

DOCUMENTO 4



CIDADES E COMUNIDADES PROTETORAS DA VIDA

Uma abordagem comunitária da promoção da saúde e da segurança

Porto Alegre, 18 de março de 2007

Gerci Salete Rodrigues

Coordenadora da Rede e relatora do evento

Armando De Negri Filho

Cesar Braga de Macedo

Membros da Executiva da RBCCPV

CIDADES E COMUNIDADES PROTETORAS DA VIDA,

uma abordagem comunitária da promoção da saúde e da segurança

1. INTRODUÇÃO

O custo humano em sofrimento e dor ocasionando pelos acidentes e violências é, evidentemente, incalculável. De fato, ele é no essencial, invisível. A tecnologia dos satélites permite aos telespectadores, todos os dias, serem testemunhas de certos tipos de violência – terrorismo, guerras, motins, gangues do narcotráfico, distúrbios civis – mas, muita violência se produz longe dos olhares, nos lares, nos locais de trabalho, até mesmo dentro de estabelecimentos de saúde e instituições sociais criadas para cuidar das pessoas. Grande número de vítimas são muito jovens, muito frágeis ou muito doentes para se proteger. Outros se calam diante do peso das convenções ou das pressões sociais”. (Raport Mondiale Sur la Violence et la Santé – OMS).

No Brasil, as causas externas, ocupam o segundo lugar entre as causas de mortalidade no período de 1998 a 2000. Em 2003, representou 12,6% dos óbitos e 7,8% das internações hospitalares. Foram 21.936 óbitos em crianças e adolescentes (0 a 19 anos), sendo as maiores causas, as agressões, seguidos dos acidentes de trânsito, afogamentos, suicídios e eventos indeterminados (BRASIL, 2000).

A concentração das injúrias intencionais e não intencionais é mais evidente em áreas urbanas, onde aproximadamente 75% do total de mortes acontece por causas violentas.

A dimensão e a gravidade desse problema, para além dos números e estatísticas, se revela na vida diária das comunidades tornando-as cada vez mais reféns do medo. Por conta disso seus hábitos são alterados, suas esperanças e liberdades cada vez mais tolhidas. As consequências disso, sobretudo sobre as novas gerações, são incalculáveis.

Além da mortalidade e das incapacidades, os traumatismos e a violência

têm muitas outras consequências para a saúde: depressão, alcoolismo, consumo de drogas, tabagismo, distúrbios da alimentação ou do sono, gravidez involuntária, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O primeiro conceito que precisamos abordar é o da estratégia promocional pois tem estado presente nos discursos de uma forma banalizada e, muitas vezes, como sinônimo de ações preventivas. A aproximação conceitual se faz necessária no momento que estamos adotando-a como base filosófica e ética.

Na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1996 Ottawa / Canadá estratégia promocional foi definida como:

um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (CARTA DE OTAWA, 1986).

Nessa perspectiva, a construção da autonomia individual e comunitária é a principal ferramenta que precisamos desenvolver para alterar o cenário anteriormente descrito.

A legislação brasileira, adota a estratégia promocional, com a Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002, a qual refere que:

“O Sistema [...] de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde

e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação” (BRASIL, 2002, p.).

Nesse sentido, o Ato Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003 aponta as comunidades protetoras da vida como forma de materializar este caminho, ao estabelecer que:

a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita: [...] desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades” (BRASIL, 2003, p.)

Portanto, trata-se de melhor compreender essa estratégia para que possamos dar densidade ao que já está previsto na legislação impregnando as iniciativas desse olhar.

De outra parte, o Manifesto pelas Comunidades Protetoras da Vida realizado na I Conferência Mundial de Promoção da Segurança refere que “todo ser humano tem um igual direito à saúde e à segurança” (Estocolmo, 1991, p.).

Pela primeira vez se declara o fato de que segurança é um direito básico do ser humano, igual a qualquer outro estado descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos e, portanto, vale a pena promover e proteger, explicitado francamente por um comitê internacional de especialistas; pela primeira vez um documento foi preparado para justificar a necessidade de implementar projetos no campo da prevenção de lesões e promoção da segurança, e ainda mais, urge que os governos de todo o mundo o realizem. O manifesto, dá ênfase à equidade (“a segurança para todos pode ser alcançada por redução do risco de lesões e por redução das diferenças na taxas de acidentes e lesões entre grupos sócio – econômicos), a participação comunitária (“as pessoas tem o direito, e alguns dirão o dever, de participar do planejamento e da implementação de seus programas de comunidades protetoras da vida”) e a participação nacional e

internacional (como parte de seu plano nacional de saúde, cada governo formularia uma política nacional e um plano de ação para criar e sustentar comunidades protetoras da vida).

A segurança diz respeito a todo mundo. Toda a comunidade, incluindo os indivíduos, os financiadores, as agências e grupos comunitários devem mobilizados para fortalecer a segurança da população. A segurança é aqui entendida como um estado em que riscos e condições que levam ao sofrimento físico, psicológico e material são controlados a fim de preservar a saúde e o bem estar do indivíduo e da comunidade. É um recurso essencial para a vida diária, necessitada pelos indivíduos e a comunidade para realizar suas aspirações (...).

A segurança é considerada como um estado que resulta do equilíbrio dinâmico estabelecido entre os diferentes componentes de um dado cenário. Resulta de um complexo processo onde os seres humanos interagem com seu ambiente. Por meio ambiente, compreendemos não somente o físico, mas também o social, cultural, tecnológico, político, econômico e organizacional. Essas definições claras se fazem necessárias em um momento histórico em que os meios de divulgação de massa colocam cotidianamente segurança como sinônimo de policiamento, de equipamentos sofisticados de “segurança”, gerando frequentemente uma visão distorcida da realidade. Colocando as comunidades somente na perspectiva de vítimas impotentes diante de uma realidade incontrollável. Assim sendo retiram do imaginário social qualquer possibilidade de raciocínio crítico tornando comunidades inteiras no papel de expectadores desse triste espetáculo. Essa visão que encara a segurança como um produto e não como um processo, despotencializa a autonomia e o papel transformador das comunidades. Além disso, obscurecem muitas vezes a visão dos próprios formuladores de políticas públicas que, via de regra, optam por iniciativas fracionadas e, frequentemente focadas na coerção, no controle de fatos consumados, isto é, nas consequências. Essas medidas, não raras vezes, agravam ainda mais a situação das comunidades, especialmente as mais vulneráveis social e economicamente, tornando-as alvo da violência policial ou vítimas casuais dos “efeitos colaterais aceitáveis” como “balas-perdidas”, prisões indevidas ou até execuções e chacinas.

Existem dois componentes ou dimensões da segurança: um é objetivo e avaliado por parâmetros objetivos, ambientais e comportamentais, e o outro é subjetivo e apreciado de acordo com a sensação de segurança (ou insegurança) da população.

Para muitas pessoas, uma sensação de insegurança surge mais pela preocupação com a vida diária do que pelo medo de um cataclismo mundial. Trabalho seguro, salário seguro, saúde segura, segurança ambiental, segurança contra crimes – estes são os interesses de segurança humana em todo o mundo.

Ambas as dimensões podem influenciar uma a outra seja positiva ou negativamente. De fato, a melhoria da dimensão objetiva pode algumas vezes diminuir a dimensão subjetiva (a presença de numerosos policiais em uma dada área para combater o crime pode gerar uma sensação de pânico entre alguns cidadãos). Em contrapartida, a melhoria da sensação de segurança pode levar a deterioração da dimensão objetiva (e.g. adquirir uma arma de fogo para se sentir mais protegido de ataques, aumenta o risco de um acidente doméstico). Esta dinâmica entre as dimensões subjetivas e objetivas de segurança é algumas vezes usada para prevenir alguns problemas por indução da sensação de insegurança a fim de encorajar comportamentos seguros que beneficiariam a todos (e.g. reduzindo a largura das ruas para o fluxo de veículos, reduzindo a velocidade em zonas escolares).

Para melhorar a segurança das populações, é necessário considerar estas duas dimensões pelas seguintes razões:

- Muito do que a população referencia como um problema de segurança é bem fundado, ainda que não seja demonstrável com parâmetros objetivos;
- programas de promoção da segurança precisam ser adaptados a cada comunidade, a vida real expressando o julgamento subjetivo sobre as situações que mais afetam as pessoas;
- a dinâmica entre, dimensões subjetivas e objetivas, deve ser mais bem considerada quando avaliamos os problemas e planejamos as intervenções.

Os traumatismos intencionais e não intencionais não são a única

manifestação de insegurança no mundo. Quantas pessoas em nossa cidade evitam determinados bairros ou até mesmo quarteirões e ruas com medo de serem agredidas? Quantos são os que têm equipado seus condomínios, prédios ou casas com sistemas de proteção acreditando estar protegidos contra a violência? Quantas pessoas idosas limitam seus deslocamentos porque as calçadas estão ausentes ou estão mal conservadas? Quantas vítimas não saberão jamais retomar uma vida normal após terem sofrido algum constrangimento ou experiência aterrorizante com ou sem traumatismo físico? Para promover a segurança, é necessário, pois, não unicamente dirigir nossos esforços para os traumatismos, mas também nos interessarmos pelas dimensões subjetivas como o medo, o isolamento e a perda de autonomia, devemos igualmente nos preocupar com as desigualdades sócio-econômicas e o não respeito aos direitos e liberdades que são a base de tensões importantes tanto entre indivíduos, quanto entre os grupos sociais.

Iniquidades são diferenças de riscos ou agravos para a saúde entre grupos populacionais ou ao longo do tempo, que são injustas, evitáveis e não escolhidas, e para as quais um agente responsável pode ser identificado (BAMBAS, 2002). Nesse sentido, a equidade é a correção de injustiças representadas pelas iniquidades ou condições inadequadas de saúde entre os que estão em desvantagem (GWATKIN, 2000). Equidade também é vista “como forma superior de justiça” (VIDAL, 2001, p.).

Visualizar e localizar as iniquidades no mundo, em nosso país, em nossa cidade e/ou comunidade, portanto, se faz necessário para compreendermos a expressão e, sobretudo, o impacto das causas externas na vida das pessoas. Iniquidades essas que podem ser tanto fatores condicionantes ou determinantes na ocorrência dos agravos como fatores de vulnerabilidades.

Os referenciais para a sustentação conceitual de vulnerabilidade adotada neste caso, repousa em aproximações quantitativas populacionais e qualitativas no sentido de considerar indivíduos e contextos na constituição desses eventos. Esses, por sua vez, são necessariamente pensados no contexto de uma situação, num dado momento e dentro de uma dada sociedade (FRANCE LERT, 1996). Assim sendo, as situações de risco que utilizamos para compor essa

noção constituem-se a partir do conjunto de fatores que, sob o ponto de vista da saúde pública, configuram os fatos e as relações sociais predisponentes a morbimortalidade (LOPES IN SANT'ANNA, 2000). Nesta perspectiva, considera-se situação predisponente a morbidade por Causas Externas nesse contexto. Adota-se também para essas reflexões a vulnerabilidade como risco social para o adoecimento e morte por essas causas (RODRIGUES, LOPES, 2007).

Vulnerabilidade ou vulnerabilidades são as variantes que se constituem das dimensões individuais e coletivas que definem uma situação de risco. Entende-se que a vulnerabilidade individual deve ser situada em referência a uma situação, a um momento dado dentro de uma sociedade (LERT, 1996). Uma das características dos agravos por acidentes e violências é de que eles são evitáveis.

Segundo Negri (2004), para atingir um ótimo nível de segurança individual, comunitária, governamental e outras requerem criar e manter as seguintes condições seja qual for o cenário considerado:

- um clima de coesão social e paz, tanto quanto de equidade, proteção dos direitos humanos e liberdade no nível familiar, local, nacional e internacional;
- a prevenção e controle de lesões e suas consequências ou danos causados por acidentes;
- o respeito aos valores e a integridade física, material e psicológica dos indivíduos;
- a provisão de medidas efetivas de prevenção, controle e reabilitação para assegurar a presença das três condições prévias.

Estas condições básicas de segurança devem estar presentes em todos os cenários. O cenário é considerado um sistema tendo uma ou mais finalidades. Cada cenário cumpre uma função específica e é constituído por alguns componentes, tais como: cultural, social, individual, material, econômico e elementos técnicos. Estes componentes influenciam um ao outro de acordo com papéis nem sempre bem conhecidos. A família, o local de trabalho, a escola, um bairro, uma cidade ou um país pode ser olhado como um cenário.

Um componente essencial da estratégia promocional é a transetorialidade. Significa gerar agendas políticas de governo e agendas políticas da sociedade em seu conjunto, para enfrentar os desafios de responder às necessidades. A organização das redes solidárias constroem novos espaços de poder cidadão pautado por um compromisso voltado a atender às necessidades sociais para as quais já temos conhecimentos, meios e vontades para satisfazê-las. O objetivo final é desbanalizar o sofrimento humano e ampliar o horizonte de governabilidade cidadã.

O nascimento de uma Comunidade Protetora

O primeiro projeto para a prevenção de acidentes foi desenvolvido no município de Falköping (Suécia), em 1974.

Um grupo de cientistas da Universidade de Lund chegou ao condado de Skaraborg, na Suécia, com a tarefa de desenvolver um programa de prevenção de traumatismos e lesões para uma população de ¼ de milhão de habitantes. A municipalidade de Falköping foi escolhida para o projeto piloto tendo como fundamento o processo de orientação diagnóstica de base comunitária, que contemplasse ainda os seguintes critérios.

- Estrutura e organização de serviços de saúde bem desenvolvida;
- Estrutura comercial e industrial bem diferenciada;
- Uma área similar disponível que atuasse como controle (Lidköping).

Esta serviria como lugar de teste para uma pesquisa de prevenção de traumatismos não-intencionais e a estruturação posterior de intervenções.

O grupo do projeto estabeleceu certas hipóteses para seu trabalho:

1. Os acidentes afligem o indivíduo, o grupo primário e a comunidade. O acidente causa no indivíduo sofrimento mental, físico, social e financeiro. O grupo primário - na maior parte dos casos a família - sofrimento mental,

social e financeiro, completamente por força do acidente. O acidente acarreta pesados custos para a comunidade, devido ao absenteísmo ao trabalho além da redução da capacidade para trabalhar.

2. Todo acidente tem uma ou mais causas. Se pudermos encontrar as causas dos acidentes, seremos também capazes de encontrar caminhos efetivos para preveni-los.

3. A maior parte das pessoas está consciente de situações de riscos de acidentes em sua vizinhança imediata, mas não sabem a quem se dirigir para discutir ou como eliminar o risco e prevenir o acidente.

4. Todo indivíduo cidadão deveria estar envolvido na prevenção de acidentes, tanto quanto possível, assim então alcançaríamos resultados em longo prazo.

5. Acidentes são usualmente descritos como eventos que causaram danos pessoais e/ou danos a propriedade e que são colocados em diferentes categorias dependendo da hora e lugar do acidente, a parte do corpo lesada etc. Os conhecimentos necessários, a experiência e os recursos para um programa abrangente de prevenção de acidentes, cobrindo todo tipo de acidentes são insuficientes, até o momento. Além disso, as medidas preventivas têm diferentes alcances e estágios de desenvolvimento em diferentes partes do panorama do acidente.

6. Um programa de prevenção de acidentes deve, entretanto responder a categorias específicas de acidentes.

7. Em um projeto deste tipo, o mais sério acidente, isto é. aquele que leva a severas lesões e óbito, e o tipo de acidente mais frequente devem ter prioridade.

O objetivo prático do projeto de Falköping não foi unicamente iniciar atividades junto com os moradores a fim de reduzir o índice de acidentes em diferentes setores e analisar as medidas preventivas mais efetivas. Visava também habilitar o grupo de pesquisadores a ter um quadro mais preciso das atitudes das pessoas, frente aos acidentes e aos problemas relacionados aos

acidentes.

Em 1978, Falköping iniciou seu programa de registro de lesões, seguido de um programa de prevenção de lesões em 1979.

Com dois anos de trabalho, foi possível observar bons resultados. De 113 por 1000 em 1978, a incidência caiu para 98 por 1000 em 1981, 95 por 1000 em 1983 e 94 por 1000 em 1985. Isto corresponde a uma redução de 27% de acidentes domésticos, 28% de acidentes de trabalho e 28% de acidentes de estrada.

No “controle”, a municipalidade de Lidköping, que foi deixada sem medidas de prevenção de lesões, a incidência de acidentes ficou no mesmo nível, ou seja não decresceu.

Um dos componentes, que fez com que o projeto de Falköping fosse um sucesso, foi o fato de que o principal eixo condutor do projeto foi desenvolvido pela comunidade.

Cidade ou comunidade protetora da vida – fundamentos

O conceito de comunidade protetora iniciou sua existência formal por ocasião da 1ª Conferência Mundial para a Prevenção de Acidentes e Lesões, em Estocolmo em 1991. O Manifesto pelas Comunidades Protetoras e as resoluções da conferência estabeleceram que: “Todo ser humano tem igual direito à saúde e segurança”. Este é o aspecto fundamental da “Estratégia de Saúde para Todos” e do “Programa Global de Prevenção de Acidentes e Controle de Lesões” da OMS. Esta premissa tem desencadeado um mecanismo de ação comunitária através do mundo; ação que busca construir comunidades protetoras da vida.

A comunidade que estabelecer um contexto válido para construir relações e parcerias públicas-estatais e privadas, organizando a intervenção comunitária em busca de resultados está dando o primeiro passo para tornar-se uma

Comunidade Protetora da Vida.

Além disso, a Conferência de Estocolmo identificou quatro áreas de ação das comunidades protetoras da vida.

As recomendações para a ação são:

1. Formular políticas públicas para segurança;
2. Criar ambientes saudáveis, protetores e sustentáveis;
3. Fortalecer a ação comunitária;
4. Ampliar os serviços públicos.

Os participantes da Primeira Conferência Mundial de Prevenção de Acidentes e Lesões clamam por urgente e efetiva ação nacional e internacional para o desenvolvimento e implementação de Comunidades Protetoras da Vida, através do mundo. Incitam, governos, OMS, outras organizações internacionais, agências multilaterais e bilaterais, organizações não governamentais, trabalhadores da saúde e da segurança, agências de fundos, e todas as comunidades do mundo para sustentação do compromisso nacional e internacional com as comunidades protetoras da vida. Os participantes da conferência incitam todas as partes a prover o crescimento do suporte técnico e financeiro para este propósito. Os países em desenvolvimento, em particular, precisam de tal suporte. Os participantes ajudarão a disseminar e implementar as recomendações deste manifesto.

Programas de promoção da segurança e prevenção de lesões, baseados na comunidade, são capazes de responder as necessidades particulares dos cidadãos, por utilizarem estruturas potenciais existentes nos locais, alcançarem uma alta densidade de comunicação com relativamente poucos recursos e serem capazes de desenvolver redes sociais solidárias, muito rapidamente, o que é determinante no processo de evolução para um alto padrão de promoção da segurança.

Métodos criativos de educação e mudanças ambientais associadas com

legislação apropriada são um importante começo para a segurança de uma comunidade. Nenhuma abordagem única é suficiente para mudar padrões comportamentais existentes, o que é necessário é uma forte abordagem transectorial, ordenada em torno a problemas reconhecidos e analisados de forma convergente pelo conjunto dos atores envolvidos.

Após esta experiência, a ideia desta nova abordagem de base comunitária, em todos os momentos do projeto, tornou-se um dos princípios fundamentais para o sucesso de projetos de prevenção e controle de lesões.

A iniciativa das Comunidades Protetoras difere se compararmos com outros programas tradicionais de prevenção de lesões. O papel de liderança principal é desenvolvido pela comunidade e não há um foco pontual e vertical, mas sim uma articulação em rede de iniciativas que se enlaçam e protegem o conjunto da população com equidade e enfrentando os problemas na diversidade de ambientes e de agentes causadores de lesões e traumatismos. A ocupação dos territórios sociais pela ação articulada de redes sociais é o que garante o sucesso da estratégia.

O termo Comunidade Protetora, implica que a comunidade aspire segurança em uma abordagem estruturada, não que a comunidade seja perfeitamente segura. Métodos criativos de educação e mudanças ambientais, com legislação apropriada e sanções, são um importante começo para a segurança da comunidade. Nenhuma abordagem simples é suficiente para alcançar mudanças de padrões comportamentais. A mídia pode ser, por exemplo, uma importante ferramenta para conscientizar o público, mas não é suficiente caso não existam redes sociais articuladoras em torno aos temas.

A promoção da segurança tem se constituído em uma nova dimensão da saúde pública, tendo sido crucial para o seu sucesso desenvolver estratégias baseadas em evidências, para se ter uma visão clara sobre como a segurança afeta a saúde e para trabalhar com o conceito de promoção da segurança.

A metodologia de abordagem comunitária em seus territórios sociais consiste no desenvolvimento participativo de “mapas de exposições sociais e de risco nos ambientes” e a organização de “narrativas” e dados que permitam às

comunidades fazerem a representação dos seus problemas percebidos, em um exercício de causalidades organizado, resultando em um grupo de prioridades de intervenção, seguido da identificação de medidas ou soluções necessárias e dos atores sociais capazes e/ou habilitados a desenvolver cada uma das medidas ou soluções propostas, finalmente a comunidade estabelece o seu plano ou planos de ação e seus seguimentos, com a constituição de um comitê comunitário e transetorial que coordenará o movimento local (De Negri Filho, 2002)

Nesta abordagem relacionamos pessoas expostas, com ambientes e agentes de exposição (Matriz de Haddon).

A composição de uma agenda para a cidade ou comunidade, integrando governo e sociedade em processos integrados de decisão e ação com todas as instituições e movimentos sociais relacionados ou interessados nos temas propostos. O que inclui a organização de um sistema de informações que permitirá a todos os cidadãos monitorar as condições protetoras da vida da cidade, conforme os objetivos estabelecidos na agenda da cidade e na agenda das comunidades; em torno de objetivos de “visão zero” e de projetos que viabilizem seu alcance.

Os critérios para designação de uma Cidade ou Comunidade Protetora da Vida (OMS)

1. Possuir uma infra-estrutura baseada em parcerias e colaborações administrada por um grupo intersetorial que é responsável pela promoção da segurança na comunidade
2. Possuir programas sustentáveis a longo prazo, cobrindo ambos os gêneros e todas as idades, ambientes e situações
3. Possuir programas que objetivem alcançar grupos e ambientes de alto risco além de programas que promovam a segurança de grupos vulneráveis
4. Possuir programas que documentem a frequência e as causas das lesões

5. Possuir instrumentos de medida para avaliar seus programas processos e efeitos da mudança;
6. Participar permanente na rede nacional e internacional de Comunidades Protetoras da Vida.

Documentação e avaliação

Funcionário público comunitário deve ser habilitado para documentar a frequência de lesões e padrões de causalidade.

A avaliação deve ser realizada, utilizando indicadores que demonstrem os efeitos do programa e munido de informações sobre quanto de mudança está sendo efetuada.

Organizações comunitárias devem ser analisadas quanto `a oportunidade de tomar parte na promoção da segurança.

Todos os Programas das Comunidades Protetoras da Vida devem ser acompanhados por procedimentos de avaliação acreditados que convençam os participantes, os tomadores de decisão e a comunidade que os programas são essenciais e desejáveis. Estas avaliações são necessárias para monitorar o progresso do programa e para monitorar o marco de desenvolvimento e empreendimento.

Enquanto eventos estatísticos são os mais facilmente disponíveis e são frequentemente usados como resultados medidos, esforços devem ser feitos para compreender também o padrão de morbidade.

Uma das forças do programa é a abordagem compreensiva. Em promoção da segurança e prevenção de lesões existe frequentemente pressão para fazer alguma coisa. Qualquer coisa.

A rede

A Comunidade deve disseminar sua experiência nacional e internacionalmente e estar preparada para contribuir para uma forte Rede de Cidades e Comunidades Protetoras da Vida.

Estes são os últimos, e para muitas das comunidades não designadas, o critério mais difícil de cumprir.

Fazendo parte da rede, não é suficiente estar em um pequeno canto do mundo, a comunidade é solicitada a contribuir para a promoção da segurança e para a rede.

O caminho para realizar estas tarefas depende dos meios e tamanho da comunidade. Muitas delas tem sediado uma Conferência de Comunidades Protetoras (Safe Communities Conferences) ou cursos de treinamento como Seminários Itinerantes. Estes cursos e conferencias são procedimentos com novos desafios relacionados ao programa e como se encontram; servem como uma troca de experiências e para atrair novas comunidades e grupos interessados no movimento.

Existem mais muitas cidades ou comunidades designadas como Protetoras da Vida e outras em fase de preparação como podemos ver abaixo:

	Community	Country	Designated	Inhabitants
1.	<u>Lidköping</u>	Sweden	1989, 2003	37,000
4.	<u>Motala</u>	Sweden	1990, 2004	43,000
5.	<u>Falköping</u>	Sweden	1991, 2004	32,000
10.	Shire of Bulla, changed to <u>Hume City</u>	Australia	1994 1996,2006	45,000 106,000
11.	<u>Harstad</u>	Norway	1994, 2003	22,500
12.	<u>Fort McMurray</u> 1995 (New name: <u>Wood Buffalo</u> 2005)	Canada	1995, 2005	36,000
13.	<u>Falun</u>	Sweden	1995	55,000
14.	<u>Noarlunga</u>	Australia	1996, 2003	94,300
15.	<u>La Trobe</u>	Australia	1996, 2006	73,000
17.	<u>Krokom</u>	Sweden	1996	14,800
18.	<u>Skövde</u>	Sweden	1996, 2007	50,000
19.	<u>Dallas</u>	United States	1996	1,988,000
20.	<u>Arjeplog</u>	Sweden	1997	3,650

21.	<u>Eldorado Park</u>	South Africa	1997	85,000
22.	<u>Vorarlberg</u> changed to <u>State of Vorarlberg</u>	Austria	1998 2002	65,000 367,800
36.	<u>Rotterdam</u>	The Netherlands	1998	600,000
37.	<u>Tidaholm</u>	Sweden	1998	13,000
38.	<u>Uddevalla</u>	Sweden	1998	49,500
39.	<u>Borås</u>	Sweden	1998	96,000
40.	<u>Anchorage</u>	USA	1998	260,000
41-44.	<u>SHOROC</u>	Australia	1998, 2006	251, 000
45.	<u>Ryde</u>	Australia	1999	93,000
46.	<u>Waitakere</u>	New Zealand	1999	167,400
47.	<u>Waimakariri</u>	New Zealand	1999, 2006	35,000
48.	<u>Mariestad</u>	Sweden	1999	24,000
49.	<u>Denmark</u>	Australia	2000	4,500
50.	<u>Melbourne</u>	Australia	2000, 2006	45,000
51.	<u>Katrineholm</u>	Sweden	2000	32,500
52.	<u>Rakkestad</u>	Norway	2000	7,000
53.	<u>Ludvika</u>	Sweden	2000	27,000

54.	<u>Årdal</u>	Norway	2000	5,850
55.	<u>Nacka</u>	Sweden	2000	75,000
56.	<u>Os</u>	Norway	2000	2,150
57.	<u>Stovner</u>	Norway	2001	20,908
58.	<u>Brockville</u>	Canada	2001	22,000
59.	<u>Veile</u>	Denmark	2001	345,000
60.	<u>Fyn</u>	Denmark	2001	500,000
61.	<u>Viborg</u>	Denmark	2001	233,700
62.	<u>Alvdal</u>	Norway	2001	2,415
63.	<u>Suwon</u>	Korea	2002	974,866
65.	<u>Rainy River</u>	Canada	2002	8,315
66.	<u>Larvik</u>	Norway	2002	40,681
67.	<u>Fredrikstad</u>	Norway	2002	68,500
68.	<u>Spydeberg</u>	Norway	2002	4,600
69.	<u>Ski</u>	Norway	2002	26,672
70.	<u>Klepp</u>	Norway	2002	14,000
71.	<u>Høyanger</u>	Norway	2002	4,671
72.	<u>Tuen Mun</u>	China	2003	490,000

73.	<u>Kwai Tsing</u>	China	2003	480,000
74.	<u>Calgary</u>	Canadá	2003	905,000
75.	<u>Horsens</u>	Denmark	2003	58,000
76.	<u>Nordborg</u>	Denmark	2003	14,078
77.	<u>Sault Ste. Marie</u>	Canada	2003	75,000
78.	<u>Kromeriz</u>	Czech Republic	2003	30,000
79.	<u>Hyvinkää</u>	Finland	2003	43,000
80.	<u>Vågå</u>	Norway	2004	3,800
81-82	<u>Mackay/Whitsunday</u>	Australia	2004	91,000
83.	<u>Rapla</u>	Estonia	2004	37,300
84.	<u>Bergen</u>	Norway	2005	237, 430
85.	<u>Kvam</u>	Norway	2005	8,400
86.	<u>Konjic</u>	Bosnia and Herzegovina	2005	32,820
87.	<u>Trondheim</u>	Norway	2005	154,351
88.	<u>Raanana</u>	Israel	2005	75,000
89.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm <u>Sogn and Fjordane</u>	Norway	2005	107,000

90.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm Tai Po	China	2005	320,000
91.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm Fong bin http://www.phs.ki.se/csp/safecom/Alishan_taiwan.htm	China (Province of Taiwan)	2005	5,929
92.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm Dung shr	China (Province of Taiwan)	2005	56,452
93.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm Alishan	China (Province of Taiwan)	2005	1,536
94.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm Neihu http://www.phs.ki.se/csp/safecom/Alishan_taiwan.htm	China (Province of Taiwan)	2005	261,000
95.	<u>New Plymouth</u>	New Zealand	2005	66,600
96.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/Neihu_taiwan.htm Töreboda	Sweden	2005	9,400

97.	http://www.phs.ki.se/csp/safecom/raanana.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/so_gn_och_fjordarna.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/Neihu_taiwan.htm http://www.phs.ki.se/csp/safecom/toreboda.htm Youth Park Community	Jinan, China	2006	20,760
98.	<u>Whangarei</u>	New Zealand	2006	68,091
99.	<u>Nomzamo- Broadlands Park</u>	South Africa	2006	
100.	<u>Wellington</u>	New Zealand	2006	163,824
101	<u>Tsuen Wan</u>	China	2006	290,500
102	<u>Smedjebacken</u>	Sweden	2006	11,598
103	<u>Townsville Thuringowa</u>	Australia	2006	155,371
104	<u>Lang Co</u>	Vietnam	2006	11,868
105	<u>Loc Sonh</u>	Vietnam	2006	7,650
106	<u>Da Trach</u>	Vietnam	2006	5,188
107	<u>Dong Tien</u>	Vietnam	2006	6,000
108	<u>Xuan Dinh</u>	Vietnam	2006	23,124
109	<u>Sham Shui Po, Hong Kong</u>	China	2006	372,000
110	<u>Tung Chung, Hong Kong</u>	China	2006	100,000
111	<u>Northcott</u>	Australia	2006	1,000

112	<u>Peñaflor</u>	Chile	2007	78,000
-----	-----------------	-------	------	--------

Fonte: Site das comunidades internacionais: www.phs.ki.se/csp/ Em 26 de março de 2007.

Os chamados Centros Colaboradores da Organização Mundial da Saúde para a Promoção da Segurança que, além de disseminar as ideias são responsáveis por dar suporte e avaliar as cidades e comunidades que desenvolvem o programa. Conforme podemos verificar abaixo, não existe nenhum desses centros na América Latina, mas estamos tomando iniciativas no sentido de criar uma referência nesse continente.

WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion
 Ulla Svanström, Leif Svanström, Karolinska Institutet, Department of Public Health Science, Division of Social Medicine, Stockholm, Sweden

The Safe Communities Network Designated Members

What is a Safe Community?
 A community can be declared as a Safe Community by fulfilling the following six indicators:

1. An infrastructure based on partnership and collaboration, governed by a cross-sectional group that is responsible for safety promotion in the community
2. Long-term, sustainable programs covering both grades and all ages, environments, and activities
3. Programs that target high-risk groups and environments, and programs that promote safety for vulnerable groups
4. Programs that document the frequency and causes of injuries
5. Evaluation measures to assess their progress, processes and the effects of change

The community makes application to the Karolinska Institutet and if it is accepted, an agreement is signed between the WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at the Karolinska Institutet and the community.

The Affiliate Safe Community Support Centres

A community can be appointed by the WHO Collaborating Centre as an Affiliate Safe Community Support Centre by providing advice and assistance in the field of Safety Promotion and Injury Prevention to the community.

The Role of the WHO Collaborating Centre

- To coordinate a world-wide network of Safe Communities and Affiliate Safe Community Support Centres
- To develop guidelines for Safe Communities
- To organize training courses, conferences and seminars in Safety Promotion

Key Factors in Implementing Safe Communities

- Surveillance
- Environmental Change
- Training
- Education
- Product Safety

Safe Communities on web www.phs.ki.se/csp

Karolinska Institutet
 Department of Public Health Science
 Division of Social Medicine, Stockholm
 Ulla Svanström, Leif Svanström
 Email: ulla.svanstrom@ki.se
 September 2003

No Brasil, Sob denominação de REDE BRASILEIRA DE CIDADES E COMUNIDADES PROTETORAS DA VIDA, foi constituída uma associação civil, não econômica, que se regerá pelo presente estatuto e pela legislação específica. A sede da associação será a Rua São Manoel, 898/301, na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

A associação terá como finalidade apoiar e promover estudos, seminários, pesquisa, consultoria técnica, formação de profissionais, formulação de políticas públicas e desenvolvimento institucional, com foco nas seguintes atividades:

- Criação de infra-estrutura baseada em parcerias e colaborações intersetoriais com objetivos de promover a segurança na comunidade;
- Criação e manutenção de programas de proteção, sustentáveis a longo prazo, cobrindo ambos os gêneros e todas as idades, ambientes e situações.
- Criação e manutenção de programas que objetivem alcançar grupos e ambientes de alto risco além de programas que promovam a segurança de grupos vulneráveis
- Criação e manutenção de programas que documentem a frequência e as causas das lesões
- Criação e manutenção de instrumentos de medida para avaliar seus programas, processos e efeitos da mudança;
- Iniciativas de participação permanente na rede Nacional e Internacional de Comunidades Protetoras da Vida.

Poderão ingressar na associação todos aqueles que, sem impedimentos legais e mediante preenchimento de formulário próprio e pagamento de taxa de filiação, sejam aprovados pela diretoria da associação e que concordem com as disposições deste estatuto.

Essa ONG, não obstante todas suas limitações, tem apoiado iniciativas de cidades e comunidades promovendo eventos de sensibilização, cursos para gestores e profissionais interessados, atividades de prevenção de acidentes e violências diretamente em comunidades e escolas. Além disso mantém assessoria técnica permanente a um observatório comunitário de Causas Externas em uma região de Porto Alegre e participa do Grupo de Estudos em Saúde Comunitária (GESC), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Realizou em 2005 a I Conferência Brasileira de Cidades e Comunidades Protetoras da Vida I FORUM BRASILEIRO

DE ESTRATÉGIAS PROMOCIONAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DOS ACIDENTES, VIOLÊNCIAS E SUICÍDIOS, em Porto Alegre e em 2006, II FORUM BRASILEIRO DE ESTRATÉGIAS PROMOCIONAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DOS ACIDENTES, VIOLÊNCIAS E SUICÍDIOS, em Niterói-RJ, conforme relatado abaixo:

II FORUM BRASILEIRO DE ESTRATÉGIAS PROMOCIONAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DOS ACIDENTES, VIOLÊNCIAS E SUICÍDIOS.

Acidentes, Suicídios e Violências – Construindo Políticas Públicas para o Desenvolvimento de Cidades, Comunidades e Ambientes Protetores da Vida.

29 de novembro de 2006

Rio de Janeiro – Brasil

Organizadores:

Rede Brasileira de Cidades e Comunidades Protetoras da Vida - RBCCPV

Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RCBE

CEDAPS

Público Alvo:

Cidadãos e cidadãs em geral, interessados em proteger os seus ambientes de trabalho, as suas escolas, as suas ruas, as suas comunidades e suas cidades através de uma estratégia participativa, tornando-os espaços protetores da vida.

Objetivos:

- ✓ Desenvolver o enfoque estratégico promocional para o enfrentamento das causas externas no contexto brasileiro e latino-americano;
- ✓ Conhecer e discutir os critérios a serem perseguidos por cidades e comunidades, visando se tornarem aptas à designação, pela

Organização Mundial da Saúde, como Cidades e Comunidades Protetoras da Vida.

- ✓ Conhecer iniciativas existentes com vistas a estimular novas
- ✓ Conhecer as atividades de pesquisa, assim como as atividades docentes orientadas pelos conceitos e estratégias promocionais no enfrentamento das causas externas, visando aprimorá-las e incentivá-las;
- ✓ Vitalizar a RBCCPV, possibilitando aos participantes integrarem-se na rede nacional.

8:30 Abertura

9 às 10 – Conferência: Cidades e Comunidades Protetoras da Vida

Responsável: Gerçi Salete Rodrigues coordenadora da RBCCPV

- ✓ Dimensionamento dos traumas intencionais e não-intencionais como um problema social e de saúde pública.
- ✓ Comportamentos e ambientes de risco – desenvolvendo a percepção de mapas de risco social para acidentes, violências e suicídios.
- ✓ Determinação social dos acidentes e violências;
- ✓ Iniquidades e assimetrias sociais como fontes de risco para acidentes e violências.
- ✓ Caracterização dos grupos humanos mais vulneráveis para acidentes e violências: crianças, adolescentes, mulheres, trabalhadores (polícia, motoristas, da construção civil, profissionais da saúde), idosos
- ✓ Ambientes vulneráveis para acidentes e violências: trânsito, escolas, locais de lazer e esportes, águas naturais e artificiais, etc. Locais de

trabalho (trabalho formal e informal, no contexto de precarização das relações de trabalho, ambientes domésticos e peri-domésticos;

- ✓ Alternativas para o envolvimento e o estabelecimento das responsabilidades dos diferentes atores sociais, em torno ao desenvolvimento de uma estratégia promocional que resulte na prevenção e controle das injúrias / traumatismos intencionais ou não: Cidades e Comunidades Protetoras da vida.

10:30 às 12 h – Painel:

Violência contra a mulher: Prof^a Sandra Maria Cezar Leal – RBCCPV Porto Alegre

Iniciativas de nove cidades na prevenção de violências contra adolescentes
Prof^a Kathie Nadje FIOCRUZ/CLAVES RJ

14 h –17h Mesa de Diálogos sobre Experiências em andamento:

- ✓ Experiência de Americana: Vivo em duas rodas: Uma ideia para ficar na cabeça apresentada por João Batista Biagioni Secretário Municipal de Transportes e Sistema Viário
- ✓ Experiência de parceria para Pesquisa por Sandra Maria Cezar Leal (EENF-UFRGS)
- ✓ Rede de Cidades Saudáveis – CEDAPS por Daniel Becker
- ✓ Experiência local em Porto Alegre por Gerci Salete Rodrigues

Formulação de uma agenda de ações futuras da RBCCPV

“Carta de Niterói”

Realizarmos o II Fórum Nacional das Cidades e Comunidades Protetoras da Vida visa estimular novas iniciativas e aprofundar e consolidar as já existentes.

Transformamos este momento coletivo em um primeiro passo para a definição e execução de políticas e ações protetoras em nossas comunidades, unindo Governo e Sociedade em torno ao direito à VIDA.

Todos os momentos que estivemos juntos foram muito ricos em trocas de conhecimentos e experiências e, sobretudo, de aproximações progressivas dos conceitos que fundamentam a estratégia das Cidades e Comunidades Protetoras da Vida.

A tônica que prevaleceu foi de grande entusiasmo e de uma grande necessidade de entender “por onde começar”.

Diante disso gerou-se uma agenda de trabalho que norteará as ações dos membros no próximo período, conforme segue:

1. Serão tomadas iniciativas no sentido de candidatar ao reconhecimento como cidades e comunidades protetoras junto à OMS. Nessa tarefa se empenharão sobretudo, as cidades de Americana, Guarulhos, Petrolina, Goiânia, Itumbiara/GO, Porto Alegre, comunidade de Magé/RJ, estando aberta a novos candidatos. Para tanto basta se apropriar dos fundamentos e dos passos da organização e “mãos-à-obra”.
2. Passaremos a utilizar a marca e o nome da rede para criarmos uma identidade nacional. A idéia é potencializar e tornar conhecida a articulação.
3. Desenvolveremos materiais didáticos com vistas a disseminar a estratégia e orientar o fazer diário dos agentes protetores da vida e socializaremos no sítio para que todos possam utilizar, fazendo as adaptações necessárias às realidades locais;

4. Identificaremos nossos parceiros tanto a nível local como Estadual, Nacional e Internacional (estreitando laços com cidades já reconhecidas). Consideramos o Ministério da Saúde e o Ministério das Cidades como parceiros estratégicos no âmbito nacional.
5. Criaremos e sustentaremos observatórios de morbidade por causas externas com vistas a orientar as ações nas cidades e comunidades e possibilitar a avaliação do impacto dessas ações. Faremos uma aproximação com os centros
6. formadores locais e nacionais com duplo interesse: Possibilitar a sistematização e divulgação de resultados das iniciativas e disseminar a estratégia junto aos professores, pesquisadores e alunos;

1. Realizaremos o III FÓRUM DA REDE BRASILEIRA DE CIDADES E COMUNIDADES PROTETORAS DA VIDA no segundo semestre de 2007, em Goiânia e o IV FÓRUM, em 2008, em Petrolina/PE. O principal objetivo em 2007 será avaliar as caminhadas e disseminar, socializar e aprofundar o conhecimento acerca da estratégia. Poderia ser algo como “Cidades e comunidades Protetoras: reflexões sobre uma caminhada” ou “Cidades e Comunidades Protetoras da Vida: o desafio de sua implantação” ou... (só ideias para inspirar)

Bibliografia Consultada:

Brasil, 2002, ATO Portaria n.º 2048/GM, DOU Em 5 de novembro de 2002)

(BRASIL, 2000). IBGE

BRASIL, 2003. ATO PORTARIA Nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003).

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986