação dos comitês em todos os municípios que aderiram | Verificar | Número de comitês implantados |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|---|--------------|---|--|---|---------------------|---|
| ações com as diferentes políticas e programas | | Acompanhar e assessorar os Comitês Municipais | Comitês Municipais | Reuniões Telefônicas Relatórios enviados | trimestrais | Consultor local GTGE/ESP | Consultor externo Coordenador do Comitê Local | Definição de agenda de reuniões de articulação | Verificar | Agenda definida e reuniões realizadas |
| Eleição da Mesa Diretora do Comitê Estadual frente ao envolvimento | Articular possíveis interessados na disputa | Problematicar os atores que compõem o Comitê e sensibilizar para a necessidade de planejar e dar visibilidade as ações | Os atores que compõem o comitê | Ocupar a agenda de reuniões para aprofundar as responsabilidades daquele Comitê na condução da Política - PPV | Até setembro | Coordenação do Comitê e Gabinete do PPV | Representante das Secretarias participantes, GTGE e GTGM | Formação de uma equipe de condução política que assumira a responsabilidade pelas ações, interlocução com os municípios prioritários. | não necessita verba | Calendário pactuado, reuniões e eleições realizadas; proposição de plano de ação; número de participantes nas reuniões e comitês municipais implantados |

5.4- Segurança Pública

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|----------|--|--|--|------------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|
| | Amplicar o número de abordagens que levam a redução do | Disponibilizar estômetros para as abordagens | Municípios definidos a partir do diagnóstico situacional | Comprar estômetros para abordagens | 20/06/2008 a 31/12/2010 | Secretaria Estadual de Segurança Pública | PPV (Comitê Estadual) e Municípios | Disponibilizar estômetros para os 50 municípios do PPV | R\$ 1.300.000 | Número de estômetros disponibilizados |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|-------------------------|--|------------------------------------|--|------|---|
| Violência relacionada a ao uso abusivo de álcool | uso abusivo de bebidas alcoólicas nos municípios do PPV | Disponibilizar novas viaturas | Municípios definidos a partir do diagnóstico situacional | Compra de novas viaturas para abordagens | 20/06/2008 a 31/12/2010 | Secretaria Estadual de Segurança Pública | PPV (Comitê Estadual) e Municípios | Disponibilizar uma viatura para cada um dos 30 municípios do PPV | idem | Número de viaturas disponibilizadas |
| | | Realizar abordagens de rotina os municípios | Municípios definidos a partir do diagnóstico situacional | Realização de abordagens | 20/06/2008 a 31/12/2010 | Secretaria Estadual de Segurança Pública | PPV (Comitê Estadual) e Municípios | DEFINIR NÚMERO OU PERIODICIDAD E DE ABORDAGENS | idem | Número de abordagens realizadas |
| | Incentivar a criação de leis municipais voltadas a restrição do comércio e consumo de bebidas alcoólicas | Promover reuniões com a comunidade | Lideranças locais | Realização de reuniões com a comunidade | 20/06/2008 a 31/12/2010 | Secretaria Estadual de Segurança Pública | PPV (Comitê Estadual) e Municípios | DEFINIR NÚMERO OU PERIODICIDAD E DE ABORDAGENS | idem | Número de reuniões / número de municípios que criaram a lei |

5.5- Justiça e Desenvolvimento Social

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|---|---|--------|---|---|--|--------------|-----------|-----------------|-------------------------|--------------------------|
| Preparação dos Jovens para o Primeiro Emprego e Cidadania | Cursos de Qualificação Profissional e Cidadania | Cursos | Jovens de 16/24 anos das Comunidades atendidas pelo PPV | Realização de Curso com carga horária total de 400h | Processo Licitatório para Execução- Início: Out/2008 | SJDS | | 150 jovens 2008 | 160000 - Orçamento SJDS | Nº de jovens capacitados |

5.6- Estratégia Saúde da Família- ESF

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|--|--|---|---|---|--|--------------|--------------------------|--|-------------------------|---|
| Curtância de cobertura Equipe Saúde da Família nas áreas com PPV | Criar incentivos que facilitem a implantação de equipes nas áreas do PPV | Incentivo especial para ESF/PPV Incentivo para construção de UBS | Áreas municípios definidos a partir diagnóstico situacional | Recursos financeiros em dobro para ESF nas áreas do PPV, recursos para construção de 50 UBS nos municípios do PPV | 07/2008 a 12/2010 01/2009 a 12/2010 | SES | PPV/SES/ ESF/ Municípios | Repasso recursos financeiros para: 200 ESF Construção de 50 UBS | 8.700.000 7.500.000, | Número de equipes que recebem incentivo Número UBS construídas |

5.7- Primeira Infância Melhor- PIM

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|----------|----------|----------|----------------|-------------|------------------------|--------------|-----------|------------|----------------------|--------------------------|
| | Promover | Realizar | Gestores | Gestores | De 23 à 29 | Secretaria | Comitê | Integração | Verificar | Número |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|----------------------|--|---|---|-----------|--|
| Conhecimentos insuficientes sobre as políticas públicas da primeira infância na prevenção da violência e promoção à vida | Ações de Advocacy pela Primeira Infância do Estado do com a Sociedade Civil | eventos para promoção, sensibilização e mobilização para a integração das Ações dos Governos Estaduais e Municipais com a Sociedade Civil | Estaduais e Municipais, Comunidade Científica e Comunidade em geral | Estaduais e Municipais, Comunidade Científica e Comunidade em geral | de novembro de 2008. | de Estado da Saúde e Secretarias Municipais | Estadual Para o Desenvolvimento Integral na Primeira Infância - CEDUPI e Comitê Estadual para a Prevenção da Violência - CEPREVI e Comitês Municipais | dos Governos Estaduais e Municipais com Sociedade Civil | | de participantes nas ações previstas |
| | Articulação da Rede de Serviços dos municípios para atendimento às demandas das famílias | Capacitar as equipes técnicas municipais para identificar sinais de violência e negligência contra a criança. | Grupos Técnicos Municipais, Monitores e Visitadores do PDM, gestores e rede de serviços. | Disponibilização de técnicos e material teórico-prático para subsidiar capacitações. | 2008 a 2010 | Equipe Técnica do PDM e PPV, representantes das CRSs e CREs e gestores municipais. | Equipe Técnica do PDM e PPV, representantes das CRSs e CREs e gestores municipais. | ???? capacitações regionais | Verificar | Número de equipes técnicas capacitadas |
| Violência intrafamiliar | | Sensibilizar os gestores para implantar e ou ampliar o PDM para atendimento de famílias em áreas do PPV. | Gestores e comunidade | Levantamento e cruzamento de dados que justifiquem a ação proposta | 2008 a 2010 | Equipe Técnica do PDM e PPV, representantes das CRSs e CREs e gestores municipais. | Equipe Técnica do PDM e PPV, representantes das CRSs e CREs e gestores municipais. | Ampliar ou implantar o PDM nos 50 municípios prioritários PPV | Verificar | Número de municípios com PDM/PPV implantados e famílias beneficiadas |
| | | Promover a disseminação de ideias que levam a conscientização e reflexão sobre a importância das relações familiares saudáveis através do PDM | Famílias da comunidade | Realizar reuniões comunitárias para as famílias das comunidades PDM/PPV voltadas à integração e cultura de paz. | 2008 a 2010 | Equipe Técnica do PDM e PPV, representantes das CRSs e CREs e gestores municipais. | Equipe Técnica do PDM e PPV, representantes das CRSs e CREs e gestores municipais. | Realizar reuniões nos municípios do PPV com PDM implantado | Verificar | Índice de famílias participantes nas ações planejadas |

5.8- Educação, Cultura, Esporte e Lazer

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|----------|-----------------------------|---|---|-----------------------|------------------------|--------------------------------|---|---|----------------------|-------------------------------|
| | Criar espaços de atividades | Viabilizar a construção de quadras poliesportivas | Bairros/município definidos a partir do diagnóstico situacional | Detailar a estratégia | 2006/2008 a 31/12/2010 | Secretário Estadual do Turismo | FUNDEBS, PPV (Comitê Estadual) e Municípios | Construção de 10 quadras poliesportivas | Verificar | Número de quadras construídas |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|----------------------------|--|--|--|-------------|--|
| Carência de espaços de lazer para a comunidade e sociais, culturais e educacionais | Oferecer oficinas: fotografia, cerâmica, tapeçaria, dramatização e expressão corporal | Bairros/municípios definidos a partir do diagnóstico situacional | Realização de oficinas | 15/09 a 31/12/2008 | Secretaria Estadual da Cultura | PPV (Comitê Estadual), CUFA e Municípios | 3 oficinas por comunidade, atingindo 120 pessoas em cada turma | R\$ 31.000 | Número de oficinas, número de bairros atingidos e número de participantes |
| | Oferecer oficinas: fotografia, cerâmica, tapeçaria, dramatização e expressão corporal | Bairros/municípios definidos a partir do diagnóstico situacional | Exibição de filmes com temática sobre violência + discussão com a comunidade | 15/10 a 31/12/2008 | Secretaria Estadual da Cultura | PPV (Comitê Estadual), CUFA e Municípios | 20 exibições | R\$ 28.000 | Número de exibições, número de bairros atingidos e número de participantes |
| | Implementação de pontos de leitura | Bairros/municípios definidos a partir do diagnóstico situacional | montagem de posto itinerante, 3 meses em cada comunidade, 160 exemplares de obras de autores gaúchos; capacitação de monitores locais para trabalho com a comunidade | 2006 a 31/12/2008 | Secretaria Estadual da Cultura | PPV (Comitê Estadual), CUFA e Municípios | 6 postos (um posto por município piloto) | R\$ 23.000 | número de postos, número de municípios e número de participantes |
| | Ampliar o número de Escolas Abertas | População em vulnerabilidade social em municípios do PPV que não contam com Escola Aberta | Implantar a Escola Aberta nos municípios do PPV que não contam com a mesma | Até 31 de dezembro de 2008 | Equipe Central do Programa Escola Aberta (Secretaria Estadual da Educação) | (-) | Implantar 11 Escolas Abertas | R\$ 400.000 | Número de Escolas Abertas implantadas |

5.9- Monitoramento e Avaliação

| Problema | Operação | Ação | População Alvo | Estratégias | Duração/ Periodicidade | Responsáveis | Parceiros | Metas | Recursos Financeiros | Indicadores de Avaliação |
|----------|----------|------|----------------|-------------|------------------------|--------------|-----------|-------|----------------------|--------------------------|
|----------|----------|------|----------------|-------------|------------------------|--------------|-----------|-------|----------------------|--------------------------|

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|---|--|---------------------|---------------------|--|---|-----------|--|
| Monitoramento e avaliação | Acompanhar a execução das ações desencadeadas descentralizadamente | FLUXO: relatórios periódicos para incentivos/ mensal; consolidados trimestrais das ações e respectivos indicadores | PPV, intersecretarias, comitês municipais | Visibilidade de processos e produtos: CIES, comitê Estadual e municipais | mensal e trimestral | GTGE, GTGM, Comitês | Atores que realizarem no período considerado ações do PPV e parceiros na interface | META: análise dos relatórios apresentados para redirecionamento das estratégias | Verificar | Indicador: produto: publicação e divulgação das ações, resultados analisados |
|---------------------------|--|--|---|--|---------------------|---------------------|--|---|-----------|--|

6- Matriz Lógica: implantação (passo a passo)

| Etapas/ Duração | Objetivos/ Descrição |
|--|---|
| -Apresentação do PPV ao gestor municipal <u>Início:</u> 2007 <u>Término:</u> dez/2009 | -Apresentar ao gestor municipal através de material institucional do PPV Power Point- Anexo I -Discutir o Termo de Adesão através de documento - Anexo II -Elaborar relatório de assessoramento conforme Anexo III -Solicitar ao gestor municipal confirmação de adesão ao Projeto, através de instrumento próprio-Ofício ao Secretário Estadual da Saúde, encaminhado a Gerência do Projeto em um prazo de sete (7) dias, indicando contato no município/ Secretário Municipal da Saúde. • Necessidades do Consultor: anexos I, II e III, lista de presença, disponibilizar contatos da gerência, coordenação de implantação e consultoria do município ao gestor, dados atualizados sobre NDANTs, PIM, ESF, Saúde Mental. |
| -Reunião com os representantes legais das Secretarias municipais envolvidas no Projeto. -Criação de Instrumento Político de sustentação do GTGM/PPV <u>Início:</u> 2007 <u>Término:</u> dez/2009 | -Reunir os gestores municipais para a criação do Grupo Técnico Gestor Municipal dentro das atribuições específicas- prazo de 7 a 10 dias após a confirmação do gestor- Anexo IV -Publicar o ato legal de criação do Grupo Técnico Gestor Municipal do PPV -Elaborar relatório de assessoramento conforme Anexo III e XIII |
| -Assinatura do Termo de Adesão ao PPV | -Assinar em ato público o Termo de Adesão-Secretário de Estado da Saúde e/ou representante legal e executivo municipal - prazo de até 30 dias após |

| | |
|--|---|
| <u>Início:</u> 2007 <u>Término:</u> dez/2009 | reunião com as secretarias municipais. -Elaborar relatório de assessoramento conforme Anexo III e XIII - Neste ato deve ser lembrado ao GTGM a importância da lista de presença e convite a todos os representantes da sociedade civil organizada- Anexo V |
| -Sensibilização da Sociedade Civil Organizada em audiência pública e/ou reunião para início da organização do Comitê Municipal <u>Início:</u> 2007 <u>Término:</u> dez/2009 | -Apresentar o PPV em audiência pública e/ou reunião com a sociedade civil organizada, articulando as organizações municipais, com ações existentes em Prevenção da Violência, para composição do Comitê Municipal, juntamente com GTGM e Consultora do município-prazo de 7 a 10 dias, após a assinatura do Termo de Adesão. Anexo I -Elaborar relatório de assessoramento conforme Anexo III - Neste ato deve ser lembrado ao GTGM a importância da lista de presença e convite a todos os representantes da sociedade civil organizada. |

7- Matriz Lógica: implementação redes (passo a passo)

| Etapas/ Duração | Objetivos/ Descrição |
|--|--|
| -Organização dos Comitês Municipais -Criação de Instrumento Político de sustentação do Comitê Municipal e designação de seus membros -Organização do Regimento Interno do Comitê | -Contatar o GTGM do PPV no município -Formalização do Comitê Municipal -Publicar os atos legais de criação do Comitê e designação de seus membros- Anexos VI e VII -Organizar o Regimento Interno- Anexo VIII |
| -Diagnóstico Situacional do Município -Definição da área | -Elaborar relatório de assessoramento conforme Anexo III e XIII -Capacitação Diagnóstico Situacional- Anexos IX e XVI (Power Point/ Diagnóstico Situacional /2 versões) -Montar o diagnóstico do município e da área, pelo GTGM e Comitê Municipal, respectivamente, com a Assessoria do GTE do PPV- Anexos IX e XI -Elaborar relatórios de assessoramento conforme Anexo III |
| -Capacitação das equipes da rede para os planos de ação | -Participar das capacitações/ Comitês Municipais e Consultoras -Elaborar relatório de assessoramento conforme Anexo III |
| -Plano de Ação Municipal | -Elaborar o plano de ação da área à capacidade de atuação, junto aos comitês municipais- -Acompanhar tecnicamente, quanto à elaboração do plano de ação, junto aos Comitês Municipais- Anexo X -Elaborar relatórios de assessoramento conforme Anexo III |
| -Redes locais constituídas | -Organizar a rede local, através da articulação, baseada no diagnóstico da área, plano de ação municipal e o Comitê Estadual do PPV- -Elaborar relatórios de assessoramento conforme Anexo III |
| -Monitoramento do Plano de Ação Municipal | -Monitorar o Plano de Ação Municipal, pelo GTE e Comitê Municipal do PPV- Anexo XII -Elaborar relatórios de Assessoramento conforme Anexo III |
| -Avaliação do Plano de Ação Municipal | -Avaliar o atendimento do Plano de Ação Municipal, pelo GTE do PPV- Anexo XII -Elaborar relatórios de assessoramento conforme Anexo III |

8 Metodologia

O projeto tem como finalidade captar e analisar as características da organização da rede social de serviços, articulado aos programas governamentais e não-governamentais de forma intra e intersetorial, implantando, implementando, monitorando e avaliando suas capacidades, potencialidades, limitações ou distorções, analisando seus pressupostos e/ou implicações durante todas as etapas da gestão.

9 Avaliação:

A avaliação será feita mensalmente, através de instrumento próprio, coordenada pela Gerente do Projeto, visando detectar possíveis distorções, fazendo os ajustes necessários para a organização e desempenho de todos os envolvidos no processo.

10- MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

| NOME | SETOR | ATRIBUIÇÕES |
|--|----------------|---|
| | SES | Responsável pela Implantação das Redes de Prevenção da Violência nos Municípios do PPV |
| Jane Dalacorte | SES | Gerente do Projeto de Prevenção da Violência |
| Marilene Cavalheiro Nunes | SES | Responsável pela etapa de capacitação de equipes do PPV municipal |
| Neri Terezinha Flor de Barcelos | SE | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes municipais no âmbito da Sec. da Educação |
| Adélia Porto | SSP | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes municipais no âmbito da Sec. da Segurança Pública |
| Carla Zitto | SJDS | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes municipais no âmbito da Sec. da Justiça e do Desenvolvimento Social |
| Ilza de Oliveira Figueiredo/ Celso Piasecki | SETUR/Fundergs | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes municipais no âmbito da Sec. do Turismo Esporte e Lazer/Fundergs |
| Elisiane Correa Ferreira | SEDAC | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes |
| | | municipais no âmbito da Sec. da Cultura |
| A definir | SCT | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes municipais no âmbito da Sec. da Ciência e Tecnologia |
| A definir | SEFAZ | Responsável pela liberação dos recursos financeiros |
| A definir | SARH | Responsável pelas articulações entre o comitê estadual e as redes municipais no âmbito da Sec. Admin. e dos Recursos Humanos |
| Vera Senh | SEPLAG | Responsável pelo monitoramento do projeto |

ANEXOS

- Anexo I- Apresentação em Power Point do Projeto**
- Anexo II- Termo de Adesão**
- Anexo III- Relatório de Assessoramento**
- Anexo IV- Ato legal de criação do Grupo Técnico Gestor Municipal**
- Anexo V- Material para o Ato Público e assinatura de Adesão ao Projeto**
- Anexo VI- Ato legal de instituição do Comitê Municipal**
- Anexo VII- Ato legal de Designação do Comitê Municipal**

- Anexo VIII- Regimento Interno do Comitê Municipal**
- Anexo IX- Subsídios Diagnóstico Situacional e Plano Ação**
- Anexo X- Planilha do Plano de Ação Municipal**
- Anexo XI- Planilha Diagnóstico Situacional Município/Bairro**
- Anexo XII- Planilha de Monitoramento e Avaliação**
- Anexo XIII- Planilha Consultoria/Comitê Municipal**
- Anexo XIV- Composição do Comitê Estadual**
- Anexo XV- Lista dos 50 Municípios do PPV**
- Anexo XVI- Apresentação em Power Point/ Diagnóstico Situacional (duas versões)**