



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



48º CONSELHO DIRETOR

60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

Tema 4.16 da agenda provisória

CD48/20 (Port.)
20 de agosto de 2008
ORIGINAL: ESPANHOL

PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E LESÕES E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA: APELO À AÇÃO NA REGIÃO

Antecedentes

1. A primeira Reunião Ministerial das Américas sobre Prevenção de Violência e Lesões, convocada pelo Ministro da Saúde do México e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Mérida, México, no dia 14 de março de 2008, adotou a Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas (anexo A), destacando a necessidade de esforços adicionais para solucionar este grave problema de saúde pública e de desenvolvimento.
2. A prevenção de lesões de causa externa (LCE),¹ seja de origem intencional, tais como os homicídios ou violência contra as mulheres, ou não intencional como os atropelamentos de trânsito, as quedas ou queimaduras acidentais, é a responsabilidade dos ministérios da saúde, sem detrimento de sua obrigação primária pela atenção, cuidado e recuperação dos pacientes vítimas de LCE de natureza física, psicológica e sexual ou por negligência. O papel do setor sanitário é amplo e deve incluir aspectos de direção, promoção, colaboração, avaliação e dissuasão.
3. As políticas e programas de prevenção de LCE, sob a perspectiva da saúde pública, estão orientadas a proteger a vida e melhorar o bem-estar das pessoas, bem como solucionar outros problemas que afetam a saúde individual ou coletiva.
4. Vários ministérios de saúde da Região contam com programas de prevenção da violência e lesões e promoção da segurança. Além disso, ratificaram que as LCE representam um problema de saúde pública, não só pela alta carga de feridos e o custo

¹ Para fins deste documento “lesão de causa externa” é qualquer dano à saúde física, psicológica ou sexual contra uma pessoa, um grupo ou a própria pessoa, independentemente de sua gravidade e origem intencional ou não intencional.

que isso representa, mas também pelo efeito negativo que têm sobre o desenvolvimento e o bem-estar das pessoas e da comunidade. Estes ministérios dispõem de sistemas de informação sobre o tema e participam de comitês intersetoriais para desenvolver ações preventivas.

5. O objetivo atual é avançar na diminuição de brechas que afetam as ações cotidianas, tais como o conhecimento e informação sobre o que fazer e como atuar. De fato, hoje se tem um melhor conhecimento de políticas efetivas, assim como de intervenções bem-sucedidas, e se dispõe de uma ampla documentação (anexo B) que permite tomar decisões com maior possibilidade de eficácia.

6. O presente documento e o projeto de resolução anexo respondem ao mandato da 142ª sessão do Comitê Executivo sobre o tema, e representam a primeira ocasião na qual as LCE se integram ao problema da violência, independentemente de serem intencionais ou não, com o que se busca contribuir a aperfeiçoar o papel do setor sanitário para a prevenção e tratamento das mesmas.

Magnitude

7. A coleta sistemática de dados sobre LCE não está suficientemente desenvolvida em nossa Região; por isso, freqüentemente se notifica um número parcial de óbitos e traumatismos graves. Conhecer melhor a magnitude do problema é um desafio que deve ser abordado com urgência. Dos dados disponíveis, entre 2000 e 2005 foram registradas cerca de 1.620² mortes diárias por causa de LCE na Região das Américas, aproximadamente 593.000 anualmente. Destas, 159.000 (26,8%) são homicídios, 67.800 por suicídio (11,4%) e 152.000 (25,6%) por acidentes de trânsito; 215.000 (36,2%) são classificadas como “outras causas”, o que destaca a necessidade de fortalecer as bases de dados em cada país. Por cada morte, são notificadas entre 10 e 20 lesões. A isto se soma o problema das deficiências permanentes ou temporárias, sejam estas de índole física ou psicológica, com o conseqüente impacto negativo para as famílias e a sociedade.

8. Entre os homens, estima-se que a taxa de homicídio esteja entre 35 e 40 por 100.000 habitantes na Região, uma cifra excepcionalmente alta. Entre as mulheres, a taxa é de cerca de 8 por 100.000 habitantes. Em muitos países, por cada mulher assassinada morrem entre 8 e 10 homens, proporção que, mesmo levando em conta as diferenças entre países, se manteve estável na Região.

9. É alta a prevalência da violência contra as mulheres exercida pelo parceiro. No México uma pesquisa sobre violência contra as mulheres destacou que 21,5% das entrevistadas reconheceu haver sido vítima de violência psicológica, física e sexual de forma simultânea.

² Fonte: OPAS (2005) Indicadores básicos, Situación de salud en las Américas. Cifras arredondadas.

10. Dados de 2000-2004 destacam a cifra de 31 milhões de anos de vida potencial perdidos por causa de homicídios e suicídios, em grande parte pela mortalidade dos jovens. As lesões por causa externa são responsáveis por 6 milhões de anos de vida com deficiência, em comparação com 4 milhões por doenças infecciosas, assim como cerca de 1 milhão por doenças cardiovasculares e câncer ou neoplasias. A mortalidade por acidentes de trânsito na América Latina e no Caribe é uma das mais altas do mundo e continua aumentando com a proliferação de motociclistas.³

11. Geralmente, os jovens e adolescentes de nossa Região entre as idades de 10 e 24 anos estão expostos a fatores de risco, tais como exclusão da força de trabalho ou do sistema escolar. A isso se somam as condutas de risco como o abuso de álcool e consumo de drogas.⁴ Um estudo global sobre saúde nas escolas demonstra que 1 menina ou 2 meninos de cada 4, entre as idades de 13 e 15 anos, dizem ter sofrido ataques físicos, recebido um ferimento grave ou sido intimidados.⁵

12. Nos hospitais onde foram estabelecidos sistemas de informação confiáveis sobre lesões de causa externa, determinou-se que 60% ou mais das consultas de emergência se devem a quedas, queimaduras e intoxicações. Isto destaca a necessidade do trabalho intersetorial.^{6,7,8,9,10}

³ Fraade-Blanc L, Concha-Eastman A, Baker T. Injury in the Americas: the relative burden and challenge. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(4):254-9. Calculada com base em: Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. 2007 ed. Washington, D.C.: PAHO; 2007 e Global Road Safety. *The coming plague of road traffic injuries: a presentable burden for rich and poor countries* [Internet site]. Global Road Safety. Disponível em <http://www.globalroadsafety.org/>. Acessado em 1º de abril de 2006.

⁴ Maddaleno M, Concha-Eastman A & Marques S. (2006) *Youth violence in Latin America: a Framework for action*. *African Safety Promotion* 4(2):120-136. Presented at the 8th World Conference on Violence Prevention and Safety Promotion, Durban, South Africa, April 2006.

⁵ Fonte: Base de dados da Pesquisa Mundial de Saúde em Escolares (2008). Relatório em preparação. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/EMSE/EMSEesp.html>

⁶ Malta, Carvalho D, I Silva, Alves M, I Mascarenhas M, I Moraes OL, I Gawryszewski V, 2 Costa V, 1. Ministry of Health of Brazil, Brazil. Secretary of Health of São Paulo, Brazil. *Surveillance in Sentinel Injuries Services in Brazil, 2006*. 2008; pp. 17. Presented at the 8th World Conference on Violence Prevention and Safety Promotion, Merida, Mexico, March 2008.

⁷ De Montoya J, 2 Rivas Loría P, 3 De Cosío G, 3 Salinas O, 3 Clavel Arcas C, 3 Serpas M, 1 et al. Ministério da Saúde e Assistência Social, El Salvador. Organização Pan-Americana da Saúde. El Salvador. Organização Pan-Americana da Saúde, El Salvador. *Implementando um sistema de vigilância de lesões em El Salvador, 2006*. Apresentado na 9ª Conferência Mundial sobre Prevenção de Lesões e Promoção da Segurança. Merida, México, março de 2008.

⁸ Chacon, Rafael; Concha-Eastman, Alberto; Espitia, Victoria Eugenia; Rocha-Castillo, Julio; Soriano-Gabarro, Montse; Suarez-Rangel, Gloria. *Hospital-based injury surveillance Systems in Nicaragua and El Salvador, 2001-2002*. 2004; p.132. Presented at the 7th World Conference Injury Prevention and Safety Promotion.

⁹ Concha-Eastman, Alberto; Espinosa, Rafael; Espitia, Victoria Eugenia; Gutiérrez, Maria Isabel; Muñoz, Edgar; Muñoz, Victor Hugo. *Pilot study of the international classification of external causes of injuries (ICECI), in Cali, Colombia*. 2004; p.223. Presented at the 7th World Conference Injury Prevention and Safety Promotion.

Conceitos e critérios orientadores

13. A OMS e a OPAS adotaram o modelo ecológico explicativo da múltipla causalidade da violência que se adapta a outro tipo de LCE, no qual se inter-relacionam os níveis individual, de relações interpessoais e comunitárias, assim como fatores de ordem macro-social. Este último enfatiza igualmente a necessidade imperiosa de trabalhar com um enfoque intersetorial na formulação e execução de políticas preventivas seguindo os pressupostos da promoção da saúde e dos determinantes sociais.

14. O enfoque ecológico se complementa e enriquece com o Relatório sobre Segurança Humana (PNUD, 1994) e o documento da Comissão de Segurança Humana do Secretário Geral das Nações Unidas, *Segurança Humana Agora* (2003), que introduzem este conceito como uma dimensão holística.

15. A violência interpessoal e a insegurança, especialmente a das ruas, quando seus níveis são altos, geram rupturas no tecido social e dizimam oportunidades de relações entre os membros da sociedade. A saúde e a segurança pessoal e coletiva são direitos humanos que se vulneram quando uma ou várias pessoas são violentadas, golpeadas ou humilhadas.

16. Reconhece-se que o consumo e tráfico de drogas é o principal fator desencadeante, como fator único, de eventos de violência, além de contribuir para a insegurança pública. A confrontação deste problema é intersetorial. Lamentavelmente, as cifras sobre a magnitude de sua contribuição ao problema de LCE não são exatas, mas isso não é obstáculo para adiar decisões sobre seu controle e prevenção.

Lições aprendidas, avanços e desafios

17. Os casos apresentados pelos ministros ou seus delegados na reunião ministerial de Mérida são exemplos de progressos realizados no setor sanitário que contribuíram para o avanço no compromisso com a prevenção de LCE e a promoção da segurança.

Estes incluíram:

- Argentina: Construindo a legislação argentina sobre segurança pública
- Brasil: Políticas públicas para a redução da violência no Brasil

¹⁰ Noe, R.; Rocha, J.; Clavel-Arcas, C.; Aleman, C.; Gonzais, M.E.; Mock, C. *Occupational injuries identified by an emergency department based injury surveillance system in Nicaragua*. Injury Prevention, IP5165, Module 1, 30/6/04, Rev 7.51n/W (January 20, 2003).

- Colômbia: PREVIVA: uma experiência bem-sucedida de geração de uma política pública para a promoção da convivência cidadã
- Costa Rica: Prevenção de violência e lesões: cultura de paz nos centros infantis
- El Salvador: Sistema de informação de lesões de causa externa (SILEX)
- Estados Unidos: Prevenção de quedas: levando a investigação à ação
- Jamaica: A aliança pela prevenção da violência e os sistemas de informações hospitalares
- México: Programa nacional contra a violência familiar e de gênero

18. Os documentos *Guia para os Ministérios de Saúde: Prevenção de violência e lesões* (OMS, 2008), *Relatório mundial sobre a violência e a saúde* (OMS, 2002), *A violência contra a mulher: o setor da saúde responde* (OPAS, 2003), *Relatório mundial sobre prevenção dos traumatismos causados pelo trânsito* (OMS, Banco Mundial, 2004), *Preparados, prontos, já* (OPAS, 2008), sobre a prevenção da violência que afeta jovens e adolescentes, e *Prevenção e cuidado das queimaduras* (OMS, 2008), entre outros, contêm propostas específicas e com evidência de sua eficácia.

19. Em quase todos os países da Região existem leis, acordos, convênios nacionais e internacionais e instituições dirigidos a prevenir a violência intrafamiliar e a proteger especialmente as mulheres e crianças vítimas de atos violentos. É reconhecida a preocupação constante da sociedade para que estas leis nacionais sejam efetivamente implementadas pelas autoridades, com o devido respeito aos direitos humanos. No entanto, essas leis ou normas requerem mecanismos que assegurem seu cumprimento. A maioria dos Estados Membros ratificou a Convenção dos Direitos da Criança.

20. Foram estabelecidos sistemas de informação sobre LCE nas seções de emergência em hospitais sentinela em vários países da Região, junto com o apoio da OPAS e o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças/Ministério da Saúde dos Estados Unidos.

21. Há observatórios de mortalidade na Colômbia, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Panamá, impulsionados pela OPAS junto com a Coalizão Interamericana pela Prevenção da Violência e o apoio da Agência para o Desenvolvimento Internacional, dos Estados Unidos, e projetos similares em andamento no Caribe e países andinos. Estes observatórios intersetoriais, com participação da polícia, institutos de medicina forense, prefeituras, setor privado e organismos não governamentais além do setor da saúde, incorporam às vezes as universidades na coordenação.

22. Na Colômbia, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Peru, com a cooperação da Agência de Cooperação Alemã, trabalhou-se com os institutos da juventude e as organizações não governamentais, fortalecendo alianças, identificando e avaliando a eficácia de programas de prevenção de violência juvenil.

23. Para a redução de lesões nas vias públicas há intervenções avaliadas, como o uso obrigatório do capacete para motociclistas e dos cintos de segurança, assim como a disposição das bolsas de ar para ocupantes de veículos, a redução de velocidade e melhoria da visibilidade dos automotores, as licenças graduais para dirigir e as leis que proíbem dirigir sob o efeito do álcool.

24. No Brasil, a Lei 11.705 (19 de junho de 2008) estabelece um nível de virtualmente zero de alcoolemia ao dirigir veículos e impõe penalidades severas para os motoristas que infringirem os novos parâmetros. Esta lei é um bom exemplo para toda a Região, dada a reconhecida associação entre o consumo de álcool e as lesões de trânsito, violência intrafamiliar e outras. Os resultados observados pelo Instituto de Medicina Legal do Estado de São Paulo durante os fins de semana do primeiro mês de sua aplicação mostraram uma redução nos gastos de emergências em hospitais do estado de cerca de 4,5 milhões de reais (US\$ 3 milhões de dólares) e do número de mortes por veículos de 140 para 51 na cidade de São Paulo.¹¹ Nos Estados Unidos desde 1980, quando se fundou a ONG *Mothers Against Drunk Driving*, as mortes relacionadas ao consumo de bebida e direção de veículos têm caído cerca de 44%, de mais de 30.000 para menos de 17.000.¹²

25. Nos domicílios, sabe-se que os detectores de fumaça ajudam a prevenir mortes e lesões por incêndios. Redes e cercas ao redor das piscinas públicas ou particulares evitam o afogamento de crianças. No entanto, o afogamento de adultos e jovens em rios e praias continua sendo um desafio. O controle da venda de substâncias tóxicas comumente usadas para suicidar-se reduz as tentativas e os próprios suicídios. Demonstrou-se que o controle do consumo de álcool reduz a violência doméstica, colisões de veículos e quedas. Estas e outras intervenções são eficazes em função do custo, mas requerem uma aplicação de forma sustentada.

26. Com o apoio da Bloomberg Philantropies, está sendo efetuado um estudo global que busca identificar a aplicação das recomendações do *Relatório mundial sobre prevenção de traumatismos causados no trânsito*, usando uma metodologia padronizada, que permitirá marcar e identificar os esforços atuais e futuros em segurança pública. Prevê-se obter informações atualizadas sobre dados de mortalidade e morbidade que

¹¹ Publicados no site: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2607200801.htm>. Para obter mais informações, consulte: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/hileslotro.mmp>.

¹² Fonte: <http://www.madd.org/Drunk-Driving/Drunk-Driving/Statistics.aspx>.

reduzirão as brechas de informação e legislação. Esta iniciativa representa um esforço multissetorial que pode ser adaptado a problemas similares sobre LCE.

27. Apesar da maior visibilidade sobre a prevenção da violência e a segurança pública, isto ainda não se reflete nos fundos alocados ou em políticas ou programas sustentados. Reconhece-se que as lesões de origem violenta e aquelas causadas pelo trânsito, sejam fatais ou não, chamam muito a atenção da comunidade e dos meios de comunicação, e são as que geram maior carga nos serviços de saúde. No entanto, não devemos esquecer a alta carga de queimaduras, quedas, intoxicações e tentativas de suicídio.

Mandatos e documentos relacionados

28. Entre os documentos sobre o tema, se destaca o *Guia para os Ministérios de saúde: Prevenção de violência e lesões (OMS, 2008)*, lançado em Mérida na reunião ministerial, já divulgado nos países das Américas, que contém orientações práticas.

29. Igualmente se dispõe de resoluções da OMS, OPAS e Nações Unidas, de declarações (anexo C¹³) que destacam a prevenção de lesões e violência como tema de saúde pública e urgem ação em sua prevenção. Destas, as mais recentes emanam da Assembléia Mundial da OMS (WHA60.22, 2007) sobre sistemas de atenção de emergência que enfatizam a necessidade de fazer esforços adicionais para fortalecer os serviços de atenção ao trauma, e do Conselho Diretor da OPAS (CD44.R13, 2003), que reiteram a necessidade de um maior compromisso por parte dos ministérios de saúde na implantação de iniciativas de prevenção de LCE e promoção da segurança.

30. A Reunião Ministerial de Mérida e as recomendações incluídas na Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas representam uma oportunidade e um desafio para aumentar os esforços que previnam “a violência e lesões por meio de ações de promoção da saúde, assim como da articulação intersetorial, com uma perspectiva de construção de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis”.

Solicitação ao Conselho Diretor

31. Solicita-se ao Conselho Diretor que, uma vez examinado o relatório, considere as recomendações formuladas no projeto de resolução (ver anexo E).

Anexos

¹³ Lista de resoluções e declarações.

Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas
Mérida, Yucatán, México
14 de março de 2008

Nós, os Ministros e as Ministras de Saúde das Américas que participamos da Reunião de Ministros sobre Prevenção de Violência e Lesões na Cidade de Mérida, Yucatán, México, no dia 14 de março de 2008, adotamos a seguinte “Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas”.

Havendo examinado a situação global de violência e lesões e suas implicações para a região das Américas;

Sabendo que a cada ano cerca de 300.000 pessoas morrem por lesões intencionais e não intencionais nas Américas - sendo esta a quarta causa de morte na região - e que mais de 1.200.000 pessoas são feridas e muitas delas ficam incapacitadas por toda a vida;

Conscientes de que a violência ocorre em diferentes ambientes e que se deve a múltiplos determinantes e fatores de risco e que as mulheres, as crianças, os adolescentes e os idosos são a população mais vulnerável;

Reconhecendo que hoje em dia, em quase todos os países das Américas, existem leis, acordos, convênios nacionais e internacionais e instituições que protegem especialmente as mulheres e crianças de ser vítimas de atos violentos, assim como organizações orientadas a promover o desenvolvimento e fortalecer a participação na sociedade dos jovens e idosos;

Conscientes das conseqüências nocivas que resultam da violência e lesões no curto, médio e longo prazo, tais como depressão, ansiedade, insônia, dependência do tabaco, álcool e outras drogas;

Reconhecendo que as armas de fogo são um fator de risco importante para muitos tipos de violência e de suicídios, e que o continente americano ostenta 48% dos homicídios e 47% dos suicídios por causa da violência com armas de fogo no nível global;

Conscientes dos elevados custos econômicos e sociais gerados pela atenção às vítimas de violência e lesões, em especial para os serviços de saúde, chegando a representar cerca de 2% do Produto Interno Bruto total da região e com estimativas que vão desde 10 bilhões de dólares no Brasil até 250 bilhões de dólares nos Estados Unidos;

Conscientes de que as lesões contribuem para perpetuar o ciclo de pobreza;

Reconhecendo o devastador impacto que ocorre nas famílias e na sociedade quando um membro morre ou fica gravemente ferido por causa de um evento violento ou acidente e que uma alta porcentagem das mortes e deficiências ocasionadas são evitáveis;

Conscientes de que os determinantes e condicionantes da violência e das lesões são multicausais e sua abordagem direta corresponde a setores como educação, transporte, justiça e polícia, entre outros, e de que existem ações concretas que podem ser implantadas pelo setor sanitário juntamente com os setores anteriores e a sociedade civil;

Conhecedores de que a maioria dos países das Américas não contam com políticas nacionais que abordem de maneira integral os determinantes e efeitos da violência e das lesões;

Conscientes de que se requer uma resposta multissetorial bem articulada e que o papel do setor sanitário é de vital importância por oferecer um enfoque baseado na prevenção, na promoção da saúde, no uso de bases científicas e na colaboração interinstitucional, às quais se recorre de forma isolada dentro dos esforços atuais;

Recordando as Resoluções da Assembléia Mundial da Saúde WHA60.22 sobre Sistemas de Atenção de Emergência, WHA57.10 sobre Segurança Pública e Saúde, WHA56.24 sobre a implantação das recomendações do Relatório Mundial de Violência e Saúde, WHA49.25 sobre Prevenção da Violência: Uma Prioridade em Saúde Pública; as Resoluções do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde: CD37.R19 (1993), CD39.R14 (1996) e CD44.R13 (2003), as quais indicam e reiteram a necessidade de um maior compromisso por parte dos Ministros da Saúde em iniciativas de prevenção da violência; as Resoluções A/RES/60/5 e A/RES/58/289 da Assembléia Geral da Nações Unidas, acerca do melhoramento global da segurança pública; a resolução A/RES/60/68, que faz um apelo aos Estados para desenvolver programas integrais de prevenção de violência armada e integrá-los às estratégias nacionais de desenvolvimento; a resolução A/RES/56/24V (2001), que adota o Programa de Ação sobre Armas de Pequeno Porte, que reconhece a dimensão sanitária do desafio que representa o tráfico ilícito dessas armas; a Resolução da Subcomissão sobre a Promoção e Proteção de Direitos Humanos 2006/22 que exorta os Estados a tomar medidas efetivas para minimizar a violência perpetuada por indivíduos armados; a celebração da Primeira Semana Global de Segurança Pública de 2007 e do Dia Mundial da Saúde 2004, dedicado à Segurança Pública; o lançamento do Relatório Mundial sobre Prevenção dos Traumatismos Causados pelo Trânsito e o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, assim como o estudo e o relatório do Secretário das Nações Unidas sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (2006); e o Relatório Interinstitucional de Violência contra as Mulheres (2007), todos os quais constituem ferramentas para a ação contra a violência interpessoal e a prevenção de lesões;

Levando em consideração a recente publicação da Organização Mundial da Saúde, *“Prevenção de Violência e Lesões: Uma Guia para Ministros de Saúde”*, a qual descreve em detalhes o papel dos Ministérios da Saúde na coleta de dados, formulação de políticas, elaboração, implantação e avaliação de programas de prevenção e oferta de serviços para pessoas afetadas e suas famílias;

Acordamos que são necessários esforços adicionais para solucionar este grave problema de saúde pública e de desenvolvimento e, portanto, nos comprometemos a:

- (a) reconhecer que a violência e as lesões de causa externa são um problema epidêmico de saúde pública em nossos países;
- (b) aumentar esforços para prevenir a violência e as lesões, por meio de ações de promoção da saúde e da articulação intersectorial, com uma perspectiva de criação de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis;
- (c) promover acordos e alianças estratégicas com os setores público, privado e organizações sociais para desenvolver políticas públicas em promoção da saúde e prevenção da violência e lesões, que contribuam para diminuir os riscos e danos na população mais vulnerável;
- (d) fortalecer, ou criar nos países em que ainda não existam, unidades de prevenção da violência e das lesões dentro dos Ministérios da Saúde, com orçamento, recursos humanos e nível de autoridade adequados;

- (e) desenvolver, implementar e avaliar em cada país, planos nacionais de prevenção da violência e lesões, assim como impulsionar a adoção deste tipo de iniciativas, especialmente nos âmbitos estadual e municipal;
- (f) alentar os Ministros da Educação a trabalhar com escolas e universidades, com o fim de incluir a prevenção da violência e lesões como um componente integral nas políticas sociais, educativas e de saúde, além de realizar esforços para oferecer capacitação e educação contínua em prevenção da violência e lesões ao pessoal dos ministérios da saúde;
- (g) fortalecer, no âmbito de sua competência, os mecanismos de coleta de informações sobre fatores de risco e de proteção, assim como dados de mortalidade, morbidade e custos econômicos ocasionados pela violência e pelas lesões, e fazer com que esta informação esteja disponível para uma tomada de decisões baseada em evidências científicas;
- (h) fomentar a coordenação com os demais setores envolvidos, incluindo a sociedade civil, com o fim de fortalecer os sistemas de prevenção primária dirigidos às causas e fatores de risco que determinam a violência e as lesões, tais como: o abuso do álcool, disponibilidade de armas de fogo, presença excessiva de violência nos meios de comunicação, normas sociais acerca da violência, iniquidade de gênero, falta de uso de cintos de segurança e capacetes, velocidade excessiva e dirigir em estado de embriaguez;
- (i) alentar os meios de comunicação com o fim de que assumam o compromisso com a difusão das atividades nacionais em matéria de prevenção das lesões e violência, assim como desenvolver iniciativas para que os programas de comunicação não se excedam na apresentação da violência e se enfatizem as mensagens não violentas;
- (j) melhorar a atenção integral à saúde - com enfoque na promoção da saúde, direitos, gênero e interculturalidade - para vítimas de violência e lesões, mediante o fortalecimento dos serviços de emergência, o cuidado e a reabilitação dos traumas, bem como fornecer serviços legais e sociais;
- (k) fomentar a cooperação entre países da região, com o fim de propiciar a troca de informações e o apoio técnico dos países com iniciativas e projetos que tiveram impacto na redução da violência e das lesões;
- (l) solicitar aos organismos e agências internacionais um alinhamento de esforços, agendas e recursos em torno do problema da violência e das lesões;
- (m) reconhecer e ao mesmo tempo solicitar à Organização Mundial da Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde, apoio técnico contínuo e distribuição de documentos para melhorar nosso trabalho na promoção da saúde e na prevenção da violência e das lesões.

14 de março de 2008
Mérida, Yucatán
México

Documentos e publicações (lista parcial) sobre prevenção da violência, segurança rodoviária, atendimento médico e outras lesões de causa externa

- OPS (1995). *Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud. Memorias de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*. Washington DC.
- PAHO (2001) *Guidelines for the Epidemiological Surveillance on Violence and Injuries*.
- WHO/CDC (2001) *Injury Surveillance Guidelines*
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- WHO (2003) *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*
- OPS (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*.
- OPS (2003, 2da. edición). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*.
- OPS (2003). *Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centro América*.
- OMS/BM. *Informe mundial sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito*.
- WHO (2005) *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*.
- WHO (2005) *Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals*
- NNUU (2006). *World Report on Violence Against Children*.
- WHO/International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006) *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.
- WHO (2006) *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*.

- OPS (2007) *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Reporte final del Estudio Multicéntrico OPS.*
- Informe Interagencial, coordinado por la CEPAL (2007) *Ni una mas. El derecho a vivir una vida libre de violencia en América latina y el Caribe.*
- WHO (2007) *Guidelines for Essential Trauma Care*
- OPS/OMS (2007) *Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos.*
- WHO (2007). *TEACH-VIP users' manual. (Training, Educating, Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention)*
- WHO (2008) *Burn prevention and care.*
- OPS/GTZ (2008) *Preparados Listos Ya! Una síntesis de intervenciones efectivas para la prevención de violencia que afecta a adolescentes y jóvenes.*
- OPS/OMS (2008) *Cascos: Manual de Seguridad Vial para decisores y profesionales*
- OPS/OMS (2008) *Prevención de lesiones causadas por el tránsito. Manual de capacitación.*
- OPS/OMS (2008) *Prevención de lesiones y violencia: Guía para los Ministerios de Salud.*
- OPS/CISALVA/BM/IACPV (2008) *Sistematización de Experiencias sobre Sistemas de Vigilancia, Observatorios o Sistemas de Información de Violencia en America Latina Observatorios de Violencia: Mejores Prácticas*
- OPS/CISALVA/BM/IACPV(2008) *Guía Metodológica para la Replicación de Observatorios Municipales de Violencia.*

**Resoluções selecionadas da OPAS, OMS e Nações Unidas sobre prevenção da
violência e segurança rodoviária
(Lista parcial)**

- Resolução WHA49.25 (1996), “Prevenção da violência – uma prioridade em saúde pública”.
- Resolução da ONU A/RES/54/4 (15 de outubro de 1999) Protocolo Facultativo da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.
- Resolução WHA56.24 (2003), “Implementação das recomendações do relatório mundial sobre violência e saúde”.
- Resolução WHA57.10 (2004) sobre “Segurança rodoviária e saúde”, na qual se convida “a integrar a prevenção de lesões nas rodovias aos programas de saúde pública”.
- Resolução da ONU A/RES/61/271 (27 de junho de 2007) sobre o Dia Internacional da Não Violência em 2 de outubro de cada ano.
- Resolução WHA60.22 (2007) sobre “Sistemas de Atenção de Emergência”, em que se enfatiza a necessidade de “fazer esforços adicionais para fortalecer serviços de atenção a traumas”.
- Resoluções 60/5 e 58/289 da Assembléia Geral das Nações Unidas acerca do melhoramento global da segurança rodoviária.
- A Resolução CD37/ (1993) declara que a violência em todas as suas manifestações é uma prioridade de saúde pública. Posteriormente, realizou-se a "Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde", reconhecida como um marco na internacionalização do tema nas Américas.
- A Resolução CD39/14 (1996) reiterou que a violência em todas as suas manifestações é uma prioridade de saúde pública e solicitou que o Diretor fornecesse cooperação técnica para fortalecer a capacidade de cooperação técnica.
- Declaração conjunta da OPAS, Banco Mundial e Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos sobre “Estradas mais seguras nas Américas” (2004).
- Resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas, 61/143 (30 de janeiro de 2007). Intensificação dos esforços para eliminar todas as formas de violência contra a mulher.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD48/20 (Port.)
Anexo D

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA
A ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO**

1. Tema da agenda: 4.16	2. Título na agenda: Prevenção da violência e lesões e promoção da segurança: apelo à ação na Região
3. Unidade Responsável: SDE	
4. Preparado por: Luiz A. Galvão, Alberto Concha-Eastman, Eugenia María S. Rodrigues	
5. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da agenda: <u>Das Américas:</u> <ul style="list-style-type: none">o 5.1 Secretaria de Saúde do México. O Secretário, Dr. José A. Córdoba, apoiou amplamente a Conferência e foi Presidente Honorário do Comitê Organizador e anfitrião da Reunião de Ministros de Saúde das Américas.o 5.2 Instituto Nacional de Saúde Pública do México (INSP), Centro de Pesquisas em Serviços de Saúde (CISS, CC). O Diretor do INSP, Dr. Mario H. Rodríguez, foi Presidente do Comitê Organizador. A Diretora do CISP, Dra. Martha Hajar, foi a Coordenadora Geral da 9ª Conferência Mundial. Petróleos de México (PEMEX) deu uma significativa contribuição econômica.o 5.3. Southern California Injury Prevention Research Centre at the Univ. of California at Los Angeles School of Public Health (CC). Chair of the Scientific Committee.o 5.4. Centro de Pesquisa em Saúde e Violência (CC - CISALVA), Universidad del Valle, Cali, Colômbia. A Diretora, Dra. María I. Gutierrez, foi membro do Comitê Científico.o 5.5 National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC) at the Centers for Disease Prevention and Control (CDC), Atlanta, GA, contribuiu técnica e financeiramente.o 5.6. Centre for Safety Promotion and Injury Prevention, Quebec, Canadá. Contribuiu tecnicamente	
6. Conexão entre o tema da agenda e a Agenda para Saúde das Américas: Violência e traumatismos estão sob OE 03: Prevenir e reduzir a morbidade, deficiência e mortalidade prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e traumatismos e marcados sob os seguintes itens e áreas de ação da Agenda de Saúde <ul style="list-style-type: none">a) Fortalecer a Autoridade Sanitária Nacionalb) Abordar os determinantes da saúdec) Aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidadee) Reduzir os riscos e a carga de doençasf) Fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúdeh) Fortalecer a segurança sanitária	
7. Conexão entre o tema da agenda e o Plano Estratégico 2008-2012: 7.1 OE 03, Hierarquia 4	

8. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro do AMRO:

- Sistemas de informação sobre lesões de causa externa
 - com base nas emergências hospitalares: Nicarágua, Colômbia, El Salvador, Honduras, Jamaica, Peru, Brasil, Bolívia, Argentina
- Observatórios de violência
 - Nacionais ou municipais na Colômbia, Panamá, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Equador, Peru (em elaboração), Guiana, Trinidad e Tobago, México.
 - Sobre violência de gênero: México, Colômbia, Peru, Equador
- Redes nacionais ou municipais para prevenção da violência juvenil ou de gênero: Honduras, Peru, Nicarágua, Colômbia, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Belize, Jamaica.
- Coalizão Interamericana para Prevenção da Violência
- Planos integrais de prevenção da violência que envolvem diversos componentes com um fim comum
- Atenção e prevenção da violência desde a infância
- Incorporação de abuso e maus-tratos de crianças na estratégia AIDPI
- Vinculação de homens a projetos de prevenção da violência de gênero
- Participação de empresários em processos de capacitação e ressocialização de jovens em quadrilhas que exercem violência
- Comissão (Rede) Latino-Americana e Caribenha pela Segurança Rodoviária

9. Implicações financeiras do tema da agenda:

9.1 Capacitação em prevenção da violência e lesões, elaboração, implementação e avaliação de intervenções, desenvolvimento de sistemas de informação e atenção a pacientes com traumatismos foi solicitada e é altamente requerida.

9.2 Estudos de custos e pesquisa sobre as causas, fatores de risco e de proteção e determinantes sociais das lesões intencionais e não intencionais requerem investimento

9.3 Implementação de planos integrais



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



48º CONSELHO DIRETOR **60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

CD48/20 (Port.)
Anexo E

Tema.16 (Port.)
15 de agosto de 2008
ORIGINAL: ESPANHOL

PROJETO DE RESOLUÇÃO

PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E LESÕES E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA: APELO À AÇÃO NA REGIÃO

O 48º CONSELHO DIRETOR,

Havendo examinado o documento da diretora, *Prevenção de violência e lesões e promoção da segurança: apelo à ação na Região* (documento CD48/20) no qual se informa sobre a Primeira Reunião de Ministros da Saúde das Américas, convocada pelo Ministro da Saúde do México e a Organização Pan-Americana da Saúde (Mérida, Yucatán, México, 14 de março de 2008), dirigidas a afiançar o papel do setor da saúde e o trabalho intersetorial para a prevenção de lesões intencionais e não intencionais, definidas como lesões de causa externa (LCE);

Recordando que o Conselho Diretor, na 37ª sessão de 1993, 39ª sessão de 1996 e 44ª sessão de 2003, definiu e ratificou claramente a violência como problema de saúde pública, solicitando que a Diretora continuasse seus esforços e a cooperação com os Estados Membros na busca de ferramentas e soluções para estes problemas;

Levando em conta que as Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, a Coalizão Interamericana pela Prevenção da Violência e o Fórum Latino-Americano e do Caribe sobre Segurança Viária adotaram

resoluções e publicaram documentos nos quais os temas relativos à prevenção de LCE e a promoção da segurança são tratados de maneira clara, com recomendações para a ação;

Destacando a oportuna reunião de Ministros da Saúde das Américas e a Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas assinada nesta reunião em 14 de março de 2008, cujo conteúdo é relevante para a tomada de decisões; e

Reconhecendo que, embora o Conselho Diretor da OPAS tenha aprovado resoluções sobre prevenção de violência, é necessário ampliar o âmbito de ação para todas as lesões de causa externa, não só pela alta carga de casos, mas também pela disponibilidade de intervenções que podem ter efeitos preventivos sobre fatores de risco comuns à ocorrência de diversas formas de LCE,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros:
 - (a) a que definam ações e planos para a prevenção de lesões de causa externa e a promoção da segurança e dêem maior visibilidade aos programas e planos que estejam em andamento ou se implementem no futuro próximo com orçamento e mandatos predefinidos pelos ministérios de saúde;
 - (b) a que levem em conta as recomendações contidas na Declaração Ministerial sobre Prevenção de Violência e Lesões nas Américas (Mérida, março de 2008) como uma oportunidade e consulta para avançar no compromisso de prevenir todo tipo de lesão de causa externa e promover a segurança;
 - (c) a que promovam as responsabilidades nas áreas de governo, sociedade civil, setor privado, justiça e polícia para que as leis, normas e regulamentos existentes sobre violência, segurança viária, uso de pólvora, abuso de álcool e drogas narcóticas e qualquer outra tendente a prevenir a ocorrência de LCE ou mortes, sejam aplicadas e cumpridas em seus países;
 - (d) a que fomentem e liderem processos, quando corresponda, e impulsionem alianças com outros setores para a prevenção da violência e lesões e promoção da segurança, dada a multiplicidade de causas das LCE.

2. Solicitar à Diretora:

- (a) que reforce as ações e iniciativas da OPAS entre as áreas ou projetos que têm relação com a prevenção de LCE, tais como segurança humana, segurança viária, saúde urbana e *Rostos, vozes e lugares*;
- (b) que contribua para que os países intensifiquem ou aperfeiçoem suas iniciativas em áreas como os sistemas de informação e observatórios sobre LCE, identificação de melhores práticas preventivas e avaliação das que estejam em execução e estudos de custos, entre outras;
- (c) que apóie as ações tendentes a fortalecer os programas de prevenção de LCE e promoção da segurança dos ministérios da saúde, bem como a capacitação das pessoas focais dos mesmos, quando for necessário;
- (d) que lidere processos de coordenação interinstitucional e mantenha a presença da OPAS nas instâncias de cooperação intersetorial, sejam de caráter internacional ou nacional, que se ocupam da prevenção da LCE e promoção da segurança;
- (e) que promova estudos sobre as causas e fatores de risco de LCE e segurança seguindo o quadro dos determinantes sociais que tenham aplicação na Região.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



48º CONSELHO DIRETOR 60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

CD48/20 (Port.)
Anexo F

Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas para o Secretariado das resoluções propostas para adoção a Comitê Executivo

1. Resolução: Prevenção da violência e lesões e promoção da segurança: apelo à ação na Região	
2. Vínculo com o orçamento para programas	
Área de trabalho	Resultado previsto
SDE,OE03	O Conselho Diretor examinará a declaração dos ministros e submeterá para discussão uma resolução sobre estes temas
3. Implicações financeiras	
(a) Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondo para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades): US\$ 3.000.000 (três biênios)	
(b) Custo estimado para o biênio 2006–2007 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades): US\$ 1.000.000 (incluídos os cargos). Supõe-se que a infra-estrutura existente é suficiente para a implementação	
(c) Do custo estimado em (b), o que pode ser incluído nas atividades já programadas? Toda a região. Aplicado por todas as representações sob a coordenação da Sede.	
4. Implicações administrativas	
(a) Âmbito de implementação (indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado e identificar as regiões específicas, se for o caso):	
• Aprovação da resolução	

- Reunião regional
- Aplicação das recomendações

(b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias): um assessor regional em violência intrafamiliar.

(c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação):
3 a 5 anos