

DIÁRIO DA ASSEMBLÉIA

Nº ESPECIAL

CURITIBA, SEGUNDA-FEIRA, EM 10 DE JUNHO DE 2002

ANO XXVIII

Mesa Diretora

HERMAS BRANDÃO

Presidente - PSDB

ELIO RUSCH

1º Vice-Presidente - PFL

IRINEU COLOMBO

2º Vice-Presidente - PT

AUGUSTINHO ZUCCHI

3º Vice-Presidente - PDT

VALDIR ROSSONI

1º Secretário - PTB

ANTONIO ANIBELLI

2º Secretário - PMDB

CESAR SELEME

3º Secretário - PPB

EDNO GUIMARÃES

4º Secretário - PSDB

NELSON GARCIA

5º Secretário - PFL

ABIB MIGUEL

Diretor Geral

Lideranças

<i>Líder do Governo</i>	<i>Durval Amaral</i>
<i>Líder da Oposição</i>	<i>Waldyr Pugliesi</i>
<i>PTB</i>	<i>Carlos Simões</i>
<i>PFL</i>	<i>Plauto Miró Guimarães</i>
<i>PSDB</i>	<i>Sérgio Spada</i>
<i>PMDB</i>	<i>Nereu Moura</i>
<i>PPB</i>	<i>Tony Garcia</i>
<i>PT</i>	<i>Luciana Rafagnin</i>
<i>PDT</i>	<i>Luiz Carlos Zuk</i>
<i>PSL</i>	<i>Luiz Carlos Martins</i>
<i>PL</i>	<i>Pastor Edson Praczyk</i>
<i>PPS</i>	<i>Marcos Isfer</i>

Representação Partidária

PMDB - 08: Ademir Bier - Antonio Anibelli - Caíto Quintana - Edson Strapasson - Nereu Moura - Orlando Pessuti - Ricardo Chab - Waldyr Pugliesi; PSDB - 08: Algaci Tulio - Ademar Traiano - Edno Guimarães - Hermas Brandão - Antonio Baratter - Nelson Tureck - Ricardo Maia - Sérgio Spada; PFL - 08: Basílio Zanusso - Cleiton Kielse - Divanir Braz Palma - Durval Amaral - Elio Rusch - Nelson Garcia - Plauto Miró Guimarães - Nelson Justus; PTB - 05: Carlos Simões - Hidekazu Takayama - Luiz Accorsi - Luiz Carlos Alborghetti - Valdir Rossoni; PDT - 06: Augustinho Zucchi - Eli Ghellere - José Maria Ferreira - Luiz Carlos Zuk - Neivo Beraldin - Renato Gaúcho; PPB - 06: Cesar Seleme - Duílio Genari - Fernando Ribas Carli - Tony Garcia - Miltinho Pupio - Moysés Leônidas; PT - 04: Ângelo Vanhoni - Hermes Fonseca - Irineu Colombo - Luciana Rafagnin; PL - 03: Chico Noroeste - Pastor Edson Praczyk - Serafina Carrilho; PSL - 03: Geraldo Cartário - Luiz Carlos Martins - Antonio Carlos Belinati; PPS - 02: Cezar Silvestri - Marcos Isfer; PSC - 01: Fernando Guimarães.

**4ª SESSÃO LEGISLATIVA DA
14ª LEGISLATURA
ATA DA SESSÃO ESPECIAL -
SEMINÁRIO SOBRE “VIOLÊNCIA
URBANA E SAÚDE PÚBLICA”
REALIZADA EM
10 DE JUNHO DE 2002**

(*segunda-feira*)

Presidência do senhor deputado Hermas Brandão.

Às nove horas e quarenta minutos é registrada a presença dos seguintes senhores deputados: Mesa Executiva: Hermas Brandão, Elio Rusch, Irineu Colombo, Augustinho Zucchi, Valdir Rossoni, Antonio Anibelli, Cesar Seleme, Edno Guimarães, Nelson Garcia; PPS: Cezar Silvestri, Marcos Isfer; PL: Chico Noroeste, Pastor Edson Praczyk, Serafina Carrilho; PPB: Duílio Genari, Fernando Ribas Carli, Miltinho Pupio, Moysés Leônidas, Tony Garcia; PDT: Eli Ghellere, José Maria Ferreira, Luiz Carlos Zuk, Neivo Beraldin, Renato Gaúcho; PT: Ângelo Vanhoni, Hermes Fonseca, Luciana Rafagnin; PSDB: Ademar Traiano, Algaci Tulio, Luiz Fernandes da Silva Litro, Nelson Tureck, Ricardo Maia, Sérgio Spada; PFL: Basílio Zanusso, Cleiton Kielese, Divanir Braz Palma, Durval Amaral, Plauto Miró Guimarães; PTB: Carlos Simões, Hidekazu Takayama, Luiz Accorsi, Luiz Carlos Alborghetti, Nelson Justus; PMDB: Ademir Bier, Caíto Quintana, Edson Strapasson, Nereu Moura, Orlando Pessuti, Ricardo Chab, Waldyr Pugliesi; PSL: Antonio Carlos Belinati, Geraldo Cartário, Luiz Carlos Martins; PSC: Fernando Guimarães (54). Presentes ainda inúmeras autoridades e demais convidados.

O SR. PRESIDENTE (**Elio Rusch**)

Sob a proteção de Deus, declaro aberta a

SESSÃO ESPECIAL,

sobre Violência Urbana e Saúde Pública.

Exmo. senhor Gustavo Fruet, deputado federal, articulador político da Região Sul do Seminário Regional de Violência Urbana e Saúde Pública; Exma. senhora doutora Rita de Cássia Barradas Barata, representante da secretária executiva do Conselho Nacional da Saúde, chefe do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da USP; Exma. senhora Maria Juliana Moura Correa, representante da secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; Ilmo. senhor major José Ramirez Júnior, representando o Comando Geral da Polícia Militar; Exmo. senhor Luiz Carlos Sobania, secretário de Estado da Saúde; Exmo. senhor doutor Lineu Walter Kirchner, subprocurador-geral de Justiça para Assuntos Jurídicos; Exmo. senhor José Cândido da Silva,

secretário de Estado da Saúde de Santa Catarina; Exmo. senhor doutor Rosinha, deputado federal; Exma. senhora doutora Dora Lúcia de Lima Bertuila, representando o magnífico reitor da Universidade Federal do Paraná; Exmo. senhor Michele Caputo Neto, secretário municipal da Saúde, representando o Conselho Nacional dos Secretários Municipais da Saúde; Exmo. senhor Leonyl Ribeiro, diretor da Polícia Civil.

Vamos ouvir agora o Hino Nacional.

Gostaríamos de guardar um minuto de silêncio pela morte do jornalista Tim Lopes, assassinado violentamente. Espero que usemos da bandeira do Tim Lopes para iniciarmos, não só no Paraná mas em todo o Brasil, uma campanha realmente mais agressiva ao combate ao crime organizado. Em pé, um minuto de silêncio.

Quero cumprimentar os nossos companheiros da Mesa e todos os companheiros que, com certeza, participarão neste dia, deste importante encontro.

(**Lê**):

“Na qualidade de presidente do Poder Legislativo do Paraná, tenho a satisfação de dar as boas vindas a todos os participantes do Seminário da Região Sul sobre “Violência e Saúde Pública”, cuja presença muito nos honra.

Ressalte-se que a realização deste seminário em Curitiba deve muito ao eminente deputado federal Gustavo Fruet, relator da Subcomissão Especial de Violência Urbana, classificado como um dos membros do grupo de ascensão do Congresso Nacional - e cuja presença saudamos nesta ocasião.

Este encontro, que vai debater aquele que certamente é o mais importante tema de políticas públicas em nosso país hoje, é fruto de uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e a Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados.

A relevância do tema é reconhecida pelos promotores e participantes, porque, infelizmente, os índices de violência se expandiram a ponto de afetar os níveis de saúde da sociedade, rebaixando a qualidade de vida nas cidades maiores e até mesmo nos pequenos municípios do interior.

De fato, diariamente nos deparamos com registros de crimes que chamam a atenção, seja por atingirem jovens na flor da idade; seja por terem origem em motivos banais; seja pela sua brutalidade.

O próprio Estado do Paraná e, em especial, Curitiba, passaram a apresentar índices preocupantes, além de ocorrências que fazem aparecer o perigo de desordem social, quando bandos criminosos passam a afrontar o Estado organizado ou tornam a violência um fato generalizado, típico de países em guerra civil.

Tais números e questões serão debatidos com a autoridade dos técnicos e convidados que vieram participar deste evento - repetindo um processo já realizado em outras regiões do Brasil.

Ao final desses dois dias de trabalho, esperamos gerar conclusões que promovam medidas efetivas, capazes de reverter o quadro de violência que nos atinge.

Além de promover o debate franco e indispensável ao exercício democrático no que diz respeito aos temas de interesse da população, a Assembléia Legislativa cumpre sua missão ao tomar parte em um evento que apontará novos caminhos e soluções.

A sociedade civil organizada tem hoje acesso franqueado ao Legislativo e influência nas decisões. É o caso do novo estatuto da Polícia Civil do Paraná, para cujo rigor contribuiu a participação dos conselhos de segurança.

A transparência, representada pelo acesso ampliado à informação, deve ser a marca nas relações entre a Assembléia Legislativa e a população, alicerce da sua legitimidade. Desse modo será sempre possível, de forma mais rápida e eficiente, identificar quais são, de fato, as demandas sociais. E elas são muito claras.

Quer a sociedade - queremos todos nós - maior agilidade e eficiência do Estado na resposta a problemas que pedem solução urgente.

O que mais necessita atenção hoje é, sem dúvida, a segurança pública. O Estado moderno nasceu, com a Revolução Francesa, para cuidar da segurança pública. E o que assistimos no Brasil, hoje, é um quadro de insegurança que tem entre suas principais causas o questionamento, sem resposta, da autoridade.

Vemos, indignados, a autoridade e nossas instituições ser posta à prova pela ousadia dos que escolheram viver à margem da lei. Corrigir esse problema é tarefa coletiva, que a todos deve envolver. Passa por maiores investimentos da parte do poder público. Passa pelo maior comprometimento da sociedade com o tema. Mas passa, antes de tudo, pelo restabelecimento da autoridade.

A democracia depende fundamentalmente do exercício da autoridade para seu funcionamento. E o que vemos é uma lamentável confusão entre tolerância e leniência. Transigir com os que agridem o Estado de Direito é ser pusilânime!

Com isso não podemos concordar. Cabe à sociedade cobrar mais daqueles que detêm a responsabilidade. Não se pode restringir o papel participativo da sociedade ao período eleitoral. É preciso ir além. É necessário exercer o legítimo poder de pressão social que é atributo inalienável da democracia. Sejam bem vindos!

Muito obrigado!

O SR. PRESIDENTE (Hermas Brandão)

Em nome desta Presidência, tenho a honra de conceder a palavra ao Exmo. senhor deputado federal, Gustavo Fruet, ativador político da região Sul no Seminário Regional sobre Violência Urbana e Saúde Pública.

O SR. GUSTAVO FRUET

Senhor presidente Hermas Brandão. A intervenção neste período, será muito breve. Ela tem dois objetivos:

uma convocação e uma agradecimento. A convocação é o fato que a Câmara dos Deputados - e recebam este evento como um ato de respeito da Câmara dos deputados a todas as entidades envolvidas, - a Assembléia Legislativa do Estado do Paraná dentro de uma idéia de descentralizar esta discussão. Nós centralizamos, ano passado, um seminário em Brasília, tratando do tema: Violência Urbana e Saúde Pública, procurando destacar dois importantes pontos que hoje agridem a cidadania brasileira. O primeiro é a íntima relação entre a degradação do espaço urbano e o crescimento da criminalidade, em especial quando se constata que o crescimento se concentra nas seis maiores regiões metropolitanas do País, inclusive a Região Metropolitana de Curitiba. Da mesma forma procurar estabelecer uma clara relação entre a violência e os gastos na Saúde, em especial na Saúde Pública do País. Praticamente um terço dos gastos do Sistema Único de País deve-se a fatores decorrentes de traumas ocasionados por violência. E quando se fala em violência, não se associa só a violência a homicídio, mas associa-se a violência no caráter genérico a toda forma de agressão que existe, na sociedade moderna, como acidente de trânsito, preconceito, briga doméstica e outras formas que geram traumas e a chamada mortalidade.

Inclusive esta semana a revista Veja traz um dado impressionante: praticamente a metade das cirurgias plásticas do País hoje já não são por questões estéticas e sim por questões de reparação decorrentes de violência, e muitas delas de violência associada a este crescimento da criminalidade.

Então, a preocupação da Comissão de Desenvolvimento Urbano é destacar que o problema da violência não se refere somente ao endurecimento, à modificação da legislação penal e processual penal. Na verdade, temos mais de 120 diplomas legais, nesta área, toda vez que se tem um indicador de aumento de criminalidade, procura-se dar uma resposta legislativa e se incorre numa das maiores distorções do Poder Legislativo brasileiro: a sua má formulação, o seu desconhecimento e a sua não aplicação. Da mesma forma, a Comissão procurou destacar que é necessário ter uma ação integrada cada vez maior, do Poder Público com a sociedade organizada, sob pena de estabelecermos duas alternativas: ou se imagina que o problema da violência é do outro e portanto é do Estado e aí decorre um Estado autoritário, ou se procura uma alternativa com a cooperação do Estado nos três níveis, e a participação, cada vez mais organizada, da sociedade, nos seus diferentes setores.

Diante disso, a Comissão realizou este evento em Brasília, no mês de outubro do ano passado, e de forma pioneira procurou descentralizar esta ação. E nós estamos encerrando, nesta semana, em Curitiba, os encontros regionais.

Este é um ano atípico, presidente, um ano complicado, porque estamos já num ano eleitoral, nós nunca teríamos uma situação absolutamente ideal para realização de eventos desta natureza. Agora, a nossa preocu-

pação ao encerrar este encontro, é sistematizar as informações, mesmo porque não temos ainda um sistema unificado de informação dos mais diferentes agentes, setores e atores, nesse processo, mas sistematizar estes dados, sistematizar as sugestões apresentadas e apresentar, ainda neste 1º semestre, aos candidatos a Presidência da República. Da mesma forma, no segundo semestre vamos apresentar sugestões na Lei Orçamentária, para o ano de 2003, com propostas vinculadas a este setor, bem como, se for o caso, de alterações legislativas. E, se for o caso, no mês de dezembro estaremos realizando um encontro nacional, em Brasília, com a equipe do novo governo para apresentar, de forma objetiva, sugestões de curto, médio e longo prazo, tendo absoluta convicção que esta é uma ação que não se resolve no curto prazo, não se resolve de forma emocional.

Portanto, é fundamental a participação neste evento, dentro desse conceito que estamos aqui muito mais para dar sustentação política à fundamentação técnica do trabalho de todos os profissionais que participam, de alguma maneira, deste tema. E daí o agradecimento, agradecimento a Assembléia Legislativa, na pessoa de seu presidente, deputado Hermas Brandão que, de pronto, aceitou dar condições para realização deste evento no Estado do Paraná. Agradecimento ao deputado Orlando Pessuti, que assumiu a coordenação deste evento, nestes dois dias, buscando sistematizar todas as sugestões, para encaminhamento ao Congresso Nacional. E aqui agradeço aos profissionais das diferentes áreas, em especial ao Dr. Luiz Sobania, secretário de Saúde do Paraná, que foi, de pronto também, um articulador, um incentivador junto aos diferentes setores. estando presente, com muita honra o Dr. Cândido, secretário de Saúde de Santa Catarina, que por muitos anos trabalhou no Ministério da Saúde e portanto, está intimamente relacionado ao tema; à Dra. Maria Juliana, representando a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a todos os setores aqui presentes da área de Segurança Pública; do Ministério Público; do Poder Judiciário; da cidade de Curitiba; envolvendo, também, não só a Secretaria de Saúde, mas a Guarda Municipal.

Quero fazer um agradecimento especial à Sra. Rita de Cássia e ao Conselho Nacional de Saúde que tem sido indispensável na ação deste trabalho; um agradecimento, aqui, ao Conselho Estadual e Municipal, na pessoa da Dra. Maria Goretti, pela coordenação e entusiasmo neste evento.

Um agradecimento a todos os participantes e uma convocação para que, efetivamente, se possa ter resultados objetivos a partir dos diagnósticos e dos dados que serão apresentados no dia de hoje, pela manhã e à tarde; e amanhã no Canal da Música, com os diferentes grupos de trabalho que estarão coordenando dados e ações nos diferentes setores, entendendo que esta é uma ação multidisciplinar, é uma ação que não vai se resolver somente com aparato policial; não vai se resolver somente com a legislação penal e processual penal, mas esta é uma

guerra não-declarada e fez muito bem o presidente ao declarar esse minuto de silêncio ao jornalista Tim Lopes, pelo significado desse momento na vida nacional.

A informação e a comunicação, talvez sejam os instrumentos mais efetivos e importantes no combate à criminalidade. Nós vimos o que significa a perda do Estado, da sua presença no espaço urbano; nós vimos o que significa a degradação de uma cidade e o que isso representa em termos de crescimento de insegurança; em termos de crescimento de criminalidade.

Ao presidente Hermas Brandão o profundo agradecimento da Comissão de Desenvolvimento Urbano Interior, do presidente da Câmara, Aécio Neves. E aqui, faço uma justificativa: o nosso presidente, deputado Rubens Furnan, está ausente, é o primeiro encontro do qual ele não participa, porque ontem e hoje o seu partido, o PPS, está realizando a convenção nacional. Esta semana coincidiu com a convocação de uma série de partidos e o nosso vice-presidente, deputado João Sampaio do PDT, também está participando desse evento, mas pediu à Câmara e à Comissão de Desenvolvimento Urbano que estivesse aqui com o nosso companheiro de Bancada, deputado Dr. Rosinha, representando a Câmara neste importante evento para o Congresso Nacional.

Encerro, agradecendo a gentileza e lembrei, me permita, deputado Hermas Brandão, para quebrar um pouco o tom solene dessa abertura, de uma observação do Conselho Estadual de Saúde, de uma professora que quis ensinar à sua turma a ser objetiva: para os seus alunos deixarem de ser prolixos e falaram de forma muito rápida, franca e sem enrolação; pediu aos seus alunos que escrevessem uma redação que tratasse de três temas muito complexos: religião, sexo e nobreza, mas com uma condição, na redação tinha que ter uma frase só.

Ninguém fazia a tal da redação, até que um dia, um aluno levantou e falou: “Professora, eu fiz a redação”! Ela falou: “Três temas difíceis: religião, sexo e nobreza em uma frase só?”

Ele respondeu: “sim”.

A professora pediu para ele ler a sua redação e o Joãozinho leu a redação:

“Oh, Meu Deus, como foi bom! Disse a princesinha, ainda ofegante”.

O SR. PRESIDENTE (**Hermas Brandão**)

Esta Presidência tem a honra de passar a direção dos trabalhos para o Exmo. senhor deputado Algaci Tulio, da Comissão de Segurança Pública desta Casa e, posteriormente, na continuação, quem presidirá os trabalhos será o deputado Orlando Pessuti, nosso coordenador.

O SR. PRESIDENTE (**Algaci Tulio**)

Muito bom dia a todos!

De imediato, tenho a honra de conceder a palavra, em nome desta Presidência, a Ilma. Sra. Rita de Cássia Barradas Barata, representando, neste ato, o Conselho

Nacional de Saúde - Coordenadoria da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que tem a palavra.

A SRA. RITA DE CÁSSIA BARRADAS BARATA

Bom dia a todos!

Gostaria, inicialmente, de cumprimentar todos os participantes deste Seminário, as autoridades aqui presentes e dizer que, para o Conselho Nacional de Saúde é muito importante essa articulação com o Poder Legislativo na tentativa de representar da maneira mais adequada os anseios da sociedade organizada, principalmente, numa temática tão importante quanto da violência, e as tentativas que se tem feito desde o sistema de saúde de fazer frente a esse problema.

Entendemos que a questão da violência, como já foi aqui colocada, vai bastante além da simples, não tão simples, complexa situação de segurança pública, estrito senso e interesse a toda organização da sociedade.

O setor saúde, portanto, não poderia se eximir de discutir e apresentar propostas para o enfrentamento desse problema.

É nesse sentido então, que o Conselho Nacional de Saúde vem buscando, junto com o Poder Legislativo, levar essa discussão para o âmbito da sociedade brasileira e formular propostas no sentido de, no curto prazo, fazer frente aos efeitos mais imediatos dessa violência, no médio prazo pode estar modificando as estruturas que estão produzindo essa violência e no longo prazo garantir para a sociedade brasileira, o retorno aos valores da solidariedade, da dignidade e do respeito à vida.

Muito obrigado!

O SR. ALGACI TULIO

Ainda nas saudações iniciais logo em seguida passaremos às palestras - concedo a palavra em continuidade ao Seminário Regional Sul, Violência Urbana e Saúde Pública ao Exmo. Sr. Dr. Luiz Carlos Sobânia, secretário de Estado da Saúde do Paraná, que vai também falar sobre o tema: Violência Urbana da Região Sul, Diagnóstico, Perspectivas e Soluções.

Tem a palavra, Dr. Sobânia.

O SR. LUIZ CARLOS SOBÂNIA

Muito obrigado, senhor presidente.

Cumprimento todos os participantes desta Mesa que representam o Poder Legislativo tanto estadual como nacional.

E represento muito mais neste momento, do que o Secretário Estadual da Saúde, represento o Presidente do Conselho Estadual de Saúde, portanto represento aqui todo o controle social. O controle social que, na área da saúde, foi o grande avanço do Sistema Único de Saúde, e faz com que a sociedade participe junto.

E aqui estamos junto na Assembléia Legislativa e portanto, a Casa de Lei, a Casa do comportamento de nós cidadãos, de um estado, de uma cidade.

Nada melhor, hoje e amanhã, estarmos discutindo esse assunto que por certo apresentará boas perspectivas para que finalmente, tomemos esse campo na área da saúde, que nós temos o que realmente acontece com as pessoas na questão da morbidade, na questão da mortalidade.

Quero dar aqui, o meu abraço e bem-vindos ao nosso Estado à nossa cidade de Curitiba, que os acolherá da melhor forma possível, meus colegas, Cândido e Maria Junqueira do Rio Grande do Sul, no sentido de que nós, que somos responsáveis pela saúde, agora sim, como secretário - possamos dar o passo junto com os companheiros de outras áreas, que aqui sim, existe uma multiplicação de pessoas envolvidas nas ações.

Se estivermos juntos em todos os momentos, com certeza, na violência familiar, na violência interpessoal e no crime organizado, poderemos encontrar soluções que possam transformar as nossas cidades, num bom lugar para se viver.

Bem-vindos a todos!

O SR. ALGACI TULIO

Desejo registrar a presença do Dr. João Farias Júnior, que é uma pessoa também apaixonada pelo tema da área penitenciária e traz também uma proposta que depois, certamente os debatedores, no dia de amanhã também poderão fazer uso e tirar proveito da sua oferta para esse debate.

Na continuação, vamos dar início às palestras do Seminário da Região Sul - Violência Urbana e Saúde Pública, com apresentação da palestra: Violência Urbana da Região Sul-Diagnóstico e Perspectivas de Soluções, que será proferida pela Exma. Sra. Dra. Maria Juliana Moura Correia, representante da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Acho que neste momento, já que teremos transparências a serem apresentadas, podemos desfazer a Mesa para que possamos, do Plenário, aproveitar melhor a palestra da doutora Maria Juliana Moura Corrêa.

Peço mais um minuto, porque estamos ainda preparando a parte técnica, para que possamos dar continuidade a este Seminário.

Informo que vamos alterar um pouquinho, então, o início das palestras, dando preferência ao Exmo. Sr. Secretário de Estado da Saúde, o Dr. Luiz Carlos Sobânia, para que então discorra sobre o tema: "Violência Urbana da Região Sul: Diagnóstico e Perspectivas de Soluções". Se o senhor preferir poderá realizar a palestra daqui de cima, ou poderá fazê-la aí de baixo mesmo.

O SR. LUIZ CARLOS SOBÂNIA

Bom dia!

Nós discutimos a violência Urbana e Saúde Pública no Paraná e cabe a nós, como anfitriões, iniciar essa Mesa e, portanto, para que possamos realmente discutir.

A questão da Violência Urbana e Saúde tem sido discutida inclusive pelo Conselho Nacional de Saúde e existe, inclusive uma portaria que fala sobre a política nacional de redução da enorme mortalidade por acidentes e violência em uma comissão que se estudou no Conselho Nacional de Saúde e que a Dra. Cecília Minari coordenou.

Portanto, hoje estamos dando mais um passo sumamente importante, desenvolvido novamente pelo Conselho Nacional e pela Câmara Federal, no sentido de que nós realmente transformemos em ações.

O nosso deputado Gustavo Fruet falou claramente que as legislações são feitas e se olharmos as leis que existem, provavelmente muito da violência estaria controlada elas fossem obedecidas.

Existe uma lei bastante simples, que diz que não pode existir um bar que venda bebida alcoólica em frente a escolas, universidades, mas que tem que ter uma distância bem regular e isso nós sabemos que não é obedecido e aí estão os exemplos em todas as cidades.

“Diagnósticos e Perspectivas”: o diagnóstico cabe sempre na nossa área da Saúde e por isso estamos envolvidos, em virtude de que tenhamos essa discussão, porque nós recebemos os pacientes e o Instituto Médico Legal, por mais que esteja ligado à Justiça, está ligado também à área da Saúde, porque de uma forma ou outra é quem recebe os mortos nos locais.

“A Importância de Conhecer para Orientar a Intervenção: ações de prevenção e promoção; assistencial às vítimas”: nós estamos, da melhor forma possível, assistindo às vítimas mas não é essa a questão: medicina é fundamentalmente promoção à Saúde! Importante é conhecer e ter o diagnóstico e o nosso diagnóstico, hoje, baseia-se mais claramente em cima só da mortalidade, morbidade.

O que aconteceu com aquelas fraturas? Eu me lembro que quando fui a Foz do Iguaçu, uma vez, para discutir violência, quando estávamos implantando o sistema hospitalar, lá verificamos o seguinte: que olhando pelo Datasus, encontramos uma série de traumas por armas de fogo, nenhuma morte por armas de fogo, mas encontramos muitas fraturas. Então, portanto, na morbidade não tinha nenhuma por arma de fogo, nenhum desses pacientes tinha morrido. Mas, naquele dia o sistema pré-hospitalar tinha assistido e atendido 06 baleados. Quando morreu por arma de fogo, nós vamos saber, mas se ele não morreu por arma de fogo, esse diagnóstico está muito difícil. Talvez agora, com as novas portarias do Ministério da Saúde com relação à guia de internação em RH e o atendimento ambulatorial, nós possamos ter esses dados.

Aqui nós temos um gráfico que mostra claramente o percentual de óbitos, segundo principal grupo de causas no Paraná.

Nós verificamos que no Paraná, praticamente temos uma situação em que na questão dos óbitos, os nossos diagnósticos, praticamente só, 4,9% nós não sabe-

mos porque, enquanto que em 1990 eram 14.6. Então, o diagnóstico da mortalidade aconteceu e fez com que tivéssemos realmente, no Paraná, a violência como segunda causa de morte.

O sistema de informações de mortalidade, é universal, padronizado, permite avaliar a série histórica, porém limitado a situações de causas externas, como nós vimos.

Nós temos outras formas de ter informações, que é o pré-hospitalar, que é o atendimento ambulatorial hospitalar, que são as Delegacias, os Conselhos Tutelares, os Detran's e outros ampliam esse aspecto de cobertura, porém não há uma padronização e, portanto, poucos dados informativos para sabermos realmente a verdade.

“A variação dos óbitos por causas externas”: segundo grupo de causas no Brasil, excluídas as mal definidas na região sul, é o terceiro grupo de causas no Paraná: primeiro a questão do coração, segundo o câncer e terceiro a violência.

“O coeficiente de mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes nas regiões brasileiras e Estados da Região Sul”: verificamos que o Brasil tem 71,3% por 100 mil habitantes. E verificamos que do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o Paraná está com 70,7% abaixo da média Brasil, mas maior com relação a causa externa na região Sul: 84 Santa Catarina, 64 no Rio Grande do Sul.

“O coeficiente de mortalidade por acidente de trânsito por 100 mil habitantes nas regiões brasileiras e Estados da Região Sul: acidentes de trânsito, maioria, que ganha um pouco com relação à região Sul corresponde a Santa Catarina, logo em seguida pelo Paraná e depois pelo Rio Grande do Sul, demonstrando com isso uma média Brasil de 18,4. Nós temos uma série de não-informações completas na região Norte e Nordeste, onde existe um maior número de causas não definidas de mortalidade.

“O coeficiente de mortalidade por homicídios por 100 mil habitante nas regiões brasileiras e Estados da Região Sul”: na região Sul na questão de homicídios, o Paraná tem um número mais acentuado e mostrando, portanto, que com relação a homicídios, o Estado do Sul mais tranquilo apenas citando por comparação, é Santa Catarina.

Nessa comparação, os suicídios, que é outra forma de violência, porque as pessoas se suicidam. Eu me lembro que uma região que visitei aqui, encontrei um número elevado de suicídios.

Então, verificamos que no Estado, com relação a esse campo, você começa a ver que a questão do Estado do Rio Grande do Sul tem número maior comparado com o Paraná e comparado com Santa Catarina. Esse é um assunto de uma violência pessoal que preocupa em algumas regiões e preocupa no mundo desenvolvido. E nós estamos vendo isto, sempre vendo isto, coeficientes com questão de cem mil habitantes.

Portanto, é numa coletividade que está sendo examinado esse ponto.

“O coeficiente de mortalidade por causas externas, segundo tipo de agravo no Paraná”: demonstra uma queda, e se formos olhar esta queda, ela acontece principalmente no Paraná com relação a acidentes de trânsito, a partir de 98. Em 95 tinha 32 por 100 mil habitantes; em 98, 29; 28 em 99; 25 em 2000, e 24 em 2001. E aí nós encontramos que foi a legislação que ajudou isto, porque foi uma legislação estudada, e se vocês lerem o Código de Trânsito Brasileiro, é um código pela vida - em cada artigo ele pensa na vida. Fiz um estudo rápido dele, a grande maioria pensa na vida das pessoas e ele teve um impacto na sociedade, porque este assunto passou a ser bastante discutido, teve uma elevação, depois nova queda e as cidades começaram realmente a se preocupar, e é onde está a nossa maior queda.

Suicídio praticamente se manteve, acidente de trânsito que foi onde caiu e outros ele também teve uma queda. No total das causas externas houve alguma queda, mas principalmente foi devido a uma política de ação, tanto do Legislativo como do Executivo e da população, quer dizer, uma conscientização. É mais fácil conscientizar a população a usar um cinto de segurança do que com relação a outro tipo de violência.

“A distribuição dos atos por causas externas, conforme faixa etária e sexo”: praticamente é cinco por um a proporção entre homem e mulher e dos homens estavam na faixa de 10 a 49 anos, quando pegamos o contexto geral. Portanto, sabemos até qual é o nosso público alvo.

“Coeficiente de mortalidade por causas externas, conforme sexo e faixa etária”: fica clara essa evidência do sexo masculino que é o que está em azul claro, mas se você olhar as causas externas lá na ponta direita, na questão de oitenta e mais anos, praticamente se iguala, e lá nós vamos encontrar outras causas externas que é violência, mas às vezes é uma violência sem querer, que é a violência doméstica, da sua casa não adequada e que você vai encontrar uma série de fraturas do fêmur, da especialidade que eu vejo, que são causas na maioria das vezes perfeitamente evitáveis, que é a questão de tratarmos o idoso de modo mais adequado.

Existem problemas nele, mas você vê que é um número grande de causas externas nessa idade, mas dos setenta aos setenta e nove anos - sempre imaginando que nós estamos constando com a população dos cem mil habitantes de idosos e portanto às vezes o número absoluto é maior na faixa dos dez aos quarenta e nove anos, mas se você pegar a faixa etária você tem comportamentos diferentes. Logicamente um homicídio numa cidade de quatro mil e quinhentos habitantes é uma proporção muito grande, quando na verdade não o é.

“Coeficiente de mortalidade por acidente de trânsito”: e aí você vê a mesma coisa - a mortalidade - quem é que se atropela? Quem é que é mais facilmente atropelado? Você vê essa colocação e que por acidente de trânsito

sito você encontra a maior faixa etária depois dos setenta anos de idade, onde chama a atenção - nos vinte a vinte e nove, claramente, dos trinta aos trinta e nove, mas chama atenção a questão das pessoas, do respeito às pessoas.

Com relação aos homicídios por cem mil habitantes - e aí realmente não há dúvida e que a faixa está entre os vinte e vinte e nove anos, é o jovem agressivo, o jovem que se corrompe, o jovem que de alguma maneira está envolvido na ação interpessoal. E aí o que chama a atenção, num trabalho feito pela Universidade Federal do Paraná, no Instituto Médico Legal, a grande maioria dos mortos examinados no Instituto Médico Legal era de jovens, a maioria deles tinha álcool no sangue acima das dosagens permitidas e a maioria deles não foi no roubo, no banditismo, foi na inter-relação pessoal mesmo - eram pessoas conhecidas, eram pessoas que de uma forma ou de outra fizeram agressão e que os estudantes de medicina da época levantaram assim - demonstrou claramente que nenhuma dessas pessoas precisava estar usando armas, que é uma discussão que se passa na Câmara Federal também, de ter ou não ter arma.

“Coeficiente de mortalidade por suicídio por cem mil habitantes”: isso que chamou a atenção no nosso estado - se olharem esse gráfico começam a verificar que vai aumentando a partir dos 20 anos, mas com uma faixa importante dos 15 aos 19 anos, que vai aumentando e pegando novamente as pessoas de mais idade. O que está acontecendo? Será que foi o desespero por não poder continuar com a vida? O que levou essas pessoas a isso? Temos estudos claros, portanto, nós da área de saúde temos perspectivas grandes de trabalhar essas populações, essas cidades, para que se possa ter um diagnóstico melhor e ações mais efetivas.

“A crescente mortalidade por causas externas nos municípios do Estado”: aí, você vê a questão mais claramente. Não fica muito claro, mas os mais escuros seriam acima de 100 mortos por 100 mil habitantes. Os que estão um pouquinho mais claros, pouquinho mais escuros também, a não ser os bem escuros, que seriam em vermelho no meu mapa, demonstram que temos uma faixa de causas externas em volta da Região Metropolitana - aquele amarelinho, bem ao lado do litoral, corresponde a toda a Região Metropolitana e o amarelinho corresponde a Curitiba. Em Curitiba você tem menos índice, mas se você pegar a Região Metropolitana, a coisa se complica. Depois, na faixa do centro, em direção ao Oeste, em vermelho, a ponta, aqui, é Foz do Iguaçu, você pega essa área que corresponde desde Guarapuava até a ponta e que desce na Região Oeste com relação à Região Sul, demonstrando essa faixa.

O Nereu, que é da área de epidemiologia, que trabalhou nesse processo também, disse: “puxa vida, esse mapa é mais ou menos parecido com o mapa da mortalidade infantil no Estado, onde temos algumas regiões mais complicadas - exatamente mais ou menos correspondente. Será tudo isso a qualidade de vida ou alguma coisa?

Os nossos índices de mortalidade infantil estão em 19 em todo o Estado, por mil nascidos vivos - o que eleva o nosso número correspondente mais ou menos nessa região. O coeficiente de mortalidade por causas externas, por cem mil habitantes, nos 20 municípios mais populosos - fica difícil você trabalhar nesses últimos dias, nessas últimas semanas, pela comissão, onde várias pessoas trabalharam, que fazem que eu possa dar esses dados com mais clareza: a Carminha, a Karen, a Delegacia da Mulher e outros, que puderam me proporcionar rapidamente esses dados, para essa reunião de hoje. Mas temos algumas cidades que chamam a atenção por causas externas. Você vê que na ponta de cá é Foz do Iguaçu, uma zona de fronteira; Piraquara que fica aqui do lado e, talvez, seja por causa do presídio e depois vai diminuindo, você tem a média do Paraná que é de 69,38, depois, você tem as cidades que estão mais tranquilas. As melhores são Maringá e Arapongas, que são vizinhas e Umuarama que estão na mesma região, Toledo, no Oeste, Curitiba, Apucarana e Amélia do Paraná. Temos elevação, mas você vê que tem uma queda com elevação mais alta nessas duas primeiras cidades, que deve ser discutida, vista e ver como se pode agir.

“Quociente de mortalidade por acidente de trânsito”: se você olhar acidente de trânsito, você vê que naquela faixa do Oeste, mais na região Sul, que é a faixa um pouco mais escura, continua complicado. Ao redor de Curitiba e Região Metropolitana também um pouco, fica um pouco mais espalhado. Ao encontrarmos as regiões mais complicadas, verificamos que a cidade que tinha o maior número de acidentes de trânsito, 35, 53 por cem mil habitantes, foi Cambé - o nosso diretor de epidemiologia está preocupado, porque é originário de lá. Ele vai ter que estudar bem a sua cidade. Cascavel, que fica bem no centro do Estado, mais para o lado Oeste e Amélia do Paraná, 24, 78 e vai caindo. Ficam aqui algumas cidades: Londrina que está abaixo, Maringá, novamente, Umuarama, Curitiba, Colombo, Pinhais e Almirante Tamandaré, que são áreas que o trânsito é praticamente reduzido.

“Quociente de mortalidade por homicídio”: novamente temos aquela faixa do Oeste para o Sul - é um L invertido -, temos uma área onde os homicídios são mais frequentes. Você identifica Foz do Iguaçu e Piraquara como cidades preocupantes dentro do nosso sistema. Uma queda, depois, para Almirante Tamandaré, que são dados de 2001, recentes. Houve uma série de crimes que estão sendo investigados pela polícia, que provavelmente devem ter aumentado a taxa daquela cidade, por razões, eventualmente, de drogas, que tem uma zona complicada, depois as demais cidades com uma queda de homicídios, com o Paraná em 20 e abaixo de 20 estão São José dos Pinhais, Campo Largo, Paranaguá, Umuarama, Toledo. Paranaguá é uma zona portuária, que normalmente teria no passado, um número maior. Maringá e Arapongas são cidades com melhor qualidade de vida e proteção nessas áreas.

Então, vemos que temos detalhes e temos informações na saúde, e por isso da importância de que a Saúde tem que sentar à mesa junto com a Segurança, com o Detran, com as delegacias, junto com o juizado que julga essas causas, no sentido de estabelecer ações que possam minorar essa mortalidade que aí existe. As outras fontes também nos mostram alguns dados: o Siate que é um Sistema Integrado de Atenção ao Trauma e Emergência, que é o nosso pré-hospitalar com relação ao trauma, há um aumento no acidente de trânsito de uma maneira geral no Estado, só não estão incluídos aqui o Siate de ponta Grossa, que não nos deu os dados de 2001, foi excluído portanto; mas vieram dados das cidades principais: Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Cascavel, Curitiba, São José dos Pinhais e cidades maiores; o número de agressões aumentou e outras ocorrências não tanto, houve uma situação de 99 para 2000 em que aumentou a violência interpessoal, e aumentou alguma coisa de acidente de trânsito, mas variando de local para local, mas no cômputo geral houve uma diminuição nos últimos cinco anos.

Outras fontes de informações da Segurança Pública: os homicídios dolosos aumentaram um pouco: 1846, que corresponde na verdade grande parte dos acidentes de trânsito. Ninguém sai na rua para atropelar; e os culposos houve uma certa diminuição; as lesões corporais dolosas aumentaram também um pouco e os seqüestros aumentaram de 48 para 109 em nosso estado, de 98 para 2001.

“Crimes contras o patrimônio”: roubo a Banco, diminuíram no Estado; o roubo de uma maneira geral aumentou no sentido apenas do latrocínio, do roubo, e o latrocínio seguido de morte também teve um aumento.

Nós tivemos na questão do estupro: tivemos 739 em 98 e 804 em 2001; no tráfico de drogas houve um aumento; posse e uso de drogas também houve um aumento. Quanto mais procuramos o diagnóstico, sempre encontramos um número maior.

Estaremos assinando amanhã, junto ao secretário da segurança, no Canal da Música, o convênio com relação ao Instituto Médico Legal e a Secretaria de Segurança Pública e os hospitais, de tal modo que pelo menos, na questão do estupro, o atendimento, talvez não a reparação, mas o atendimento será feito - como já se faz em outros Estados, como Santa Catarina - no hospital, de tal modo que o perito vá ao hospital, diminuindo sobremaneira o constrangimento, e portanto havendo isso e com a medicação a ser utilizada, provavelmente acreditamos até que esse dados devem aumentar, porque quando você dá tranquilidade, dá sossego às pessoas - e quem já foi ao Médico Legal para algum tipo de exame, verificou que não é o lugar de você fazer realmente o exame, principalmente nessa situação, outros exames sim, mas a situação do constrangimento, da mulher violentada não é possível e nós temos que ver, e a nossa Secretaria da Segurança, o Instituto de Médico Legal, e a Delegacia da Mulher e a própria delegacia, nós estivemos junto com o

Dr. Leonyl que está presente, que é o Chefe da Delegacia da Polícia Civil, mostrando que isso é possível, pelo menos o atendimento, que é nossa função.

Melhoria na qualidade da assistência, que esse é o nosso papel na área da saúde, pré-hospitalar e hospitalar, uma rede integrada de atenção -urgência e emergência - em todo o Estado, estamos desenvolvendo e fazendo com que isso aconteça, que possa haver uma rede integrada, e nós vivemos em rede, tudo é em rede, e para a questão do humanismo do atendimento também, essa questão das mulheres que sofrem violência, mas de maneira geral nos pronto socorros ter uma questão de humanismo. A pessoa vai ao hospital não sabe por quem vai ser atendida, sempre será um médico estranho, por acaso será um médico conhecido, e esta questão do amparo é extremamente importante.

Mas estamos desenvolvendo hoje uma melhoria na qualidade do diagnóstico e orientando as intervenções. Hipervisar as ações inter-Setoriais voltadas para promoção da vida saudável e prevenção da violência que é o nosso trabalho e espero, sinceramente, nós que temos trabalhado na urgência e emergência há muitos anos, que saiam para discussão e saiam dos fóruns, dos seminários. Muitos profissionais têm dito estarem cansados de fóruns, de seminários. E, provavelmente, estamos aqui: com o Conselho Nacional de Saúde, com a Câmara Federal e com a Assembléia Legislativa o poder e a possibilidade de tornar em ações possíveis para promover a saúde e evitar a violência. A vida já não é tão fácil na relação humana, a vida não é tão fácil e sempre será um tanto difícil para que tenhamos o nosso sustento. Mas, pelo menos, as agressões e as violências têm que chegar a níveis suportáveis. Não a níveis insuportáveis como temos.

Era essa a minha apresentação. Uma solução seria resolver a questão do álcool, do controle. Se tivéssemos o controle efetivo do álcool, porque na violência interpessoal ele está presente. Num trabalho realizado aqui em Curitiba, 60% das pessoas em trânsito, tinham algum tipo de álcool no sangue. Não em dosagens impeditivas, mas 30% tinham dosagens impeditivas aqueles que visitaram nossos hospitais.

Muito obrigado pela atenção.

O SR. PRESIDENTE (Algaci Tulio)

Obrigado, Dr. Sobânia.

Concedo a palavra ao Dr. José Cândido da Silva, secretário de Estado da Saúde de Santa Catarina.

O SR. JOSÉ CÂNDIDO DA SILVA

Bom dia a todos.

Secretário Sobânia, autoridades judiciárias, policiais presentes, autoridades da área da saúde, fóruns populares, membros do Conselho Nacional e Conselho Estadual de Saúde, meus companheiros de trabalho. A nossa apresentação, e ela se repete em grande parte

àquilo que o Dr. Sobânia falou, com alguns detalhes diferenciados de Santa Catarina.

Vimos aqui, para apresentar os dados e defender uma sistematização da coleta das estatísticas, precisamos ter dados fidedignos para podermos planejar bem. Há uma falta de sintonia entre os diversos órgãos: área da saúde com área da segurança, área da segurança dividida entre a Polícia Militar e a Civil, a área da educação. Acho que nós, nesta cadeia, estamos na ponta final de pagar a conta. O setor saúde paga a conta desse desastre, desse desatino que existe hoje na sociedade brasileira. Falta de educação, falta de segurança, falta de muitas coisas leva a essas questões que hoje lotam os nossos hospitais, as nossas emergências e cada vez mais o custo da saúde é maior.

(Lê): “Os acidentes e violências passaram a figurar, no início da década de 90, como a segunda causa de óbito no Brasil, ficando atrás somente das doenças do aparelho circulatório.

Além do significativo números de mortes, os acidentes e violências são responsáveis por uma perda social e econômica, caracterizada por enormes quantidades de seqüelas, gastos hospitalares e previdenciários e desintegração familiar provocada pela morte de vítimas, na sua maioria em idade produtiva.

Apesar de não dispormos de dados precisos sobre o impacto destas causas na morbidade da população, estimam-se índices 200 a 400 vezes maiores do que o número de mortes, demonstrando que, por sua magnitude, vulnerabilidade e transcendência social, este é um problema de saúde pública que precisa ser enfrentado através de políticas intersetoriais que contribuam para a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

A análise das informações geradas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, hoje a principal fonte de informações sobre acidentes e violências, abre a possibilidade de construir um diagnóstico do problema, que auxilie na definição dessas políticas e aponte para ações que possam melhorar a qualidade das informações relativas ao tema, através da adequação e do aprimoramento das bases de dados existentes.

Este trabalho tem por objetivo destacar alguns aspectos da mortalidade por causa externas em Santa Catarina, de maneira a fornecer subsídios para o enfrentamento do problema.

Tendo em vista a constituição de um grupo de trabalho que deverá estar delineando as estratégias do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito, esse grupamento será analisado mais detalhadamente.

1 - A comparabilidade dos dados sobre mortes violentos no Brasil

Com o objetivo de situar Santa Catarina no panorama nacional, e considerando que 1999 é o último ano para o qual estão disponíveis para tabulação dados que permitam a comparação da magnitude do problema com

outros Estados e com o Brasil, apresentamos, nas tabelas 1 e 2, a mortalidade proporcional (%) e os riscos por

100.000 habitantes para os grupamentos incluídos no capítulo das causas externas.

Tabela 1 - Mortalidade Proporcional (%), segundo principais grupamentos de causas externas, Estados selecionados e Brasil, 1999

Grupamentos	Acidentes de Transporte	Suicídios	Homicídios	Eventos de intenção é indeterminada	Todas as outras causas externas	Total
Rio de Janeiro	15,8	2,1	47,7	18,1	16,3	100,0
São Paulo	22,1	4,5	46,2	6,5	20,7	100,0
Paraná	39,8	9,0	25,7	4,6	20,9	100,0
Rio Grande do Sul	29,1	17,0	23,8	8,7	21,3	100,0
Santa Catarina	46,8	11,8	11,5	3,9	26,0	100,0
Brasil	25,8	5,6	36,7	9,2	22,7	100,0

Tabela 2 - Coeficientes de Mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo principais grupamentos de causas externas, Estados selecionados e Brasil, 1999

Estados	Acidentes de Transporte	Suicídios	Homicídios	Eventos de intenção é indeterminada	Todas as outras causas externas	Total
Rio de Janeiro	17,4	2,3	52,5	20,0	17,9	110,1
São Paulo	21,1	4,3	44,0	6,2	19,7	95,2
Paraná	28,1	6,0	18,2	3,3	14,8	70,7
Rio Grande do Sul	18,8	11,0	15,3	5,6	13,7	64,4
Santa Catarina	30,0	7,6	7,4	2,5	16,6	64,1
Brasil	18,4	4,0	26,2	6,6	16,2	71,3

Fonte: SIM (Datasus)/IBGE

A tabela 1 mostra que os acidentes de transporte em Santa Catarina aparecem com uma importância relativa muito superior que na média do país e que em todos os outros Estados.

O coeficiente de mortalidade por acidente de transporte (tabela 2) também apresenta-se em nível bastante superior, mostrando o risco de morrer por esta causa em Santa Catarina é 1,6 vezes maior em nosso Estado que na média do Brasil.

Uma primeira explicação para esse diferencial, está relacionada com a quantidade de óbitos por causas externas incluídos na categoria “eventos de intenção indeterminada”. Enquanto no Brasil como um todo esta categoria representa 9,2% das mortes violentas, chegando a 18,1% no Rio de Janeiro, em Santa Catarina o grupo-

mento responde apenas por 3,9% destes óbitos. Isso ocorre porque o Serviço de Mortalidade de Santa Catarina, preocupado em melhorar a qualidade das informações registradas pelos médicos legistas nas declarações de óbito, utiliza notícias de jornal como fonte alternativa de dados sobre estas mortes, conseguindo elucidar a maioria dos casos em que originalmente não havia sido informada a “circunstância do acidente ou da violência que produz a lesão fatal”, além de permitir obter uma melhor especificação dessas mortes, como detalhamento do ocorrido, o que é fundamental para a elaboração do perfil da mortalidade com vistas ao planejamento de ações visando a redução das mortes violentas.

Se, por um lado, o trabalho de obtenção de informações complementares sobre mortes violentas, melhora

sensivelmente a qualidade das nossas estatísticas, por outro ele dificulta as comparações. Uma maneira de tentar contornar esse problema de forma a permitir a comparabilidade dos indicadores, é redistribuir, proporcionalmente, os óbitos incluídos no grupamento “eventos de intenção indeterminada” pelos outros grupa-

mentos, antes de calcular os riscos de morte específicos para cada grupo de causa.

A tabela 3, apresenta os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes corrigidos com a redistribuição dos óbitos de intenção indeterminada.

Tabela 3 - Coeficientes de Mortalidade Corrigidos (por 100.000 habitantes), por grupamentos de causas externas, Estados selecionados e Brasil, 1999

Grupamentos	Acidentes de Transporte	Suicídios	Homicídios	Todas as outras causas externas
Rio de Janeiro	21,3	2,8	64,2	21,9
São Paulo	22,5	4,6	47,0	21,0
Paraná	29,5	6,7	19,1	15,5
Rio Grande do Sul	20,6	12,0	16,8	15,0
Santa Catarina	31,2	7,9	7,7	17,3
Brasil	20,2	4,4	28,8	17,8

Mesmo com a redistribuição, os dados mostram que o perfil das mortes violentas em Santa Catarina é bastante atípico. Santa Catarina continua com o maior coeficiente de mortalidade por acidentes de transporte.

O risco de morrer por homicídio no Estado é quase quatro vezes menor que o da média nacional e mais de oito vezes menor que o observado no Rio de Janeiro, mesmo quando comparamos nossa mortalidade por homicídios com a dos Estados vizinhos (Paraná e Rio

Grande do Sul), ela aparece num patamar bastante inferior, mostrando que Santa Catarina ainda é um Estado pouco violento.

Por outro lado, o risco de suicídios no Estado é quase o dobro do verificado no País. Entre os Estados analisados, somente o Rio Grande do Sul apresenta um coeficiente de mortalidade por suicídio maior que o de Santa Catarina, mas apenas aqui o risco de suicídio chega a superar o de homicídio.

A figura 1 permite visualizar os riscos dos Estados analisados, após a correção com a redistribuição dos óbitos por causas violentas indeterminadas.

FIGURA 01

2 - O Perfil da Mortalidade por Causas Externas em Santa Catarina

Utilizando os dados processados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade referentes ao ano de 2001, apresentamos, a seguir, um perfil da mortalidade por causas externas em Santa Catarina.

A figura 2 mostra que o grupo das causas externas (acidentes e violências) aparece em terceiro lugar na ordenação das causas de morte em Santa Catarina, no ano de 2001, representando 13,7% do total das causas definidas.

FIGURA 02

A análise da participação percentual de cada um dos grupamentos incluídos no grupo das causas externas (tabela 4 e figura 3) mostra que os acidentes de transporte

responderam por quase a metade destes óbitos (46,5%) em 2001.

Tabela 4 - Principais Grupamentos de causas externas, Santa Catarina, 2001

Grupamentos	Nº	%
Acidentes de transporte	1553	46,5

Tabela 4 - Principais Grupamentos de causas externas, Santa Catarina, 2001

Suicídios	451	13,5
Homicídios	451	13,5
Eventos de intenção é indeterminada	52	1,6
Todas as causas externas	831	24,9
TOTAL	3338	100,0
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM		

FIGURA 03

2.1 - Acidentes de Transporte

Tomando como referência o ano de 1996, observa-se uma queda no número de acidentes de transporte ocorridos em Santa Catarina (figura 4), mas a

partir de 1998 parece estar ocorrendo uma pequena reversão na curva.

FIGURA 04

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, centra a lógica dos grupamentos dos acidentes de transporte de acordo com a vítima, como mostra a tabela 5.

Excluídos os acidentes de transporte de veículo não especificado, as principais vítimas foram ocupantes

de automóveis que responderam por um terço do total dos acidentes.

Os atropelamentos aparecem em segundo lugar, com 30,4% dos acidentes de transporte.

Tabela 5 - Mortalidade por Acidentes de Transporte, segundo grupos de vítimas, Santa Catarina - 2001

Grupos de Vítimas	Óbitos	%
-------------------	--------	---

**Tabela 5 - Mortalidade por Acidentes de Transporte, segundo grupos de vítimas,
Santa Catarina - 2001**

Ocupante automóvel	395	32,8
Pedestre	366	30,4
Motociclista	231	19,2
Ocupante caminhão, caminhonete, ônibus e outros pesados	85	7,1
Outros acidentes de transporte	28	2,3
Sub-total	1204	100,0
Acidentes de trans veículo não especificado	349	22,5
TOTAL	3338	100,0
Fonte: SIM		

A tabela 6 e figura 5 permitem identificar as faixas etárias mais vulneráveis aos atropelamentos.

A faixa etária mais atingida foi a de 30 a 49 anos, compreendendo mais de um terço dos óbitos, mas os

menores de 20 anos e os idosos, juntos, representaram aproximadamente 40% dos atropelamentos, sugerindo a necessidade de concentrar ações para esse grupo de risco.

**Tabela 6 - Mortalidade por Atropelamentos, segundo faixas etárias,
Santa Catarina - 2001**

Faixa etária	Óbitos	%
< 10	30	8,2
10-19	40	10,9
20-29	53	14,5
30-39	67	18,3
40-49	62	16,9
50-59	37	10,1
60-69	38	10,4
70-79	32	8,7
80 e +	7	1,9
TOTAL	366	100,0
Fonte: SIM		

FIGURA 05

Em relação às vítimas de acidentes envolvendo motociclistas, 94% era do sexo masculino e quase 70%

destes óbitos estavam concentrados na faixa etária de 20 a 39 anos, e pode ser observado na figura 5.

FIGURA 06

Finalmente, com o objetivo de identificar as áreas de maior risco de morte por acidentes de transporte, apresentamos os coeficientes de mortalidade por esta causa nas oito macrorregiões de saúde do Estado. A macrorregião da Grande Florianópolis apresenta o maior coeficiente de mor-

talidade por acidentes de transporte (33,8 por 100.000 habitantes) ficando bem acima da média do Estado que neste ano foi de 27,6 por 100.000. Todas as outras regiões litorâneas também apresentam coeficientes superiores à média.

FIGURA 07

O documento que apresenta o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, elaborado pelo Ministério da Saúde, prevê treinamentos e sensibilizações destinadas a técnicos de saúde, sindicalistas, profissionais da mídia, entre outros, e estabelece que os recursos destinados ao desenvolvimento destas ações serão prioritariamente dirigidos a municípios com mais de 100.000 habitantes, de forma a permitir maior cobertura da população alvo.

Apesar de ficar explícito na primeira etapa do projeto serão beneficiados apenas dois municípios catarinenses. Incluímos, na tabela 7, os dados referentes aos 10 municípios com população superior ao estipulado.

Os maiores coeficientes são os dos municípios de Palhoça, Jaraguá do Sul e Itajaí. Os municípios de Chapecó e Lages são os únicos que não estão situados em regiões litorâneas.

Tabela 7 - Coeficientes de Mortalidade por Acidentes de Transporte (por 100.000 habitantes), 10 maiores municípios de Santa Catarina - 2001

Municípios	Óbitos	População	Coeficiente
1 - Joinville	119	446.064	26,7
2 - Florianópolis	76	352.401	21,6
3 - Blumenau	58	267.580	21,7
4 - São José	55	177.775	30,9
5 - Criciúma	42	173.269	24,9
6 - Lages	26	158.681	16,4
7 - Chapecó	39	151.153	25,8
8 - Itajaí	50	150.804	33,2
9 - Jaraguá do Sul	41	112.245	36,5
10 - Palhoça	47	106.875	44,0
TOTAL	553	2.096.847	26,4
Fonte: SIM/IBGE			

2.2 - Homicídios e Suicídios

Tanto homicídios como suicídios têm mostrado tendência ascendente nos últimos cinco anos (figura 6).

*** FIGURA 08 ***

Em 2001, o número de homicídios e suicídios ocorridos em Santa Catarina, foi exatamente o mesmo, tendo as duas causas uma importância relativa muito maior entre os homens do que entre as mulheres. Do total dos homicídios, 84,3% ocorreu no sexo masculino.

Este percentual sobe para 86,9 quando se analisa os suicídios.

A figura 7 mostra a distribuição percentual dos suicídios e homicídios segundo faixas etárias. Os mais jovens estão mais expostos ao risco de morte por homicí-

dio: três quartos das vítimas tinham menos de 40 anos, sendo 12,7% menores de 20 anos. Já os suicídios tem

maior importância relativa entre os maiores de 40 anos, que concentram mais da metade (56,6%) destes óbitos.

*

**** FIGURA 09 ****

Os óbitos por suicídios e homicídios também podem ser analisados segundo os meios utilizados para provocar o evento (figuras 8 e 9).

Os homicídios por arma de fogo são os mais frequentes, representando 59% do total. Em segundo lugar aparecem os homicídios por instrumentos cortantes e penetrantes, que correspondem a 12%.

O enforcamento é o meio pelo qual mais catarinenses tiram sua própria vida, respondendo por 71,2% dos meios especificados. Em seguida, com 17,1% aparecem as armas de fogo. Com uma importância bem menor, aparecem as auto-intoxicações por medicamentos e drogas, por pesticidas, gases e vapores e os afogamentos, representando, respectivamente, 3,4%, 2,2% e 2% do total de suicídios.

***** FIGURA 10 *****

***** FIGURA 11 *****

A tabela 8 apresenta os coeficientes da mortalidade por homicídios e suicídios segundo as oito macrorregião. Nas macrorregiões da Grande Florianópolis e Meio Oeste, que apresentam os maiores

coeficientes de mortalidade por homicídios, o risco de morrer assassinado é 2,5 vezes maior do que na macrorregião do Sul catarinense, com menor coeficiente.

Tabela 8 - Coeficientes de Mortalidade por homicídios e suicídios, segundo macrorregiões de saúde, Santa Catarina, 2001.

Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes)

Macrorregiões de Saúde	Homicídios	Suicídios
Florianópolis	12,6	6,5
Meio Oeste	11,4	9,7
Planalto Norte	9,2	6,9
Lages	9,1	12,9
Extremo Oeste	8,1	10,9
Nordeste	7,4	8,0
Vale do Itajaí	7,3	8,2
Sul	4,8	7,7
Total	8,4	8,6
Fonte: SIM		

A incidência de suicídios, por outro lado, apresenta-se muito superior a média do Estado nas macror-

regiões do Planalto Serrano, extremo Oeste e Meio Oeste.

*** FIGURA 12 ***

*** FIGURA 13 ***

2.3 - Afogamentos

Além dos acidentes de transporte, merecem destaque como causa de óbito entre os acidentes, os afogamentos, que representam 7% das mortes violentas no estado ocorridas durante o ano de 2001.

De um total de 233 óbitos por afogamentos, 206 (88,4%) foram de homens e 38% deles eram menores de 20 anos, o que permite identificar o grupo de maior risco.

A tabela 9 e a figura 7 permitem visualizar melhor esses grupos de risco.

Tabela 9 - Distribuição Percentual dos Óbitos por Afogamentos, segundo faixas etárias, Santa Catarina, 2001

Faixa Etária	Frequência	%
< 10	33	14,2
10-19	55	23,7
20-29	41	17,7
30-39	36	15,5
40-49	28	12,1
50-59	15	6,5
60-69	18	7,8
70-79	6	2,6
Total	232	100,0

Fonte: SIM

***** FIGURA 14 *****

A figura 8 mostra o comportamento da incidência de afogamentos durante o ano de 2001, mostrando um

aumento no número de óbitos por esta causa nos meses de verão, com o pico sendo atingido no mês de fevereiro.

***** FIGURA 15 *****

Os coeficientes de mortalidade por macrorregião de saúde de residência estão apresentados na

tabela 9.

Tabela 9 - Coeficiente de Mortalidade por Afogamento, segundo macrorregião de residência, Santa Catarina, 2001.

Macrorregião de Saúde	Coeficiente por 100.000 habitantes
Planalto Serrano	8,0
Florianópolis	5,2
Meio Oeste	4,8
Vale do Itajaí	4,1

Tabela 9 - Coeficiente de Mortalidade por Afogamento, segundo macrorregião de residência, Santa Catarina, 2001.

Planalto Norte	4,1
Sul	3,7
Nordeste	3,4
Extremo Oeste	2,3
Total	4,1
Fonte: SIM	

O maior coeficiente de mortalidade por afogamento foi observado na macrorregião de saúde do Planalto Serrano. É importante ressaltar que somente dois dos 21 óbitos por afogamento de residentes nesta macrorregião ocorreram em outras macrorregiões (Grande Florianópolis e Vale do Itajaí), demonstrando que a área é mesmo de risco para este tipo de acidente.

Em segundo lugar aparecem as regionais da Grande Florianópolis, Meio Oeste, Vale do Itajaí e Planalto Norte.

Secretaria de Estado da Saúde

Santa Catarina

Violência Urbana e Segurança Pública

Seminário da Região Sul

Sistema de Informações sobre Mortalidade: possibilidade e situações de uso ou diagnóstico da situação da violência.

Objetivo Geral

Demonstrar limitações e possibilidades de análise do Sistema de Informações sobre Mortalidade na construção de diagnósticos situacionais da violência urbana.

Objetivos Específicos:

- apontar limitações do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, que afetam a comparabilidade dos dados sobre mortes violentas;

- sugerir alternativas de correção dos dados para comparar os riscos de mortes violentas;

- apresentar o perfil das mortes violentas no Estado de Santa Catarina.

Vantagens do uso do SIM na construção de diagnósticos situacionais da violência urbana:

- principal fonte de informações sobre acidentes e violências disponível;

- tem abrangência nacional;

- permite o cruzamento de variáveis importantes para a definição dos tipos de violência mais frequentes, grupos de maior risco e áreas prioritárias (causa do óbito, sexo, idade, ocupação, escolaridade da vítima, município de residência e ocorrência, etc);

- possibilita a avaliação das ações preventivas implementadas, através da análise da tendência da mortalidade ao longo do tempo;

- fornece pistas para a adequação e a construção de novas bases de dados mais adequados a compreensão do problema.

Limitações do uso do SIM na construção de diagnósticos situacionais da violência urbana:

- cobertura restrita aos eventos que ocasionaram a morte do indivíduo, a ponta de um iceberg;

- sub-registro de óbito;

- insuficiência de variáveis necessárias a compreensão do problema na declaração de óbito;

- preenchimento incorreto/incompleto da causa básica do óbito e de outras variáveis importantes para a análise;

- erros de codificação/digitação do documento..

Mortalidade Proporcional (%) e Coeficientes de Mortalidade

Estados Selecionados e Brasil, 1999 (dados sem correção)

Mortalidade Proporcional (%)

Grupamentos	Acidentes de Transporte	Suicídios	Homicídios	Eventos de intenção é indeterminada	Todas as outras causas externas	Total
Rio de Janeiro	15,8	2,1	47,7	18,1	16,3	100,0

**Mortalidade Proporcional (%) e Coeficientes de Mortalidade
Estados Seleccionados e Brasil, 1999 (dados sem correção)
Mortalidade Proporcional (%)**

São Paulo	22,1	4,5	46,2	6,5	20,7	100,0
Paraná	39,8	9,0	25,7	4,6	20,9	100,0
Rio Grande do Sul	29,1	17,0	23,8	8,7	21,3	100,0
Santa Catarina	46,8	11,8	11,5	3,9	26,0	100,0
Brasil	25,8	5,6	36,7	9,2	22,7	100,0

Coeficientes de Mortalidade (por 100.000 habitantes)

Estados	Acidentes de Transporte	Suicídios	Homicídios	Eventos de intenção é indeterminada	Todas as outras causas externas	Total
Rio de Janeiro	17,4	2,3	52,5	20,0	17,9	110,1
São Paulo	21,1	4,3	44,0	6,2	19,7	95,2
Paraná	28,1	6,0	18,2	3,3	14,8	70,7
Rio Grande do Sul	18,8	11,0	15,3	5,6	13,7	64,4
Santa Catarina	30,0	7,6	7,4	2,5	16,6	64,1
Brasil	18,4	4,0	26,2	6,6	16,2	71,3

Fonte: SIM (Datasus)/IBGE

Mortes por eventos de intenção indeterminada

Quase 10% das mortes violentas no Brasil são incluídas neste grupo, indicando a necessidade de treinamento dos médicos legistas para o preenchimento correto e detalhado sobre as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal;

esse percentual varia muito em cada Estado, chegando a atingir quase um quinto das mortes violentas no

Rio de Janeiro, o que dificulta a comparabilidade dos riscos por agravos específicos, exigindo que as análises sejam feitas somente com a utilização de técnicas estatísticas de correção dos dados;

Santa Catarina apresenta a menor percentagem de mortes violentas de intenção indeterminada porque utiliza notícias de jornais como fonte complementar alternativa para melhorar a qualidade das informações registradas nas Declarações de Óbito.

**Coeficientes de Mortalidade Corrigidos (redistribuição proporcional dos eventos de intenção indeterminada)
Estados seleccionados e Brasil, 1999**

Grupamentos	Acidentes de transporte	Suicídios	Homicídios	Todas as outras causas externas
Rio de Janeiro	21,3	2,8	64,2	21,9
São Paulo	22,5	4,6	47,0	21,0
Paraná	29,5	6,7	19,1	15,5
Rio Grande do Sul	20,6	12,0	16,8	15,0
Santa Catarina	31,2	7,9	7,7	17,3
Brasil	20,2	4,4	28,8	17,8

***** FIGURA 16 *****

***** FIGURA 17 *****

O perfil das mortes violentas em Santa Catarina, 2001

*** FIGURA 18 ***

*** FIGURA 19 ***

***** FIGURA 20 *****

***** FIGURA 21 *****

***** FIGURA 22 *****

***** FIGURA 23 *****

***** FIGURA 24 *****

***** FIGURA 25 *****

**Coefficientes de Mortalidade por Acidente de Transporte (por 100.000 habitantes),
10 maiores municípios de Santa Catarina, 2001**

Municípios	Óbitos	População	Coefficiente
1 - Joinville	119	446.064	26,7
2 - Florianópolis	76	352.401	21,6
3 - Blumenau	58	267.580	21,7
4 - São José	55	177.775	30,9
5 - Criciúma	42	173.269	24,2
6 - Lajes	26	158.681	16,4
7 - Chapecó	39	151.153	25,8
8 - Itajaí	50	150.804	33,2
9 - Jaraguá do Sul	41	112.245	36,5
10- Palhoça	47	106.875	44,0
TOTAL	553	2.096.847	26,4

*** FIGURA 26 ***

*** FIGURA 27 ***

FIGURA 28

*** FIGURA 29 ***

*** FIGURA 30 ***

*** FIGURA 31 ***

*** FIGURA 32 ***

*** FIGURA 33 ***

*** FIGURA 34 ***

*** FIGURA 35 ***

Conclusão

O uso efetivo das informações geradas pelo SIM, além de fornecer subsídios para a definição de políticas que visem reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências, permite identificar limitações do sistema, contribuindo para melhorar a qualidade dos dados processados e apontar lacunas que orientem a adequação das bases de dados existentes e a criação de outras que possibilitem uma melhor compreensão do problema.

Considerações Finais

Um dos argumentos utilizados para a pequena quantidade de análises que permitam traçar um perfil das violências e acidentes no Brasil está relacionado com problemas referentes às bases de dados disponíveis. É certo que ainda existem muitas lacunas que precisam ser preenchidas, principalmente no que diz respeito a informações sobre a morbidade decorrente destas causas, mas o primeiro passo, para o aprimoramento e adequação de bases de dados relacionadas a este tema é o uso das bases existentes.

Os resultados apresentados neste trabalho reafirmam a riqueza de conteúdo do sistema de informações sobre mortalidade e a importância de investir em estratégias que permitam aperfeiçoá-lo de forma a melhor traduzir a realidade e orientar as ações que tenham por objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências.

Ao serem demonstradas as especificidades do perfil das mortes violentas no Estado de Santa Catarina fica claro também a necessidade de que as análises sejam feitas considerando as características de cada Estado e/ou

município, a fim de que as ações a serem planejadas sejam coerentes com as reais necessidades.

Espera-se que as informações aqui reunidas possam contribuir, de imediato, como instrumental para os treinamentos e sensibilizações que deverão iniciar-se com recursos previstos no Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito.

As análises sobre outros grupamentos de causas externas, também fornecerá subsídios para reflexões mais gerais que permitam dar continuidade à Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Queria colocar à disposição de todos os senhores este trabalho, o CD fica à disposição da Coordenação do Evento, o trabalho escrito também, para que possamos discutir isto de forma mais profunda. Trouxe um trabalho que foi estudado por nossos técnicos e que pretendemos dividir com os três Estados do Sul e com o Brasil.

Muito obrigado!

O SR. ALGACI TULIO

Muito obrigado, Dr. José Cândido da Silva, secretário de Estado e da Saúde de Santa Catarina.

Transfiro a presidência dos trabalhos desta manhã, ao nobre deputado Orlando Pessuti, pessoa também bastante preocupada no tema da área da violência em nosso Estado do Paraná.

Só registrando ainda, o envio de uma carta do Cajuru, encaminhada pelo deputado Geraldo Cartário, uma Unidade esteve reunida no dia 24 e fez o debate sobre a questão da violência na região do Cajuru.

O SR. ORLANDO PESSUTI

Inicialmente queremos agradecer ao deputado Algaci Tulio por estar até este momento coordenando os trabalhos, a exemplo também do que fez o deputado Gustavo Fruet e o nosso presidente Hermas Brandão.

Cumprimentar a todos vocês que aqui estão. É uma satisfação para nós da Assembléia Legislativa recebermos os nossos irmãos de todo o território brasileiro e em especial os nossos amigos do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com quem falo neste momento, com muita satisfação.

Porque se hoje, estamos reunindo aqui os três Estado, deputado Algaci Tulio, V. Exa. que nos acompanhou em muitas oportunidades, é um sonho que se concretiza também, deputado Gustavo Fruet, na luta que fizemos para instituir no trabalho das nossas Assembléias Legislativas o Parlamento do Sul, o Parlasul, porque costumemente nós assistimos aos nossos governadores se reunindo para debater assuntos da nossa Região e muitas vezes as Assembléias Legislativas tinham que iniciar discussão e debate em cima de determinado assunto que sequer conheciam a posição do seu Estado-irmão, vizinho. Foi assim que, quando presidia esta Assembléia nos anos de 93/94, junto com o nosso amigo Ivan Ranzolin de Santa Catarina, junto com o nosso amigo Renan Purtsis do Rio Grande do Sul, instituímos o Conselho Parlamentar do Sul, que agora, dentro de uma filosofia maior, transformou-se no Parlamento do Sul, integrados aos quatro outros parlamentos regionais que integram também a União Nacional dos Legislativos Estaduais, que também tive o privilégio de presidir até algum tempo atrás.

Então, dentro desse sonho de Parlasul, de debater conjuntamente as nossas questões, os nossos problemas, as nossas qualidades, debater conjuntamente com Santa Catarina e Rio Grande do Sul, é que eu manifesto a alegria de estar ao lado dos deputados Gustavo Fruet, Algaci Tulio, Hermas Brandão e de todos vocês que aqui estão, iniciando este dia de debates em que estamos discutindo as questões da violência urbana e da saúde pública.

Feito este registro, passo a palavra, neste momento, às Dra. Maria Juliana Moura Corrêa, que é representante da secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A SRA. MARIA JULIANA MOURA CORRÊA

Bom! Em primeiro lugar, é importante que façamos uma referência aqui de que é extremamente recente no setor saúde, tanto a discussão, como a implementação no enfrentamento das situações de violência. Até então tínhamos, inclusive, do Conselho de Entorpecente, vinculado à questão de Justiça e se discutia a violência mais enquanto crime do que mesmo essa concepção preventivista que o setor saúde já discute a mais tempo, com um certo atraso no que se configuram os acidentes e violências.

Assim como a exposição dos secretários de Saúde de Santa Catarina e do Paraná, eu não vou reportar os

dados do sistema de informações de mortalidade, mas dizer que no Rio Grande do Sul os coeficientes são os mesmos: as causas externas se assemelham com os dados apresentados; está em quarto lugar, e nós temos estão as doenças cardiovasculares, neoplasias e se pegarmos a faixa produtiva, passa a ser o primeiro lugar à que dos acidentes, os óbitos relacionados a causas externas. Em relação a esse campo, causas externas, que engloba uma série de acidentes e violências que vão desde o acidente de trajeto, acidente de trabalho, violência à mulher e à criança. Na verdade - já foi repetido aqui anteriormente - a qualidade desses dados para o planejamento de ações de prevenção são ainda insuficientes, porque nós não temos dados de morbidade. E nesse sentido, eu coordeno a política de saúde do trabalhador, e nós tínhamos no Rio Grande do Sul uma definição de que era importante termos informação sobre os acidentes de trabalho e, portanto, estruturar a vigilância das doenças não transmissíveis, que é desse espaço que nós estamos falando e que fica imbuído no campo de causas externas. E que nós não tínhamos, até então, um sistema do qual tivéssemos dados que nos dessem poder e capacidade de estar fazendo planejamento.

E, ao mesmo tempo em que temos uma outra situação na saúde, que é o excesso de documentos para serem preenchidos, que é uma reclamação de todos os nossos servidores e de toda rede, que é necessário para o planejamento, para as ações de intervenção, mas por outro lado tem uma imensidão de formulários a serem preenchidos. E o entendimento que fazíamos de necessidades e que era preciso monitorar o ambiente de trabalho enquanto um local de evento de sofrimento, trauma e óbito também era o mesmo argumento para as questões relacionadas à mulher, à criança e ao idoso. E nesse sentido estruturamos um sistema de informações que pudessem avaliar a morbidade desse conjunto de agravos, hoje, no âmbito das causas externas. Estou explicando mais para vocês, porque todo mundo nos pergunta: primeiro: o que a saúde tem a ver com a violência? Segundo: o que a saúde do trabalhador está fazendo nesse sistema?

Então, estruturamos um sistema de informações, só para não ficar desconectado, em que trabalha com três etapas, onde estruturamos todo um sistema de informações para rede básica, para todos os nossos serviços. Pode passar que esses são mais dados gerais da nossa justificativa do sistema. Nós o estruturamos de uma forma dividida com três instrumentos: um que atende toda a rede pública convencida, privada, e do qual constituiu dois formulários de notificação de agravo. Esse aqui, o primeiro ponto, é que chamamos de Sistisus, ele engloba toda essa parte de serviços conveniados, privados, rede pública, empresas, todos que estão hoje sob a gestão do SUS; e o segundo formulário, aqui, nós temos o que chamamos o Rina - Relatório Individual de Notificação de Agravos. No de causas externas, temos um relatório individual de notificação de acidentes e violência. E a terceira etapa do sistema, ele é o geo-referenciamento

desses riscos, esse sistema é todo descentralizado, portanto, temos estações de trabalhos.

Uma das outras questões que balizaram a construção do sistema é a dificuldade do próprio setor ou do doente, ou do municipal, ou de serviços, que gera informações, muitas vezes ele não tem acesso a essas informações. Então, fizemos uma estrutura descentralizada onde o nível local é o primeiro a consolidar as suas informações e tem acesso imediato.

E o que queríamos? Nós estruturamos, então, esse bando de dados de agravos e a idéia de que essa situação será a mais imediata possível para a estruturação do nível local a partir daquela realidade do nível regional e do nível estadual, juntando em três níveis, hoje, estruturado de estação de trabalho e do desenvolvimento de políticas.

Para consolidar o sistema, os instrumentos de notificação criados foram os que eu já me referi antes, o relatório individual que trabalha mais com agravos e que daí pede toda a rede de ambulatórios, o de acidente e violência que trabalha, que foi instalado nos hospitais, portanto em todos os hospitais que têm urgência e emergência e uma ficha de suspeita que na verdade todos esses formulários foram instituídos por decreto do governo do Estado, criamos um sistema de informações por decreto, tornamos de notificação compulsória por decreto e no mesmo, criamos os instrumentos de notificação. Junto com os sistemas de notificação, um dos formulários é essa ficha individual de suspeita onde a gente entende que os conselheiros, as próprias entidades representativas também fazem parte do sistema de notificação e podem estar acessando o sistema a partir de suspeita.

Então, nós temos duas entradas no sistema: um que é de confirmação, que é o de notificação, e o outro de suspeita e que tenham um papel importante no momento em que olhamos o território de saúde para intervenção e compilar tantos agravos, as notificações e os fatores de risco.

Este foi o primeiro formulário que foi desenhado.

Tem um material que passaremos depois para dar conta de como ele foi consolidado; começamos a trabalhar mais especificamente com este documento com a seguinte proposta: como os acidentes graves vão direto para os hospitais e enquanto Poder Público nós precisávamos estruturar ações em relação a acidentes e violências nesse espectro de que ainda não era uma caminhada do setor saúde e nós precisávamos traçar estratégias. Traçamos estratégias de trabalhar com os acidentes graves, acidentes e violências, no entendimento de que tínhamos um sistema para a rede básica e passávamos a constituir, a partir deste momento, uma estrutura para monitorar todas as violências graves que chegam no setor de urgência e emergência.

Numa avaliação da dificuldade que se tem com o registro da informação e com a necessidade de ser descentralizada e de dar retorno imediato a quem produz informação e aos gestores. Essa é a configuração do sistema de informações como um todo, então ele tem

entrada dos ambulatórios, dos hospitais, das empresas, e em relação aos acidentes de trabalho, dos sindicatos e do conselho de saúde.

O que está sendo pautado neste seminário que é mais a questão da violência, diz respeito ao trabalho que estamos fazendo, e que queremos apresentar para vocês, dos observatórios de acidente e violência.

Eu fiz esta explanação geral para vocês entenderem que este sistema faz parte de um sistema maior. Como é que constituímos os observatórios de acidente e violência no Rio Grande do Sul? Nós trabalhamos com o conceito de evento-sentinela e trabalhamos com os acidentes graves. Portanto, todos os acidentes que compõem causas externas e constituímos estações de trabalho em todos os hospitais pólos regionais do Estado do Rio Grande do Sul. O Estado tem 497 municípios, 10 milhões de habitantes e criamos estação de trabalho a partir de um convênio do Estado com os hospitais. No Rio Grande do Sul os hospitais são todos conveniados; não temos hospital no Estado e constituímos, a partir dos critérios estabelecidos, 27 hospitais que pertencem a uma rede de observatórios de acidente e violência. Constituimos estações de trabalho nas nossas 19 coordenadorias regionais, nos centros regionais de saúde do trabalhador que estão em desenvolvimento, que não temos, mas as nossas coordenadorias estão neste momento estruturadas para consolidar os dados regionais e os hospitais que na verdade é área de interesse dessa explanação.

A idéia de trabalhar em rede e não estar lá no município ou na região metropolitana, partiu do objetivo que era fundamental que criássemos primeiro, um sistema eficiente de informações para que pudéssemos monitorar esses fatores de risco e que precisávamos ter uma visão do Estado como um todo, até porque partimos da idéia de que as informações que tínhamos eram só de mortalidade. Então, trabalhamos com hospitais que são regionais e começa a partir de um projeto piloto que começamos o desenho daquele formulário inicial, que depois avançamos, com o objetivo de que entendemos que o trabalho primordial do hospital é atender a vítima e portanto nós íamos utilizar todas as ferramentas da tecnologia para otimizar esse sistema e foi o que desenvolvemos.

Esse é mais um gráfico de como os sistemas se convergem e de como a partir dos observatórios ele cruza com aquele sistema anterior, do qual eu não vou falar neste momento, e monitora.

Dividimos entre as prioridades as grandes áreas relacionadas ao monitoramento de acidente e violência ao homem e à mulher, na questão do trabalho, trânsito e maus tratos à criança, à mulher e ao idoso, pegando também a questão do acidente doméstico e da violência. Esses dados eram o que queríamos qualificar para a intervenção e do qual entendemos que é responsabilidade do setor de saúde à intervenção e à prevenção, inclusive, considerando que as pessoas que estão submetidas à violência, reproduzem a violência. Interromper esse pro-

cesso que vivemos neste momento de barbárie é ter investimentos de políticas públicas e, incisivamente, do setor de saúde junto com as demais secretarias. Nesse processo - é claro que não vou trazer todo o conjunto de como foi desenvolvido, mas discutimos com várias secretarias e com várias políticas, para superar uma outra questão extremamente importante, que é a capacidade que temos de fragmentar ações, sistemas e de como não otimizamos nem a ação, nem a intervenção e a dificuldade que temos de integrar não só o conjunto das ações políticas, mas as ações interinstitucionais. Essa é uma das principais barreiras em que nós, nessa área, vamos enfrentar, porque a violência perpassa todas as secretarias e políticas, da qual teremos que criar estruturas que dêem conta dessa integração no enfrentamento da violência.

Temos 27 estações de trabalho e dessas criamos todo um programa, do qual o Estado fornece todo o acesso aos hospitais que pertencem à estação de trabalho. Cada estação de trabalho nesses hospitais chamados de observatórios, é dotada de equipamento de informática e está interligada a um sistema - temos a empresa, como aqui no Paraná, de processamento de dados - e onde temos um núcleo central, onde eu possa estar abrindo, de qualquer lugar onde eu estiver, o acompanhamento do conjunto desses hospitais, diariamente. Por isso, chamamos de rede, porque estão interligados em rede e da qual ele tem um endereço eletrônico. Todos esses hospitais passaram por um processo de capacitação, onde tem um coordenador do observatório. Para a nossa satisfação, um dos pontos positivos que tivemos na implementação desse sistema, foi a parceria com os hospitais.

Até então, tínhamos uma série de dificuldades com uma série de projetos, em qualquer implementação que se fosse fazer, com a questão do aumento de serviço. Tivemos uma adesão muito importante. Os diretores têm feito os discursos de prevenção, tem referido a integração com setores e de quanto tempo esperavam, para que o setor saúde pudesse estar integrado. E muitos deles referiram, que até então, eles ficavam com a parte mais penosa, de assistir a uma série de vítimas de mutilação, sem ter nem para quem informar e estar junto, pensando soluções.

Temos experiências bastante interessantes, por exemplo, na região da serra, onde a partir dessa estruturação do Hospital Regional foi constituído um fórum regional de combate à violência, onde com os dados dessa região chamaram um conjunto de entidades, coordenações em relação à mulher e à criança, para estar trabalhando e fazendo todo o feedback de acompanhamento das vítimas e levantando em que regiões e ruas estão concentradas a incidência de acidentes ou violência.

Essa aqui é a distribuição do Estado, do conjunto de hospitais e a distribuição regional. Além dos hospitais que são pólo, para urgência e emergência, temos uma outra distribuição, em função dos recursos que recebem tanto por parte do Ministério como por parte do Estado,

acrescentando os hospitais de especificidade: hospital para criança e hospital para mulher fazem parte dessa rede.

Para trazer alguns dados, levamos bastante tempo no desenvolvimento do projeto piloto na testagem dos formulários e do próprio banco de dados para que suprissem essa necessidade de se ter um sistema ágil, até porque a gente entende que do ponto de vista da violência, e as ferramentas para uma intervenção imediata não impedia que o sistema de informações para violência levasse tanto tempo para processar como os outros sistemas que a gente tem. Então, desenvolvemos um sistema ágil onde essas informações começaram a validar-se somente a partir de novembro de 2001, porque anterior a isso consideramos que era teste e ainda não estavam qualificadas as estações de trabalho. E de novembro de 2001 até junho de 2002 nós temos esse conjunto de registro, dados dos observatórios da rede de informações, que hoje estão funcionando, dos 27 hospitais temos 15 que estão alimentando o sistema, e não por conta dos hospitais que não está o conjunto dos 27 mas que tem uma demora na estruturação, nas licitações para compor estas estações de trabalho.

Temos um conjunto hoje, de novembro a junho, de 8423 registros de ocorrências de acidentes de violência, e do sexo masculino temos uma tendência, que é o que podemos falar hoje porque o sistema é recente, bem mais alto do que se comparado com as mulheres, o que já vinha sendo falado anteriormente em relação a de mortalidade.

Então, vocês podem observar que temos de acidente de trabalho, típico esse que resulta em perda de membro, 1541 registros. É importante que se diga ainda nesses dados não constam hospitais específicos para trauma, que estão entrando no sistema agora, a maioria desses hospitais são do interior, de áreas rurais, portanto, de acidentes em engenhos de arroz, e que para nossa surpresa, nós imaginávamos, e mesmo com análise do SIM e da IAH, nós tínhamos muitos registros de trânsito, que era o que nós esperávamos ser a primeira causa. E para nossa surpresa começamos a receber registro de acidente típico e depois de trajeto, e de acidentes de trânsito em terceiro lugar. O formulário tem todo esse outro registro de suspeita de maus tratos, auto-agressão que pega as tentativas de suicídio, acidentes na escola que é um campo que tem nesse instrumento de notificação e ainda aparecem outros.

Esses outros que estão sendo estudados e o que os observatórios, o pessoal que preenche e faz a investigação está sugerindo que coloquemos acidentes no lazer, que é um campo que estaria faltando e estaria aumentando os outros.

A outra lâmina traz os dados relacionados ao sexo feminino, onde também se mantenha o tipo de acidente, aumentando então as suspeitas de maus tratos e principalmente a violência sexual e acidente doméstico.

Esse instrumento que foi colocado, que precisa ser analisado e a idéia quando estruturamos foi de ter campo que nos desse condições de olhar e enxergar de que violência é essa que falamos, de que regiões, como é que elas se dão e como é que planejamos a intervenção, e também o que já está acontecendo hoje, de como é que qualificamos esses profissionais que estão trabalhando com uma área extremamente difícil de abordagem, que não é só um observatório, achamos inclusive, horrível um observatório de acidente, porque ele não é para observar e sim para intervir.

E o que temos nos campos, principalmente o acidente doméstico, tem ocultado uma série de violência sexuais na mulher, em relação à surpresa que tivemos também, é da alta incidência de acidente doméstico com homem. Abriremos o campo: porque os homens estão se acidentando no lar? Vimos que na verdade são acidente de trabalho. E uma série de sofisticações e de qualificação que nós vamos ter que fazer para que de fato esses dados reproduzam a realidade, o que a análise desses campos vão permitir num futuro bem próximo.

Todos esses dados que estão sendo coletados nesse sistema de informações que é recente apesar do projeto piloto ter começado em 99 e de fato ter sido executado agora ao final de 2001, tem o objetivo de estarmos fazendo vigilância dos agravos e riscos que acontecem num dado território, onde está incluído a atividade produtiva e a inserção de homens e mulheres nesta sociedade. Essa matriz de vigilância que estamos trabalhando, também faz parte da terceira parte do sistema. Na rede, nos hospitais e na parte de vigilância estamos estruturando um sistema georeferenciado. Portanto, tenho as regiões do Estado monitoradas, do qual esses dados vão ser lançados para o sistema onde quero acompanhar esses riscos no território e vou cruzar tanto as informações de agravos como os de violência.

Nós estamos com a modelagem pronta e aí estamos com essa estrutura tanto no nível central do Estado e nas nossas regionais, para saber exatamente em que momento acontecem os acidentes, em que municípios e em que bairros.

Essa é a proposta do georeferenciamento e que possamos cruzar então as informações desses acidentes e dessa violência, com a matriz produtiva de cada região. Posso estar percebendo, por exemplo, que os suicídios se dão em região onde tem uso intensivo de agrotóxico. Ou uma série de outras situações como os acidentes de trânsito ou a própria violência sexual se dá sempre em tal hora, em tal bairro, em tal região. Essa é a precisão da informação que estamos estruturando a partir dos observatórios de acidentes e violência.

Quando estruturamos a proposta de que fosse rede mesmo, não é possível tratarmos regiões em que hoje estaríamos inferindo uma série de situações ou de gravidade, que era preciso, então, conhecer melhor as regiões do Estado do Rio Grande do Sul, como um todo, em que pudéssemos a partir de todo conhecimento que já

temos desenvolvido, poder estar otimizando tanto as informações como a intervenção.

As estações de trabalho, todas elas recebem uma senha de acesso dentro do Estado, então são usuárias de um sistema. E quando elas acessam esse sistema todos os registros de identificação desse hospital, dessa coordenação, automaticamente preenche todos os campos de identificação. E em relação aos acidentes, às suas especificidades só abre os campos quando você preencher o tipo de acidente. Não se trabalha com formulário como um todo, isso otimiza uma série de tempo, um registro e a maioria dos campos são automáticos assim como o do Imposto de Renda que todo mundo conhece. Além disso, colocamos como desenvolvimento desse formulário, todo um relatório automático que é uma grande dificuldade que temos de consolidar esses dados. Então todo hospital não precisa acessar, essa aqui é a entrada, é o nosso endereço. Os hospitais estão ligados nesse sistema de informações, eles se identificam através de uma senha e quando terminam de fazer esse processo abre um formulário. Então, todo aquele controle que tínhamos antes, de controle do número, não existe mais. Só gera número do formulário quando ele entra no sistema. Temos relatórios automáticos e além deles o sistema faz todos os gráficos necessários: sexo, idade... sendo desnecessário todo aquele trabalho que tínhamos antes. A diferença deste sistema é que ele é on line, então temos um formulário digitalizado, on line, todo automatizado e com informações diárias. Tem uma preocupação que está sendo discutida com a Justiça, o fato de ser on line e da fidelidade e da questão ética em relação ao acesso dessas informações, uma preocupação de não permitir que seja tão rápido, tão democráticas as informações relacionadas à violência que são sérias. E tem que ter uma questão de sigilo muito importante, essas questões são as que estamos estruturando agora. O nível regional tem uma censura nos dados de identificação e o hospital só consegue acesso às suas informações. O Estado sim, tem tudo.

Muito obrigado pela paciência de vocês.

O SR. PRESIDENTE (Orlando Pessuti)

Agradecemos à Dra. Maria Juliana. Fazemos questão de registrar a presença de César Luiz Gonçalves, vice-presidente da Associação Comercial do Paraná; a presença do Dr. Humberto Iamaki da UEL e a presença do consultor da Organização Panamericana de Saúde, Júlio Ravier Spíndola.

Concedo a palavra ao amigo Micheli Caputo Neto - para que em nome da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, faça a exposição do seu trabalho.

Com a palavra Dr. Micheli.

O SR. MICHELI CAPUTO NETO

Muito obrigado deputado Pessuti. Agradeço a oportunidade que a Câmara dos Deputados através do deputado Gustavo Fruet e a Assembléia Legislativa do

Paraná possibilitam nossa participação em tão importante tema. Graças a Deus começa a se enxergar que violência não pode ser discutida só como caso de polícia. A questão a incorporação da saúde pública, nesse debate foi extremamente acertada e mostra uma sintonia com o que está acontecendo em nosso País.

Eu também estou representando aqui além da Prefeitura Municipal, juntamente com o secretário extraordinário de Defesa Social, Sanderson, também a Presidência do Conselho Nacional de Secretários Municipais. Como município foi colocar um pouco do diagnóstico, vou ser muito sucinto na questão do diagnóstico vou procurar dar ênfase maior nas investigações. Não gostaria de criar nenhuma polêmica aqui, porque sei que as pessoas que me antecederam também passam desta forma, mas, tão importante quanto aperfeiçoar os sistemas de informação, unificar, fazer todo um trabalho de racionalidade em cima disso, todo mundo sabe que as informações que temos já são suficientes para orientar as intervenções. Esta é uma questão importante porque senão se perde muito tempo na questão de informação, trabalhando toda a questão da tecnologia e, às vezes, alguns municípios, algumas autoridades esperam isso para dar sequência a um trabalho.

Eu gostaria só de dizer que o município não abre mão de participar ativamente, da discussão e de contribuir para a redução da violência. Primeiro é porque as pessoas vivem nos municípios; é o município onde a comunidade tem a maior proximidade como poder constituído. No setor saúde também é o setor, seja onde for, que possibilitou, historicamente, que criou mecanismos de acessos, fóruns, para que a população estivesse, de forma organizada, participando. Vejam aí os conselhos locais de saúde, os conselhos municipais, têm as conferências. têm uma série de fóruns que possibilitam a população vir trazer esta discussão. Então é importantíssimo que a saúde esteja integrada nesta discussão. E também é no município onde enxergamos que a possibilidade da intersetorialidade, do trabalho intersetorial pode acontecer de forma mais fácil, mas efetiva. Por outro lado sabemos que todas as esferas de Poder, que todos os níveis de Governo, assim como o Poder Legislativo e o Judiciário têm que estar trabalhando integrado para que as questões possam acontecer, de fato, para que as nossas ações sejam resolutivas. Depois vou colocar alguns exemplos que fazemos em Curitiba e que, ao integrar todos esses setores, todos esses poderes já se consegue ver resultados bastante positivos.

Gostaria, já entrando um pouco na questão da violência de nossa cidade, de dizer que as causas externas, assim como foi colocado aqui a nível de Estados do Sul, elas têm um peso importante na mortalidade. Aqui em Curitiba é a terceira causa, perdendo apenas para o aparelho circulatório e as neoplasias, e no ano de 2001 foram 1056 mortes, 11.6% das mortes que se encaixam como causas externas. Deste, 82%, na média geral de homens o que foi dito aqui também, pegando uma popu-

lação de adolescentes e adultos jovens e na hora que se transfere esse peso, essa proporção do sexo masculino é ainda maior, chega quase a 90%. o que prova aquilo que todo mundo já sabe: que a mulher é um ser humano melhor que o homem.

Vamos passar agora para alguns exemplos importantes com relação a causas externas, no diagnóstico que queremos fazer também. Nós pegamos aqui a questão do suicídio, do trânsito e dos homicídios. Com relação ao trânsito percebemos que ainda nossos números são elevados, mas mostra uma queda acentuada nos últimos anos, uma tendência de queda, em nosso município. Já fomos, disparado, os líderes, nas capitais deste País. Com todas as campanhas de prevenção, de orientação, envolvendo uma série de órgãos, estamos verificando, com muita satisfação, uma redução drástica nessa questão. Há muito ainda que ser feito, para vocês terem uma idéia, em 2001 nós tivemos 349, em 80, 342 e em 94, 578. Então está havendo uma redução, fruto desse trabalho. Aqui também eu gostaria de destacar a questão da importância do novo código e também da fiscalização. Muitas pessoas vêm nos mecanismos de fiscalização, de forma equivocada, no meu modo de entender, apenas formas de arrecadar recursos. Nós vemos também que além das atividades de prevenção é preciso estar punindo, no bolso, aqueles infratores contumazes. Se vocês forem analisar quem leva multa neste País são sempre os mesmos e para estes tem que haver uma média que vá além do trabalho da orientação e da prevenção. Em Curitiba, vemos com satisfação, esta redução.

Com relação a homicídios nós temos uma situação onde se percebe, isso infelizmente é um dado nacional, um aumento no número de homicídios, é preciso fazer uma ação concreta sobre esta questão. É importante estar, em cima deste dado, identificando na cidade as regiões, os conflitos sociais, as áreas de maior risco e estar trabalhando, de forma organizada, multisetorial, com todos os atores, para que se reduza. Nós estamos aí, em cima do elenco que fizemos, atrás de Florianópolis, são dados do Data-Sus, mas a gente sabe que em cima desse item há muito que ser feito, há muito que ser reduzido.

Com relação a suicídios vamos ver que no caso de Curitiba ele mantém uma certa estabilidade. Temos acidentes de trânsito caindo muito, homicídios aumentando e o suicídio historicamente vem mantendo uma certa estabilidade.

Vejam alguns dados aqui que nos chamaram muito a atenção, já foi citado aqui pelo Dr. Sobânia, foram feitos estudo pelos Departamento de Trânsito de quatro capitais: Curitiba, Salvador, Recife e Brasília, em 97, e foi levantado que em torno de 61% desses acidentes as vítimas tinham ingerido álcool, quase 30% em níveis proibitivos e também um percentual dessas vítimas apresentando a presença de drogas no sangue. Outras fontes que temos usado é o IML. Ao verificarmos os dados de 98 vê-se que mulheres e crianças são as maiores vítimas de agressão: 56% mulheres, 25% crianças.

Na hora que abrimos o leque para ver a violência contra a criança, constatamos aqui que já é definido a nível nacional, que 57% das agressões ocorrem entre 0 e 9 anos na residência, com ênfase para a agressão física em mais de 60%. Nós verificamos também que além dos dados do IML, temos o trabalho do SOS Criança e em 99 foram mais de 3.000 atendimentos, quase 9 casos por dia e também uma presença muito forte de maus tratos e agressão contra a criança. Também trabalhamos com dados da Delegacia da Mulher, estamos procurando fazer um trabalho integrado com esta Delegacia e verifica-se que 90% dos agressores são agressores que mantêm relações conjugais ou de parentesco. Esses agressores, pode-se chamar de tudo menos de companheiro. 50% usam álcool ou drogas e 80% têm um histórico de agressão na infância, o que mostra que é importante interromper este ciclo. Por isso que eu falo da rede de proteção à criança em Curitiba. O trabalho que estamos desenvolvendo, neste sentido, além de fazer todos os mecanismos de repressão à violência, também trabalhar esse serviço de atenção, porque tão importante como prevenir e promover a saúde, seja ela na violência ou em outra área é importante tratar também aquele que foi vítima da violência. Até porque se pode levantar informações e se deve levantar informações importantes para todo o trabalho de intervenção.

Eu vou colocar algumas experiências de Curitiba, não são todas as experiências que desenvolvemos que têm interface com a violência, não vou colocar aqui o programa de saúde mental, nem o programa de saúde do trabalhador.

Tem uma série de áreas onde temos um trabalho que pega, e não poderia ser de outra forma, a questão da violência. Mas, gostaria de colocar algumas experiências, especificamente.

Só lembrar, que na área da atenção foi fortalecida essa atenção ao trauma; à violência provocada por acidente; pela morte violenta; com estruturação do Hospital do Trabalhador; uma ação tripartite que envolve Governo do Estado do Paraná; Fundação da Universidade Federal do Paraná e município de Curitiba; que vem dando uma resposta bastante grande à região sul da cidade e à região metropolitana no atendimento ao trauma.

Destaca-se muito a presença e a importância do SIAT. Foi a implantação do SIAT, com certeza, que contribuiu para redução, entre outras coisas, da mortalidade, principalmente, na área do trânsito.

Gostaria de destacar, aqui, entre as experiências nossas, um programa que lançamos em 08 de março deste ano, chamado "Mulher de verdade". Esse programa visa dar atenção à mulher vítima de violência, seja violência física sexual ou psicológica, que também é uma forma de violência pouco trabalhada, mas que agride tanto quanto as outras, onde se procura, além do atendimento humano, de se tratar as lesões e evitar gravidez indesejada: de se trabalhar a questão das doenças sexualmente transmissíveis, o próprio HIV, orientar essa mulher quanto à

denúncia e a outros procedimentos; levantar informações para que isso seja evitado em situações futuras.

Esse programa em dois meses de implantação, já atendeu quarenta mulheres vítimas de violência sexual; não só de Curitiba, mas também da Região Metropolitana. Então, é uma área importante, como vimos pelo diagnóstico, é uma área que mostrou a necessidade de se estar intervindo.

O setor saúde é importante nisso tudo porque pelas unidades de saúde passam milhares de pessoas; o Sistema Único de Saúde possibilita isso, o atendimento é universal. Então, a Unidade de Saúde é um elemento importante para se estar trabalhando esse tipo de informação e buscando nos demais parceiros, nos demais órgãos, condições para que você possa estar atuando no sentido de intervir na situação concreta e evitar situações futuras.

Com relação a outra experiência que gostaríamos de colocar, parcialmente, aqui, (todas essas experiências estarão sendo discutidas mais profundamente no Canal da Música, amanhã, pela nossa Equipe Técnica, onde poderemos estar discutindo os modelos de notificação, como a rede funciona, como o programa tem funcionado), não poderíamos deixar de destacar, também, uma sistematização que estamos fazendo e chamamos de rede de proteção da criança e adolescente em situação de risco.

Nessa rede não criamos nada novo, não é um serviço novo, não é uma estrutura nova, ela apenas está integrando todos os órgãos envolvidos: setores do município, como o da criança; a Secretaria da Educação Municipal; a Fundação de Assistência Social; os conselhos tutelares; outros níveis de poder; a Sociedade Paranaense de Pediatria. É muito importante o apoio técnico-científico, também, das sociedades e estamos de forma integrada trabalhando no sentido de que cada setor saiba o que o outro faz; que os profissionais que atuam nesse setor tenham sensibilidade para identificar situações onde a criança e o adolescente são vítimas de violência, porque um professor pode fazer essa identificação, um pedagogo, um médico, qualquer profissional que esteja trabalhando com a criança e adolescente tem que ser capacitado, preparado e notificar de forma obrigatória. Nós criamos a notificação obrigatória para relatar a violência ou suspeita de violência na infância ou adolescência e essa ficha fica na escola e nas unidades de saúde.

No ano passado, começamos isso de forma ainda um pouco restrita. Curitiba é dividida em oito administrações regionais e este ano já fizemos a implantação com treinamento e capacitação da Quinta Regional, esperamos até agosto, setembro, terminar as oito. Mas, mesmo o início desse trabalho já mostrou algumas questões bastante importante que derrubam alguns falsos dogmas: que essa violência contra a criança não tem classe social; etnia; religião e nível de escolaridade.

A violência, nesse aspecto, é bastante democrática - entre aspas - não é? 50% dos casos, o nível de violência constatado é de moderado para grave. Não é um "tapinha não dói", é de moderado para grave em quase 50% dos

casos relatados, principalmente, com ênfase a agressão física, ao abandono e em terceiro lugar a questão da violência sexual. Então, é uma área importante de estarmos trabalhando.

Gostaria também de colocar algumas experiências: no municípios de Curitiba, na Prefeitura Municipal de Curitiba, nós trabalhamos com doze projetos que recebem o nome de “Projetos Âncora”. Vou citar aqui, alguns projetos que são Projetos Âncora onde nós temos uma atuação importante, que através das suas ações provocam situações que visam diminuir os índices de violência, qualquer que seja a natureza.

Esses Projetos Âncora, participam por área de conhecimento, uma série de Secretarias Municipais, Órgão da Administração, com gerenciamento específico dependendo do projeto em ênfase.

O Projeto Nossa Vila, ele está trabalhando um processo forte de urbanização de área de risco, da regularização de ocupações. Não é novidade para ninguém, que aonde há ausência do estado, a bandidagem cresce, a violência cresce; as pessoas acabam reconhecendo na bandidagem a forma de ter o seu remédio, de ser o seu recurso.

Então, é importante trabalhar nessas áreas. Não é verdade que a pobreza é sinal de violência. Agora, que o ambiente desfavorável, do ponto vista de criar condições dignas de se viver, com certeza isso tem uma relação direta com a violência. Esse programa tem feito um trabalho na área de Chapinhal, na área do Pantanal, na área da Vila Audi, uma série de áreas que eram de invasão, de ocupação irregular. Tem o Plano 2000 também que pega a questão da iluminação pública.

Já foram constatadas em várias áreas da cidade, que aonde você investiu também na melhoria da iluminação pública, houve uma redução da violência principalmente a violência que não nos referimos ainda aqui, fruto do bandido, fruto da ação de marginais. Tem o Cidade Segura que integra uma série de ações de fiscalização em estabelecimentos comerciais em pontos críticos da cidade.

Gostaria de fazer um destaque por um trabalho que está dentro do Cidade Segura, obviamente o Cidade Segura é um projeto muito maior do que vou dizer, mas ele tem um negócio chamado ação conjunta, que é uma ação que no ano passado nos possibilitou de forma integrada, junto com a Secretaria de Urbanismo, para ver a questão de alvará, de postura municipal; Secretaria do Meio Ambiente, que pega a questão dos ruídos, do som: Secretaria da Saúde que vê os aspectos sanitários, os aspectos ambientais; A Polícia Militar e a Polícia Civil, a participação conjunta no ato de inspeção do Ministério Público.

Quer dizer, toda essa ação coordenada, possibilitou que tivéssemos uma série de ações importantes no sentido de evitar a prostituição infantil, de evitar o trabalho infantil, evitar serviços sem qualidade, produtos sem qualidade.

Foram feitas por parte da Saúde, uma série de interdições, uma série de notificações.

O Ministério Público do Trabalho fez uma série de autuações. As ações são feitas à noite, em danceterias, inferninhos, motéis e as últimas têm mostrado que o pessoal tem aprendido, porque para o infrator não basta apenas a Lei. Você tem que usar o máximo de rigor possível da Lei.

Porque às vezes fica fácil se acomodar numa multa, numa determinada autuação. Então é importante muito rigor e temos percebido que está havendo já, um receio muito grande dos proprietários desses tipos de estabelecimentos. Ficou perigoso trabalhar com algumas situações.

Para alguns a linguagem mais adequada é essa linguagem.

Outro Programa, que gostaríamos de destacar, um Projeto Âncora, é A Cidade em Trânsito, com certeza tem ajudado também a contribuir essa queda bastante acentuada nos acidentes de trânsito em nossa cidade.

Ainda tem muito a se fazer, mas já se mostra a tendência bastante acentuada de queda.

Gostaria agora, de dar uma ênfase um pouco mais no Programa Vida Saudável, que também é um Programa Âncora, porque ele tem o gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde, mas envolve a participação de “N” outras Secretarias e Departamentos da Prefeitura de Curitiba.

Esse Programa visa antes de tudo, promover atitudes pró-ativas em relação à saúde. Estimulara as práticas saudáveis.

Esse Programa é um conjunto, eu conheço várias pessoas aqui que tiveram a oportunidade de presenciar, ele acontece nos parques, nas praças, nos bairros, nas escolas, ele pode ter uma questão temática como recentemente nós fizemos voltada para o trabalhador, como já fizemos na Polícia Civil e na Polícia Federal; ele pode trabalhar com estrutura dentro dessas organizações. E nesse Programa Vida Saudável, no ano de 2001, nós tivemos em torno de 160 mil pessoas que passaram pelos vários eventos do Programa Vida Saudável. Então, ele é um conjunto de atividades que nós levamos, de assistência à saúde, de promoção à saúde orientando com relação a uma série de questões que são importantes para estarmos atentos.

Este ano estamos aprofundando o Vida Saudável no que tange a criação de ambientes saudáveis e nós vamos trabalhar a questão dos ambientes saudáveis sobre 3 vertentes: a vertente da Escola Saudável, da Universidade Saudável e da Empresa Saudável. Trabalhando uma série de indicadores como o combate ao trabalho, ao uso de drogas, ao uso de álcool, a questão da salubridade do ambiente, a questão do uso adequado da energia, a questão do lixo, ou seja, uma série de questões que depois de seis ou sete meses se a escola, se a universidade ou se a empresa alcançar níveis razoáveis, elas vão ser certificadas como uma Escola Saudável, uma Empresa

Saudável ou uma Universidade Saudável. Na parte das escolas, nós já fizemos um treinamento com professores e diretores e nós vamos lançar, ainda neste mês, a primeira etapa que visa buscar esse caminho da Escola Saudável, que é a Escola criando ambientes livres do cigarro, porque todo mundo sabe na questão do tabagismo que mais de 90% se inicia no vício do tabagismo com menos de vinte anos.

Então, a questão da universidade também como um centro importante de você estar trabalhando, porque o universitário formula opinião, ele ajuda a multiplicar essa prática que nós estamos buscando, de práticas saudáveis.

Nós temos alguns exemplos de trabalhos feitos na área do trânsito, apoiados em cartilhas que também é um trabalho muito bonito que foi feito com os motociclistas. E nós concluímos tudo isso que estamos falando, reforçando o que já foi dito aqui da necessidade de se avançar sempre na questão do diagnóstico, de se trabalhar de forma intersectorial, construindo, avaliando os dados e orientando as intervenções. É importante, eu não subestimo a necessidade de você buscar sempre o diagnóstico apurado, mas volto a dizer que nós já temos informações suficientes para atacar e intervir nas principais situações. E é tão importante destacar sempre as ações intersectoriais na promoção da vida saudável e não prevenção de violência.

Eu gostaria só de resumir: nós estamos terminando os levantamentos pneumológicos e nos últimos cinco anos, em Curitiba, a esperança de vida aumentou quase três anos. Para algumas pessoas, o fato da população estar envelhecendo é problema, e para nós não. O nosso problema não é a população envelhecer! Quem aqui de nós não queremos viver mais de 90 anos?! Agora, o grande desafio nosso é que as pessoas envelheçam com qualidade de vida. Eu acho que esse é o nosso grande desafio! Por isso que todas as políticas públicas, e nessa questão específica da violência, têm que ser trabalhada, porque a violência contribui e compromete a esperança de vida de uma população.

Então, eu gostaria, só mais uma vez, de em meu nome, como secretário Municipal de Saúde, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, mas aqui também representando o Dr. Sílvio Mendes, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, de agradecer esta oportunidade. O nosso material vai ficar à disposição dos grupos de trabalho amanhã; nós já temos em disquete, vamos deixar aqui com a organização da Assembléia, e também para mim é um prazer revê-lo deputado Pessuti. Você é um grande amigo, o que mostra que fazer política em partidos diferentes não nos impede de somarmos esforços sempre que necessário para que avancemos nos termos de interesses comuns da nossa sociedade.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Orlando Pessuti)

Muito obrigado Michele Caputo Neto!

Vamos prosseguir nesta fase ainda de apresentação de trabalhos, mas antes eu comunico que ao término desta etapa de trabalhos do período da manhã, haverá um ônibus para transportar os nossos ilustres conselheiros e conselheiras para o almoço.

Então, que ninguém saia correndo de forma desorganizada, o almoço está garantido, evidentemente, para todos, e até o ônibus para levá-los. Também registro com satisfação a presença da Coordenação Diocesana da Pastoral da Sobriedade e Prevenção Contra Drogas da CNBB, evidentemente, também integrando o Movimento Pró-Paraná, a presença do José Augusto S., que é do Conselho Comunitário de Segurança do Bacacheri.

De imediato, passamos a palavra ao ilustre professor Pedro Boddet - presidente do Grupo de Estudos da Violência, da Universidade Federal do Paraná.

Com a palavra o professor Pedro.

O SR. PROFESSOR PEDRO

Boa tarde a todos!

Senhor presidente da Assembléia Legislativa, deputado Hermas Brandão; senhor coordenador do debate, deputado Orlando Pessuti; colegas da Mesa; demais autoridades; senhores e senhoras.

Vou, na minha intervenção, tentar ser o mais breve possível, tentar dar conta de duas esferas dessa questão da violência sobre a qual eu falarei adiante.

Antes de mais nada, gostaria de agradecer o convite feito pela organização do evento e dizer do prazer de estar de volta a esta Casa, onde pudemos estar por ocasião da discussão do Estatuto da Polícia Civil.

Sou, talvez, um pouco diferente dos demais palestrantes, um cientista, sou um pesquisador, um pouco, talvez próximo ou talvez não, pautado pelas questões políticas imediatas, mais imediatas. Então, vou colocar algumas questões e problemas que, talvez muito mais do que, a minha intenção é muito mais do que resolver questões, é colocar problemas, acho que a ciência e a academia prestam, antes de mais nada, para isso. Nestes breves minutos da minha intervenção, então, como havia dito, gostaria de seguir duas linhas de raciocínio: uma mais pragmática, tomando um problema muito pontual quando falamos em violência urbana e segurança pública. E nisso vou me diferenciar um pouco dos meus colegas que aqui fizeram as suas intervenções, uma vez que vou tratar de uma questão clara relacionada assim à epidemia da violência, mas focada na discussão da segurança pública, a área que sou especialista.

Sou especialista, estudo o que chamamos de justiça do sistema criminal que tem o judiciário, o sistema penitenciário e a polícia, eu vou falar de polícia neste nosso encontro. Num segundo momento, vou me permitir fazer algumas relações mais amplas e mais gerais sobre o tema violência, segurança pública e saúde. Antes de mais nada, volto a insistir, como tenho feito inúmeras vezes, da necessidade de se investir em pesquisa. Pesquisar segurança pública e violência é algo muito complicado

porque nenhuma empresa ou pelo menos a maioria das empresas que costumam financiar outras áreas de estudos não financiam, porque vai colocar lá o seu carimbo ao lado da discussão de sistema penitenciário, homicídio, é difícil, é complicado. Então, é uma área onde o Estado precisa atuar efetivamente. Só que por outro lado, violência e segurança pública têm se mostrado o “calcanhar de Aquiles” de muitos governos.

Então, há uma certa resistência em se investir efetivamente nessa área produzindo dados internacionalmente aceitos, dados que não estejam necessariamente comprometidos imediatamente com esta ou aquela intervenção, mas produzir pesquisa naquela área que é mal denominada de ciência pura, ou seja, ter uma aplicação mais imediata.

Nesse sentido é fundamental que se possa preservar as instituições e os organismos que pesquisam e estimular a presença da criação de outros núcleos de pesquisa de trabalho. Chamaria a atenção que o sistema federal de ensino de pós-graduação ocupa um lugar de destaque e precisa ser preservado, precisa ser preservado tanto enquanto produção de conhecimento, enquanto nas instâncias de extensão, docência e neste momento as coisas não vão bem para as nossas instituições federais de ensino.

Vou falar de polícia, porque além de ser uma área da minha especialidade, é um dos temas mais cruciais e urgentes do momento e que diz respeito basicamente à reforma das polícias. Mesmo considerando que ela, a polícia, seja um capítulo, um produto da história quase sempre violenta da sociedade brasileira, começando pela escravidão e pela organização do Judiciário, ou seja, não dá para separarmos o que é a polícia dessa história violenta da sociedade brasileira, destaque-se aí, repito, a escravidão da organização do Judiciário.

Então, na verdade, a polícia, como eu disse, está dentro desse sistema. Vou pinçá-la por uma questão de tempo, por uma questão pragmática e considerando que é possível neste momento, penso eu, fazermos, procedermos algumas intervenções pontuais, até porque no interior das corporações existe esta percepção da necessidade de mudança por muitos profissionais membros dessas instituições que juntamente com outras organizações e instâncias sociais podem levar a termo esta reestruturação. A polícia é importante porque desse sistema que eu aqui me referi, o Judiciário e o sistema penitenciário, é a polícia que é um dos elementos centrais, porque ela é a representante mais presente e visível do Estado nas ruas. E em se falando do estado democrático de direito, assim deve se comportar, ou seja, é muito difícil falarmos que temos um estado democrático de direito se a polícia não se comporta desta maneira nas ruas, não entre a população que mora em bairros de classe média, a população branca, enfim, população que não é vulnerável, mais exatamente aquela população que mora na periferia, negra, e aí temos pesquisas apontando para o fato de quanto mais negro for o cidadão, mais vítima da violên-

cia ele é. Então, não é atuar, é que a polícia possa administrar justiça, possa levar os desígnios desse estado democrático de direito à periferia, que é onde nós observamos os maiores problemas de excesso de violência. A população precisa confiar na polícia para contribuir e para tanto a polícia deve deixar de ser violenta e corrupta.

Os impactos da violência, da corrupção policial se refletem nessas taxas que foram apresentadas aqui por colegas de outros Estados. Se por um lado eu percebo, é perceptível a necessidade de mudança, e inclusive no interior das corporações, há por outro lado elementos políticos e da cultura corporativa que se opõem vigorosamente a essas necessárias mudanças.

Então, muito pragmaticamente pontuaria agora alguns elementos que acho que eu e “n” pesquisadores de uma rede de pesquisadores sobre polícia e violência urbana têm chamado a atenção. Primeiro: entender a polícia como protetora da sociedade e não do Estado. Na nossa Constituição a polícia aparece como protetora do Estado e não da sociedade, e prepará-la para tanto. Aliás, como protetora do Estado a polícia tem funcionado sempre, ela não tem uma função ilógica, irracional, não. Ela funciona muito bem. Neste aspecto funciona muito bem. O primeiro item seria este - preparar a polícia para o atendimento à sociedade. O segundo item seria desmilitarizar a polícia, o que não significa - e aí há uma confusão em relação a isso - o que não significa, em absoluto, que ela deva perder a disciplina ou hierarquia, mas militar é para trabalhar em tempo de guerra, é para trabalhar com a figura do inimigo. Polícia não pode. Polícia é para lidar com o cidadão, conflitos entre indivíduos e cidadãos, criminosos, é evidente, mas que não tenha essa figura do inimigo interno.

Esses dias um experiente profissional me deu uma nítida leitura dessa situação. Por exemplo, quando falamos agora e certamente é uma saída a idéia da polícia comunitária, mas no entanto, dizia esse oficial, pegamos os jovens que estão entrando na Polícia Militar e o isolamos na Academia do Guatupê - uma grande escola, uma grande academia - mas lá o cidadão policial isolado não se prepara para defender a sociedade, ele se prepara para ser um militar e isso não é bom. Hoje, no interior das polícias militares, por exemplo, estou me referindo a ela, à percepção de que esse não seria o caminho.

Reestruturar as polícias para que tenhamos uma polícia única, que também não significa simplesmente decretar uma lei, mas ir criando condições para a mudança da cultura institucional. Ou seja, não vale só chegar lá e dar uma canetada, porque isso não resolve.

Valorizar e recuperar as condições de vida e e trabalho da tropa e das categorias de base da Polícia Civil. Tenho conversado muito, tanto com oficiais, como delegados, as chamadas categorias de base da Polícia Civil e com a tropa. A baixa estima dessas categorias é impressionante. É impressionante! Não significa somente aparelhar polícia com instrumentos ou com elementos que dêem visibilidade, mas talvez e, principalmente,

investir na polícia técnica, na inteligência, elementos que não aparecem, mas que são fundamentais. Investir na recuperação da auto-estima e bem-estar da tropa das categorias de base da polícia Civil. E isso passa também pela recuperação de salários. Isso passa pelo fato de que os policiais precisam ter seguro de vida, psicólogos para que os atendam nas suas angústias, nos seus problemas no dia-a-dia de trabalho, porque senão for isso, o que temos: uma tropa e as categorias de base quase que em luta pela sobrevivência. Segundo, lutando contra aqueles que eles identificam como não reconhecendo a sua condição de trabalhadores, que tiveram uma brutal perda das condições de trabalho nos últimos anos.

Digo isso, porque parece que existe uma série de procedimentos importantes, em andamento, que foram aqui apresentados pelos senhores e senhoras, secretários de saúde. Mas é curioso que não obstante de todas essas ações, o que nós observamos seja o crescimento ou o aumento constante em alguns lugares, no caso do Paraná, é em frente e sempre crescendo na situação das taxas de violência.

Gostaria de estabelecer, aqui, algumas relações a questões políticas públicas, porque é impossível falarmos de segurança, de violência, sem pensarmos em políticas públicas, voltadas para a educação e saúde. Falei da polícia, muito pragmaticamente, porque é uma área que me parece ser preciso uma certa vontade política, para que possamos mexer nisso, mas a polícia trata o efeito, não se pode pedir para que ela resolva as causas.

Vou apresentar alguns problemas, algumas questões, que vou lançar perguntas, mas achando elas como sendo questões absolutamente necessárias de serem respondidas e assumidas como um compromisso por todos nós. Primeiro, o Estado não pode demitir-se de sua tarefa de ser um agente garantidor do bem-comum. Em segundo lugar, esse será no sentido de que é necessário que seja assim, que conseguiremos criar formas de controle sobre a privatização e degradação dos espaços públicos. O que nós assistimos é um recuo do espaço público, em função de um avanço indiscriminado dos espaços privados.

Será que conseguiremos criar, no sentido que é necessário criar condições para que a autoridade familiar, que é um misto de respeito, amor e limite exerça-se sem transferi-la, por exemplo, para a escola, que por sua vez precisa estar preparada para tratar as exceções, o declínio das condições estão aí. Temos uma pesquisa feita pela Universidade Federal do Paraná sobre “Juventude, Violência e Cidadania”, a situação do profissional de educação é aterradora.

As condições encontradas na escola “estresse”, “burn out” e outras doenças mentais é assustador, e não simplesmente numa política que cria o que tem sido chamado por alguns sociólogos de exclusão no interior, ou seja, amplia-se como deve ser feito as vagas e não se criam correlato para que os alunos tenham educação de qualidade.

Será que conseguiremos criar políticas, será no sentido de que precisamos, que protejam os mais vulneráveis, crianças e jovens afro descendentes, mulheres, homossexuais e idosos, aliás, olhar para examinar e examinar a condição de vida desses grupos é um excelente indicador da qualidade de vida e do bem-estar, enfim, será que conseguiremos e é necessário que nós consigamos impedir a mercantilização de quase todas as esferas da vida social, valorizando a idéia de lucro que não é o lucro monetário imediato, mas o lucro enquanto há paz social?

Será que conseguiremos colocar amarras a uma competitividade feroz que apavora os jovens e descarta as pessoas concorrendo para a corrosão do caráter na expressão do grande sociólogo Richard S. e o esgaçamento do tecido social. Parece-me que se eu comecei muito pragmaticamente falando de uma área sensível, eu me permito ao final falando dessas questões mais gerais de que diz respeito a um processo muito amplo de destruição dos valores e da ética em função de uma voracidade de um lucro que faz com que os nossos jovens nas escolas se incorporem desses valores, ou seja, como é que eu posso pedir para os jovens que sejam solidários se eu apresento a eles uma sociedade não solidária? Como é que eu posso pedir para que sejam solidários, se na hora da disputa do vestibular, na hora da busca do emprego o que encontram é absolutamente o desamparo? Se os seus pais estão ficando desamparados?

Esta certamente é a violência estrutural, aquele que tem, que alimenta e que tem relação com a nossa violência escravocrata, enfim.

Muito obrigado pela atenção e boa tarde!

O SR. ORLANDO PESSUTI

Nós agradecemos ao professor Pedro Bold, presidente do grupo de estudos da violência da Universidade Federal do Paraná.

Quero de antemão comunicar à nossa Plenária, nós tínhamos previsão para encerrarmos nossos trabalhos às 12h30min, nós temos ainda mais o Toni Reis, e temos aqui já quase duas dezenas de perguntas que eu entendo que nós vamos transferir para o período da tarde.

Eu registro que estive conosco alguns instantes atrás, o ilustre deputado Neivo Beraldin, e encontra-se conosco o deputado Eli Ghellere participando também desse evento, além evidentemente do deputado Algaci Tulio que teve que se retirar por alguns instantes; o deputado doutor Rosinha, o deputado Hermas Brandão, e evidentemente o deputado Gustavo Fruet que permanece conosco nesse trabalho.

Como último palestrante desse período da manhã, nós vamos convocar agora para fazer sua explanação representando a Associação de Saúde Integral e Cidadania para América Latina e representando também a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis, vamos conceder a palavra a Toni Reis.

O SR. TONI REIS

Bom dia a todos. É um prazer estar aqui na Assembleia Legislativa. Gostaria de começar com esta frase; “Não é a violência de poucos que me assusta, mas o silêncio de muitos”. Martin Luther King Jr.

Este Seminário acho que prova que nós não estamos em silêncio, estamos falando e agradeço o convite da sociedade civil organizada. Neste momento gostaria de registrar: percebemos na Mesa de abertura que o Governo estava representado, a universidade e a sociedade civil não foi representada. É importante trazer a sociedade civil para discussão. Todos os discursos das quatro autoridades que falaram, todas citaram a presença da sociedade civil. E a sociedade civil tem que estar presente, porque ela é que muitas vezes sofre essa violência. Faço parte da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis e também da América Latina - da Associação de Saúde Integral para a América Latina. São duas organizações que trabalham com a questão dos direitos humanos das minorias, principalmente a questão dos homossexuais, gays, lésbicas, travestis e transexuais.

Na penúltima revista Isto É, sobre esses dados que vou estar passando bem de relance, temos 50 mil pessoas que morrem assassinadas no Brasil a cada ano; são 135 homicídios por dia no Brasil. Infelizmente o Brasil é um país onde mais se mata homossexuais. Vocês falaram e achei interessante toda a questão dos dados, nós, infelizmente, não temos esses dados oficiais. E o que fez com que a nossa organização tanto internacional, latino-americana como no Brasil se organizasse e hoje nós publicamos todo ano nosso relatório particular das organizações, do Brasil todo. Então temos um livro que se chama: O crime anti-homossexual no Brasil. E tivemos nesses últimos anos - 2092 homossexuais assassinados no Brasil. Todos com requinte de crueldade e violência, mostrando a chamada homofobia que é a aversão aos homossexuais. Que é um problema sério, um problema, inclusive, de saúde pública. O perfil das vítimas: 72% das vítimas foram afro-descendentes, e 11%, e esse é um dado muito complicado, foi violência por parte dos policiais. São dados do Brasil. Exemplo de violência contra homossexuais. E isso, pessoal, podemos estar transportando para a questão do negro, da mulher, da criança e do adolescente.

Tivemos o caso do Renildo José dos Santos, em Alagoas; era um vereador que assumiu que era homossexual numa rádio e que foi, infelizmente, sequestrado, esquartejado, queimado, tirado todos seus órgãos e mandado por toda parte da cidade. O Edson Nérís pelo simples fato de estar passeando de mão dada com outra pessoa do mesmo sexo, em São Paulo na Praça da República, foi barbaramente espancado, morto por um grupo de jovens chamados Skin hands (?). Felizmente, neste caso, conseguimos que o Judiciário apurasse e os assassinos foram presos. O Luiz Carlos Silva, de Alagoas, foi morto com toda crueldade possível e foi amarrado atrás de uma moto e fizeram várias voltas na cidade.

Esses são 3 exemplos que eu trouxe, pessoal, como a intolerância, o preconceito, a ignorância faz com que se tenha essa violência. A violência como bem disse o nosso professor da Universidade - o Pedro, é extremamente complexa. Mas o que percebemos é que a violência se distribui de forma desigual em nossa sociedade, concentrando-se mais na periferia dos grandes centros, marcado pela degradação sócio-econômica. Isso também se reflete na questão da nossa minoria.

A questão que coloquei é que a ignorância é um problema seriíssimo. Hoje, ainda, muitas pessoas consideram os homossexuais pecadores, doentes e sabemos muito bem que a Organização Mundial de Saúde retirou o Código 302.0 da classificação internacional das doenças, o CID. Que existia no CID 9, hoje no CID 10 não existe mais. Muitas pessoas nos consideram como criminosos, pecadores, inclusive temos exemplo até no âmbito federal; tivemos que processar um deputado federal e um estadual e agora um vereador que nos compara a animais. E isso, uma pessoa que defende os direitos humanos, os direitos humanos também são para os homossexuais. Isso a gente coloca e tem esse espaço para estar colocando isso. Acho que o respeito é fundamental.

A violência policial que é um dos problemas seriíssimos no Brasil como um todo. Felizmente no Paraná diminuimos muito. O Grupo Dignidade foi fundado há 10 anos. Tínhamos várias denúncias dos policiais: extorsão, espancamento, assassinatos. E, nos últimos 3 anos, temos visto a diminuição muito grande no Paraná. E a questão da exclusão social que é um problema que já foi abordado pelo Pedro. Esse é um dado que vi na Isto É e me chocou bastante, é um dado do IPEA, 12% da nossa população é indigente, 33% são pobres. Ou seja, 45% da população não tem condições de atender as suas necessidades básicas. Isso torna nossa sociedade vulnerável, porque é muita gente excluída da sociedade.

Propostas: mudanças no tipo de solução. Vemos que o Governo, tanto federal, como estadual, municipal tem investido. Foram feitos, e isso são dados do IPEA e fui conferir, foram investidos 150 bilhões, são investidos anualmente no Brasil em propaganda e projetos sociais. Mas os problemas permanecem. Por quê? Neste sentido o Dr. Sobânia falou essa palavra: controle social. Nós achamos que a saúde tem um grande exemplo para a segurança pública e para as outras áreas de governo. Que é o controle social. Tenho a honra de fazer parte do Conselho Municipal e o Conselho Estadual de Saúde onde a sociedade civil que tem 50% dos votos, lá dentro fiscaliza, participa, sugere, critica, elogia e acompanha toda a aplicação dos recursos e as propostas. Isso precisamos trazer para a segurança pública. Não é conferência, não é seminário, estamos lá todo mês - numa reunião de dois dias, mencionando e, inclusive, com as pessoas que não pensam igual. Isso é importante. Trazer o pessoal da situação, da oposição, do pessoal que está no meio é importante trazer. Todos fazem parte da sociedade. Então o controle social na segurança pública é fundamental.

A questão das conferências locais, municipais e estaduais que participamos e aí dou um exemplo típico que podemos e temos capacidade de solucionar o problema da segurança pública. A Aids é um flagelo, está atingindo a maioria dos países pobres. Na África, no caso de Uganda, temos 6 ministros com Aids, 40% da população está com Aids. No Brasil somos um exemplo internacionalmente, os Estados Unidos, a França vêm aqui pegar nossa experiência. Por quê? Temos 525 Ong's que estão trabalhando, todas com parcerias tanto com os Governos: Municipal, Estadual e Federal. Quando você coloca a sociedade civil na parceria executando junto, não só cobrando - acho que temos que cobrar também, mas, participar, conseguimos trazer a solução. Neste sentido em Curitiba.

Nesse sentido nós temos também em Curitiba o chamado modelo colaborativo, quando nós mandamos os nossos projetos para o Canadá, o Canadá primeiro falou assim: "vamos saber primeiro o que a população quer", e aí começou o modelo colaborativo, que é a participação das pessoas envolvidas no problema, darem a solução. Porque muitas vezes um projeto executado na prancheta ou no escritório não funciona, é muito importante trazer as pessoas envolvidas no problema para que eles apontem algumas soluções.

Algumas propostas mais concretas: campanhas de respeito às diferenças. Não sei se vocês viram na televisão, nesses últimos dias a campanha do respeito aos homossexuais, isso é fundamental pessoal! O respeito não só ao judeu, ao árabe, ao negro, aos atleticanos também, enfim, temos que respeitar todo mundo, numa boa e conviver na sociedade em paz.

Outra questão fundamental é a implementação dos termos transversais; eu sou professor e nós temos uma Lei a LDB, maravilhosa, pena que a nossa representante da Secretaria da Educação não esteja aqui, mas é assim, nós temos lá a ética, como ensinar ética para nossos adolescentes, nossos jovens e que esses parâmetros sejam colocados dentro das escolas mas, na prática? A questão da pluralidade cultural, saúde e orientação sexual, isso já está na Lei, não precisamos mais elaborar, precisamos que seja implementado.

A questão da valorização dos policiais e a impunidade. Nós temos desses dois mil e noventa e dois casos de assassinatos apenas 1,9 foram solucionados. Visitem um distrito, no Estado do Paraná, visitem e vejam como está a situação dos policiais. A situação é calamitosa. Eu cheguei, nós temos um programa do Ministério da Justiça, temos um advogado e nós vemos já junto quanto tem um assassinato, extorsão, roubo, discriminação. Os computadores... olha, não vou falar porque vocês devem saber como a situação é muito complicada! E a situação psicológica dos policiais? É uma tristeza, a desmotivação, a desvalorização, questão salarial e questão pessoal.

Nesse sentido eu gostaria de fazer um elogio público à Secretária do Rio Grande do Sul que tem feito

esse trabalhos, uma das nossas reivindicações é que apóie e valorize o policial. Nós criticamos bastante, sim, mas nós temos que valorizá-los, a questão salarial e a questão da saúde mental deles. E aí sensibilizar e capacitar a polícia para o respeito à diversidade humana. porque infelizmente nós temos, até pelo stress, muitas vezes nós somos maltratados, e aí quando a gente chega lá e mostra que tem conhecimento que é cidadão, que a gente conhece a Constituição, que a gente conhece o Código Penal, claro com a assessoria da advogada, aí eles baixaram a bola e vão nos respeitando. Então nós temos assim "N" denúncias, contra policiais, isso no Brasil inteiro, não estou falando só do Paraná, isso nós podemos falar do Rio Grande do Sul ao Amazonas. Precisamos então capacitar sensibilizar os policiais para o respeito às diferenças.

A redução às desigualdades sociais principalmente a implantação do programa de renda mínima. Isso não é minha idéia ou coisa parecida, eu estive lendo o programa nacional de direitos humanos e está bem claro que é importante a implantação desse programa, que não se tenha aquele número grande de pobres e indigentes, no nosso País.

Promulgação de leis mais severas para crimes contra as minorias e isso nós temos já no Congresso, que coloca proibição por discriminação, por orientação sexual, vamos distribuir na Assembléia Legislativa e já temos em 10 capitais. Aqui em Curitiba também, por iniciativa do vereador JP vamos ter uma Lei que proíba a discriminação.

Eu quero até sugerir para as pessoas que vão estar discutindo amanhã, eu vou junto na parte que nos toca que é a questão de gênero, que é assim, esse plano nacional de direitos humanos é elogiável, a forma como foi construído, a nossa instituição participou, todas as ONG's do Brasil participaram, ele está excelente, é um dos melhores planos que já saiu, pena que foi esses últimos seis meses desse Governo; esperamos que o próximo presidente consiga cumprir, está muito bom. Acho que temos que discutir como vamos implementar essas idéias, porque de propostas nos estamos cheios. O Plano Nacional de Segurança Pública tem quinze compromissos, é uma maravilha, se colocarmos em prática, implementarmos, estamos feitos, vamos viver numa Suíça. Então é cumprir esses dois grandes documentos no âmbito nacional.

Eu sou da ABGHT, sou secretário nacional, aí estão os nossos endereços e a nossa "home page".

Gostaria de terminar com a Margaret Meat, homenageando a Maria Goreti que organizou aqui, uma feminista muito bacana, e ela coloca; "Nunca duvide que um pequeno grupo de pessoas sérias e comprometidas pode mudar o mundo. Na realidade é o único que pode fazê-lo". Acho que nós, aqui reunidos podemos estar juntos e nós, sociedade civil, nós queremos estar juntos não queremos só que apresentem os planos para nós, queremos participar. Peguem o exemplo da coordenação nacional

de doentes de AIDS, eles sabem fazer muito bem e constroem e nós conseguimos estar contribuindo para esta questão da violência.

Obrigado.

O SR. ORLANDO PESSUTI

Agradecemos ao Toni Reis, uma pessoa que conhecemos há muito tempo, desde a Casa do Estudante, porque tive o privilégio de lá morar, uns 10 anos antes que o Toni, porque acho que sou uns 15 mais velho que ele.

Acho que vamos suspender agora, às 12h30, conforme estava previsto, vamos dar o intervalo para o almoço. Antes de finalizar, nessa parte que competiu a nós coordenar os trabalhos já que na parte da tarde nós teremos a coordenação do deputado Hermas Brandão e do deputado Gustavo Fruet, eu quero, pessoalmente, agradecer a todos que aqui vieram, a todos que ajudaram a construir este seminário.

Estou muito satisfeito de ter podido participar desta primeira fase, participaremos depois porque aqui hoje se concretiza aquilo que para nós ontem sempre foi um sonho: o trabalho integrado de Parlamentos do Sul,

hoje também com a participação do Mato Grosso do Sul, e a gente não vê como resolver problemas de violência e saúde pública sem que haja uma interação, uma integração entre nossos Estados que muito se assemelham, que muito parecidos são.

Eu, pessoalmente, agradeço a presença da Maria Juliana que veio lá do Rio Grande do Sul, representando o Estado gaúcho; do Cândido, que veio representando o Estado de Santa Catarina; o Sobânia, que está aqui a representar o Estado do Paraná; e a todos aqueles do município de Curitiba, aqui representados pelo Miquelli; o professor Pedro; o Toni; que aqui expuseram seus pensamentos, suas idéias e seus trabalhos; nós agradecemos!

Vamos fazer a suspensão dos trabalhos neste momento, esperando poder reabri-los às 15h00, como está programado. A Sessão Plenária começa às 14h30, aqueles que puderem estar aqui para participar da abertura dos trabalhos da Assembléia, depois o presidente suspende os trabalhos normais e dá prosseguimento ao Simpósio.

A todos muito obrigado e bom apetite!

Suspensão dos trabalhos do Seminário.