

22 ANOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Sumário Executivo de Pesquisa Avaliativa

2023



EQUIPE DE PESQUISA

Coordenação

Edinilsa Ramos de Souza – Coordenação geral

Liana Wernersbach Pinto – Coordenação adjunta

Queiti Batista Oliveira – Coordenação adjunta

PESQUISADORES

Adalgisa Peixoto Ribeiro

Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Cristiane Batista Andrade

Daniella Harth da Costa

Joviana Quintes Avanci

Kathie Njaine

Maria Cecília de Souza Minayo

Simone Gonçalves de Assis

AUXILIARES DE PESQUISA

Kevin Oliveira McManus

Jheniffer Stofel Braga

CONSULTORA ESPECIAL

Cheila Marina de Lima

APOIO ADMINISTRATIVO

Marcelo da Silva Motta

Marcelo da Cunha Pereira

Editoração

Edilano Moreira Cavalcante

O trabalho de pesquisa que gerou este sumário foi financiado pelo Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/SVSA. Contribuíram para a obtenção dos dados profissionais e gestores de saúde do governo federal, estados e municípios, além de gestores do CONASS e CONASEMS e do DAENT.

Sumário:

Apresentação	04
01- Trajetória histórica da PNRMAV no Brasil	08
02- Panorama epidemiológico dos acidentes e violências no Brasil 2001-2021	12
03- Acidentes e violências que chegam aos serviços de saúde ..	18
04- Acidentes e violências na Atenção Primária: ênfase na promoção da saúde e na prevenção	22
05- Atendimento pré-hospitalar e hospitalar às vítimas de acidentes e violências	31
06- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação	39
07- Monitoramento e notificação dos acidentes e violências ...	47
08- Formação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre acidentes e violências	52
09- Avanços e dificuldades da PNRMAV como alicerce para recomendações	58
10- Afinal, como anda a implementação da PNRMAV?	62

Considerações finais

Referências

Apresentação:

Neste sumário executivo apresentamos os resultados de uma pesquisa que avaliou o processo de implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência/PNRMAV, do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), abrangendo desde sua criação (2001) até o ano de 2022, usando como parâmetros suas Diretrizes, que são as seguintes:

1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
2. Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;
3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
6. Capacitação de recursos humanos;
7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

Este texto tem como públicos-alvo, gestores e profissionais de saúde, e busca subsidiá-los sobre a importância da prevenção, atenção e reabilitação para as pessoas que sofrem acidentes e violências. Visa ainda sinalizar a relevância desses temas para profissionais da rede intersetorial de atenção, questão essencial para os cuidados decorrentes dos acidentes e violências.

Alguns caminhos metodológicos orientaram a **pesquisa avaliativa**, que se desenrolou entre os anos de 2020 e 2022. Utilizamos metodologias quantitativa e qualitativa: aplicamos questionários fechados e entrevistamos atores dos diferentes níveis da atenção à saúde (primária, pré-hospitalar e hospitalar, e reabilitação) e envolvidos com a implementação da Política no território nacional. Também entrevistamos profissionais do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT) do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).



PESQUISA AVALIATIVA

Conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade à implantação. É também chamada de “avaliação de processo” (UNITED KINGDOM, 2018), mais especificamente, do processo de implementação ou de institucionalização da Política (ZUCKER, 1991; WORTHEN, 2004). Tem como parâmetros a percepção cooperativa dos diferentes atores, a dimensão de utilidade do estudo, a viabilidade política, e o compromisso social, dentre outros aspectos. Os resultados de uma pesquisa avaliativa visam subsidiar as melhores práticas e a correção de rumos (DONABEDIAN, 1990), sempre apoiada na visão dos atores envolvidos no processo.

A pesquisa avaliativa aqui apresentada buscou: (a) compreender e explicar o que contribuiu para o êxito da implementação da Política; (b) compreender e explicar os fatores e as resistências que dificultam sua implementação nos locais em que ela ocorre lentamente ou não acontece; e (c) compreender e explicar os limites que a política encontra para sua plena vigência.

Fizemos análises descritivas dos dados dos 531 questionários respondidos e análise de conteúdo na modalidade temática (Bardin, 2011) das 63 entrevistas realizadas virtualmente. Na abordagem quantitativa, foi enviado e-mail para os secretários de saúde de todos os 5.570 municípios brasileiros, solicitando que preenchessem ou indicassem algum gestor para realizar o preenchimento dos dados pela plataforma RedCap, no período de julho a novembro de 2021. Considera-se que o fato de a coleta ter ocorrido em plena pandemia de covid-19, assim como a dificuldade de contato com os municípios (lista de e-mails desatualizada), tenham contribuído para a baixa taxa de resposta.

No total, a pesquisa alcançou 379 municípios brasileiros (6,8% dos 5.570 existentes no país), com o preenchimento de um ou mais questionários. O percentual de municípios participantes variou entre 6,1% (Regiões Nordeste e Sul) a 7,8% (Região Norte). Nos municípios de pequeno porte populacional (≤ 99.999 habitantes), este percentual variou de 5,6% (Região Sul) a 6,8 (Região Centro-Oeste); naqueles de maior porte (≥ 100.000 habitantes), a variação foi de 15,6% (Nordeste) a 32,3% (Norte). O percentual de participação para cada um dos níveis de atenção é mostrado no quadro 1. Os resultados quantitativos e qualitativos são considerados como complementares, e foram agregados para o total dos municípios, as capitais que participaram do estudo, e para as regiões brasileiras, segundo o porte das cidades.

Quadro 1: Distribuição dos 531 questionários respondidos e analisados por nível da atenção e regiões do país

NÍVEIS DA ATENÇÃO EM SAÚDE			
REGIÕES	PRIMÁRIA	PRÉ HOSPITALAR E HOSPITALAR	RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO
NORTE	23	14	15
NORDESTE	82	46	29
SUDESTE	99	41	34
SUL	59	14	25
CENTRO OESTE	27	13	10
TOTAL	290	128	113

Ainda elaboramos 63 **indicadores avaliativos** da implementação da política, segundo os três níveis da atenção em saúde, considerando os graus bom, regular e ruim da implementação, com pontos de corte, respectivamente, de 70% e 40%, com pequenas flutuações. Tais indicadores foram elaborados pela equipe de pesquisa a partir das perguntas dos questionários que foram consideradas mais representativas de cada uma das sete diretrizes da Política para avaliar a sua implementação. Alguns deles perpassam vários tópicos e outros são específicos a determinado tema; estão apresentados nos tópicos 4 a 8 deste sumário. No tópico 9 fazemos uma comparação dos indicadores entre os três níveis de atenção na busca de síntese quantitativa dos dados.



INDICADORES AVALIATIVOS

Um indicador é uma medida-síntese que objetiva informar sobre o progresso em direção a uma determinada meta. É empregado como ferramenta para deixar mais perceptível uma tendência ou um fenômeno. Portanto, auxilia no processo de tomada de decisão (Brasil, 2011). Sua construção envolve desde a simples contagem direta de casos, até um processo complexo, com cálculos sofisticados (DESLANDES et al., 2007).

PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO DO INDICADOR COMPOSTO:

ATENÇÃO PRIMÁRIA : somou-se os escores dos 5 indicadores (escore total = 10) relativos a esse nível de atenção. A seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 7 \rightarrow indicador = 2 (bom); Escore ≥ 3 a <7 \rightarrow indicador = 1 (regular); Escore < 3 \rightarrow indicador = 0 (ruim).

ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR e HOSPITALAR: somou-se os escores dos 6 indicadores (escore total = 12) relativos a esse nível de atenção. A seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 9 \rightarrow indicador = 2 (bom); Escore ≥ 4 a <9 \rightarrow indicador = 1 (regular); Escore < 4 \rightarrow indicador = 0 (ruim).

ATENÇÃO EM RECUPERAÇÃO e REABILITAÇÃO: somou-se os escores dos 5 indicadores (escore total = 10) relativos a esse nível de atenção. A seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 7 \rightarrow indicador = 2 (bom); Escore ≥ 3 a <7 \rightarrow indicador = 1 (regular); Escore < 3 \rightarrow indicador = 0 (ruim).

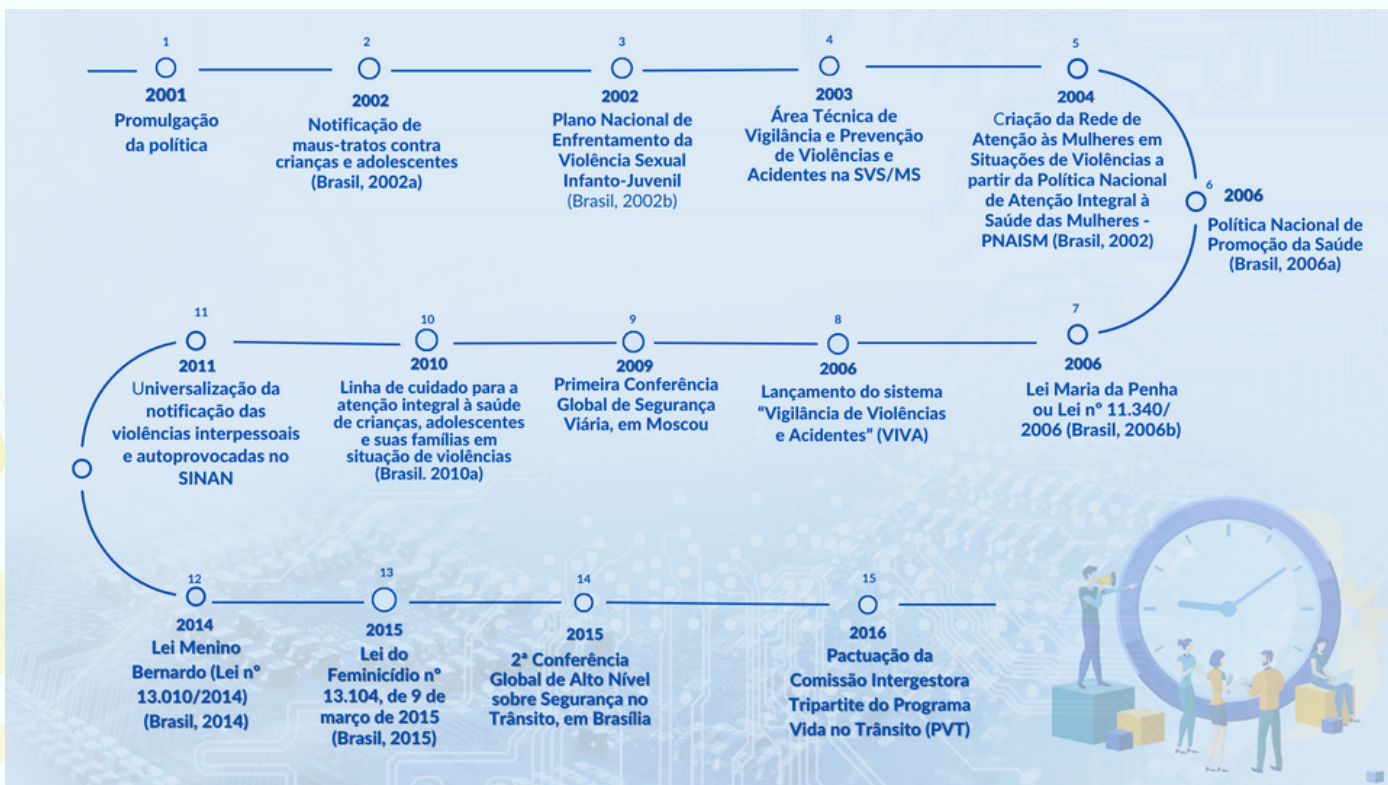
O conteúdo deste sumário inclui: (1) Síntese reflexiva da trajetória histórica da implantação e implementação desta inovadora política pública de saúde do país; (2) Panorama da magnitude e da tendência dos acidentes e violência no país, com dados de morbimortalidade por homicídio, suicídio e acidente de transporte terrestre (exceto os ferroviários) referentes aos anos de 2001 a 2021 para capitais, Distrito Federal e grandes regiões do país; (3) Os principais tipos de acidentes e violências que chegam aos serviços de saúde referidos pelos municípios investigados; (4) Ações de implementação da política correspondentes às diretrizes Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências com destaques para o atendimento oferecido, a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis e a ação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência; (5) Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar e hospitalar, que inclui ações de atenção e de prevenção a violência; (6) Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, destacando ações de atenção e prevenção; (7) Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências, que inclui a notificação desses agravos; (8) Capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; e (9) Considerações sobre os avanços, dificuldades e recomendações para a implementação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência fecham este Sumário.

1- TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA PNRMAV NO BRASIL



A PNRMAV é uma política que foi construída dentro do Ministério da Saúde por meio de estratégias interdisciplinares e interprofissionais, caracterizando-se como um instituto democrático, ancorado nos conceitos de promoção da saúde, qualidade de vida e de paz e de proteção individual e coletiva. Com pouco mais de duas décadas de existência, a PNRMAV é ainda uma política jovem que precisa se consolidar (MINAYO et al. , 2018; MINAYO, SOUZA E ASSIS, 2023). Todavia, muitos passos já foram dados nessa direção, podemos ver representado na figura 1, que seleciona alguns dispositivos normativos existentes.

FIGURA 1: LINHA DO TEMPO DOS DISPOSITIVOS NORMATIVOS EM DESTAQUE NA TRAJETÓRIA DA PNRMAV



Alguns temas tiveram maior adesão na implementação da PNRMAV como o que trata da prevenção de acidentes de trânsito. Sua relevância surgiu já em 2003 com ações intersetoriais e foi reforçada pela participação do Ministério da Saúde (MS) na Primeira Conferência Global de Segurança Viária em Moscou em 2009, que recomendou a Década de Ação pela Segurança no Trânsito, recomendação validada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Logo depois o país foi convidado, junto com mais nove outros, a desenvolver um projeto de Segurança no Trânsito em parceria com a OMS e a Fundação Bloomberg, que originou o Projeto Vida no Trânsito/PVT. Em 2015, o país sediou em Brasília, a 2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito, denominada “Tempo de Resultados” em que delegados de mais de 100 países se reuniram para discutir maneiras de reduzir pela metade as mortes no trânsito até o final da década, nos marcos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3.6). Em 2016 houve uma pactuação da Comissão Intergestora Tripartite do Programa Vida no Trânsito, advogando uma legislação mais rígida em relação à bebida alcoólica.

Outro ponto que ressaltamos é o empenho do Ministério da Saúde em qualificar as informações sobre acidentes e violências nos sistemas de informação em saúde, com o intuito de melhorar a notificação e a fidedignidade dos dados epidemiológicos. Em 2006 foi feito o lançamento do sistema denominado Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) através de dois componentes: o VIVA Contínuo que, por meio de uma minuciosa ficha de preenchimento obrigatório, incluiu a vigilância da violência sexual, doméstica e outras expressões de violência interpessoal em serviços sentinela; e o **VIVA Inquérito** que passou a realizar a vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência. Em 2011 a notificação das violências interpessoais e autoprovocadas passou a integrar o SINAN e tornou-se compulsória para todos os serviços de saúde. Esse sistema teve e continua a ter um papel muito importante de introduzir os conceitos de violência nas bases de dados do Ministério da Saúde, bases que, inclusive, servem a outras áreas de conhecimento e de atuação. Ressaltamos que a notificação passou a ser compulsória nas situações que envolvem crianças, adolescentes, mulheres e idosos, conforme determinado por leis específicas. O VIVA Inquérito tem sido a base para estudos transversais com o objetivo principal de caracterizar vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência.

Edições do **VIVA INQUÉRITO** foram realizadas em 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. Desde então cessaram, sugerindo que a implementação do tema da violência regrediu entre as prioridades do Ministério da Saúde.

O tema da violência contra a mulher sempre teve um lugar privilegiado na OMS e no MS por forte influência do movimento feminista. Em 2004 criou-se a “Rede de Atenção às Mulheres em Situações de Violências”, e foram publicadas Normas Técnicas orientadoras sobre contracepção de emergência, aborto legal, violência sexual, dentre outros problemas, a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM (BRASIL, 2004). Mas essa história começou quando a Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, promulgado em 1984, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança (PAISMC). O PAISMC buscava atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, controlando as patologias mais prevalentes, respeitando as necessidades e características de cada uma delas. Mas seu foco principal foi ao ciclo gravídico puerperal: no pré-natal (baixo e alto risco); no parto e puerpério; na assistência ao abortamento; na assistência à concepção e anticoncepção; e na educação buscando que as mulheres tivessem mais controle de sua saúde e do planejamento familiar. O PAISM, transformado em política em 2004, reafirmou a força do movimento feminista que cresceu no país, particularmente a partir dos anos 1970. A Lei Maria da Penha ou Lei nº 11.340/2006 e a Lei do Feminicídio nº 13.104, de 9 de março de 2015, completam o conjunto de instrumentos à disposição das pessoas que trabalham com violência. No entanto, a presença e a força do machismo e do patriarcalismo continuam a se impor, de modo que sua superação permanece uma meta para homens e mulheres.

A violência contra crianças e adolescentes também é um tema que veio se internalizando na área da saúde mesmo antes da promulgação da política. Para os movimentos sociais essa discussão vem desde o final dos anos 1970, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 1990) afirmou que meninos e meninas são sujeitos de direito. O ECA deu novos rumos às famílias e instituições que acreditavam que os castigos ou violências eram aceitáveis como práticas educativas. No estudo de revisão da produção brasileira sobre violência e saúde, organizado por Minayo e Assis (2017), o maior número de publicações encontradas foi sobre esse grupo etário. Sobre ele há vários documentos de cunho protetivo, publicados pelo MS nos últimos anos. Vale destacar os seguintes: normas sobre Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2002a); criação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2002b); relevância da notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA (BRASIL, 2006); Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010a); Lei Menino Bernardo (Lei nº 13.010/2014), que proíbe o uso de castigos físicos e tratamentos cruéis ou degradantes na educação infantil e juvenil.

Outros assuntos não tiveram a mesma visibilidade, como: (1) os acidentes de trabalho, muito pouco tratados, seguindo a mesma trilha do desmonte dos sindicatos e do Ministério do Trabalho; (2) as violências contra pessoas com deficiência e contra a pessoa idosa, particularmente, as que estão em estado de dependência, ou seja, que perderam sua autonomia e precisam da ajuda de terceiros; (3) os abusos cometidos contra grupos populacionais como negros, indígenas, LGBTQIA+; (4) violências e negligências contra pessoas com problemas mentais que precisam de cuidados comunitários; e (5) o suicídio que, apenas nos últimos anos, vem sendo objeto de reflexão e ação. Há, portanto, muito chão para caminhar!

Alguns momentos em que o Ministério da Saúde fortaleceu a curta história da PNRMAV: (1) criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) em 2003, que instituiu o Departamento de Análise de Situação de Saúde; a Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT); a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes. Essa mudança organizacional exigiu a inclusão de equipes técnicas adequadamente preparadas para levar adiante a implantação da PNRMAV (2) elaboração e promulgação em 2006 da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018a), que propõe um sistema amplo e transversal para firmar compromissos, com pactos sanitários para melhorar a qualidade de vida individual e coletiva do país. Esta política abrigou e orientou as ações da PNRMAV; (3) entre 2004 e 2017 houve o apoio explícito do Secretário de Vigilância em Saúde, e de órgãos como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) na definição da filosofia de ação e normas a serem seguidas, caracterizando-se como o período mais promissor para a implantação e implementação das ações da PNRMAV pelo Ministério da Saúde.

A trajetória histórica da implementação da PNRMAV mostra a necessidade de envolver os que irão executá-la, desde os gestores do mais alto nível hierárquico até a sociedade civil, as organizações e movimentos sociais e a comunidade acadêmica. Superar as violências, ademais de ser um objetivo desta Política do SUS, é uma tarefa coletiva dos cidadãos brasileiros.

2-PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL



A compreensão sobre a implementação da PNRMAV requer o conhecimento sobre a magnitude com que os acidentes e violências ocorrem. Precisamente por isso, neste tópico apresentamos dados de morbimortalidade por acidentes e violências a partir dos sistemas nacionais de informação para o período de 2001 a 2021. Foram analisados dados relativos a agressões, lesões autoprovocadas e acidentes de transporte terrestre (excluídos os acidentes ferroviários), obtidos a partir do **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)**, do **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** e do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net)**. Estes são alguns dos sistemas que compõem o **Sistema de Informação em Saúde do Brasil (SIS)**.



O **SIH** é o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, computados mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações, e consolidados pelos municípios e estados que após analisados e aprovados são enviados ao DATASUS para processamento. (BRASIL, 2008).

(Fonte: DataSUS.GOV)

O **SIM**, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, é resultado da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. (BRASIL, 2021a).

(Fonte: Sistemas de informação em saúde)

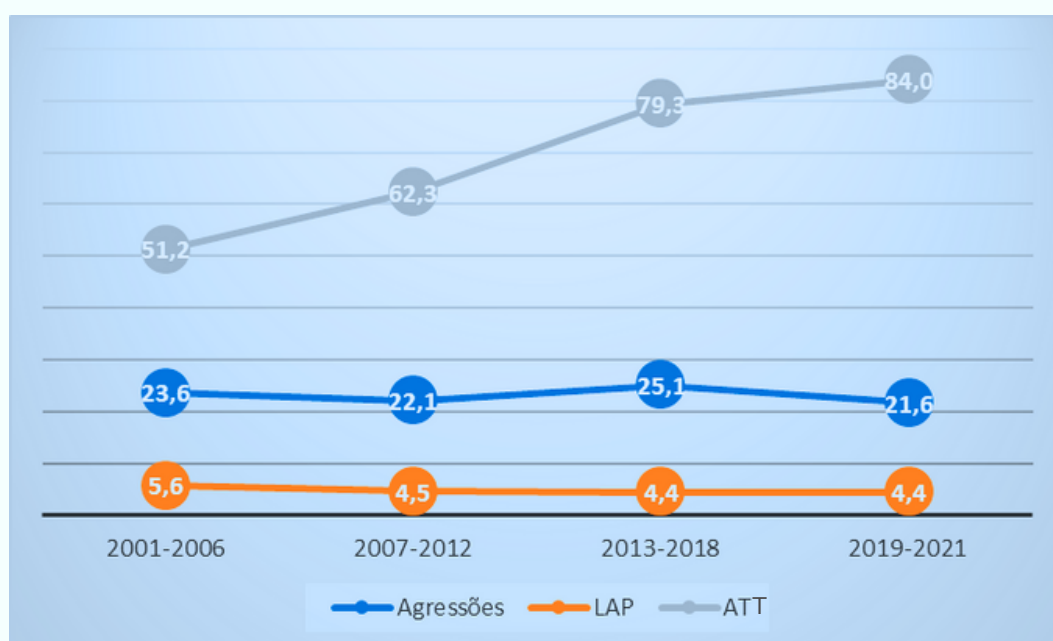
O **SINAN** foi desenvolvido entre 1990 e 1993, e regulamentado em 1998, por meio da portaria nº1.882/97, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, conforme a portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, mas é facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde importantes em sua região. (BRASIL, 2021b).

(Fonte: Sistemas de informação em saúde)

O SIS inclui instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde. (COELHO NETO; CHIORO, 2021)
(Fonte: Sistemas de informação em saúde)

No gráfico 1 observamos as taxas de internações por agressões, lesões autoprovocadas e **acidentes** de transporte terrestre (excluídos os ferroviários) no período de 2001 a 2021 para o país. Os acidentes de trânsito se destacam com as maiores taxas, variando de 51,2 a 84,0 internações por 100.000 habitantes. Já as internações por agressões, ou seja, tentativas de homicídio, ficaram em torno de 23 internações por 100.000 habitantes durante todo o período e, por fim, as lesões autoprovocadas, que incluem comportamento suicida e autoagressão, que variaram de 4,4 a 5,6 internações por 100.000.

Gráfico 1: Taxas de internações por agressões, lesões autoprovocadas e acidentes de transporte terrestre (excluídos os ferroviários). Brasil, 2001 a 2021



Fonte: SIH; Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)



ACIDENTES

De acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os acidentes constituem uma ampla categoria de eventos distintos como: acidentes de transporte terrestre; acidentes de transporte por água; acidentes de transporte aéreo e espacial; quedas; afogamentos e submersão acidentais; exposição a forças mecânicas animadas e inanimadas, exposição à corrente elétrica, radiação e à temperatura extrema; exposição à fumaça, ao fogo e às chamas; exposição às forças da natureza; contato com animais e plantas venenosos e envenenamento acidental, entre outros. Ao longo deste Sumário diferentes tipos de acidentes serão apresentados.

Quanto ao perfil das pessoas internadas, observamos predominância masculina para os três eventos analisados. Vale, contudo, mencionar que isso se acentua nas agressões, seguidas pelos acidentes de transporte terrestre (exceto os ferroviários) e se mostrou mais discreta no caso das lesões autoprovocadas. Quanto à faixa etária e cor da pele, destacam-se os de 20 a 39 anos e pretos e pardos nos três eventos analisados. Nas lesões autoprovocadas a faixa etária se amplia e vai de 20 a 59 anos, atingindo brancos e pardos. Verificamos o aumento das taxas de lesões autoprovocadas entre aqueles de 10 a 19 anos no período 2019-2021. Quanto aos ATT, esses atingem ampla faixa etária, mas os de 20 a 39 anos exibem os mais elevados percentuais. Inicialmente, destacam-se os de cor da pele branca, mas nos períodos seguintes os pardos prevalecem. Contudo, isso varia conforme a região do país, e não se aplica ao Sul do Brasil.

Merece destaque o elevado percentual de dados faltosos para a variável raça/cor, implantada no SIH em 2007, e apesar da melhora ao longo dos anos, observamos um importante percentual de ignorados no período 2019-2021. Tal situação se acentua quando são analisados os dados das capitais. No quadro 2 apresentamos o perfil das vítimas que se internam por acidentes e violências no Brasil segundo sexo, idade e cor da pele.

Quadro 2: Perfil das principais vítimas hospitalizadas por acidentes e violências. Brasil, 2001 a 2021

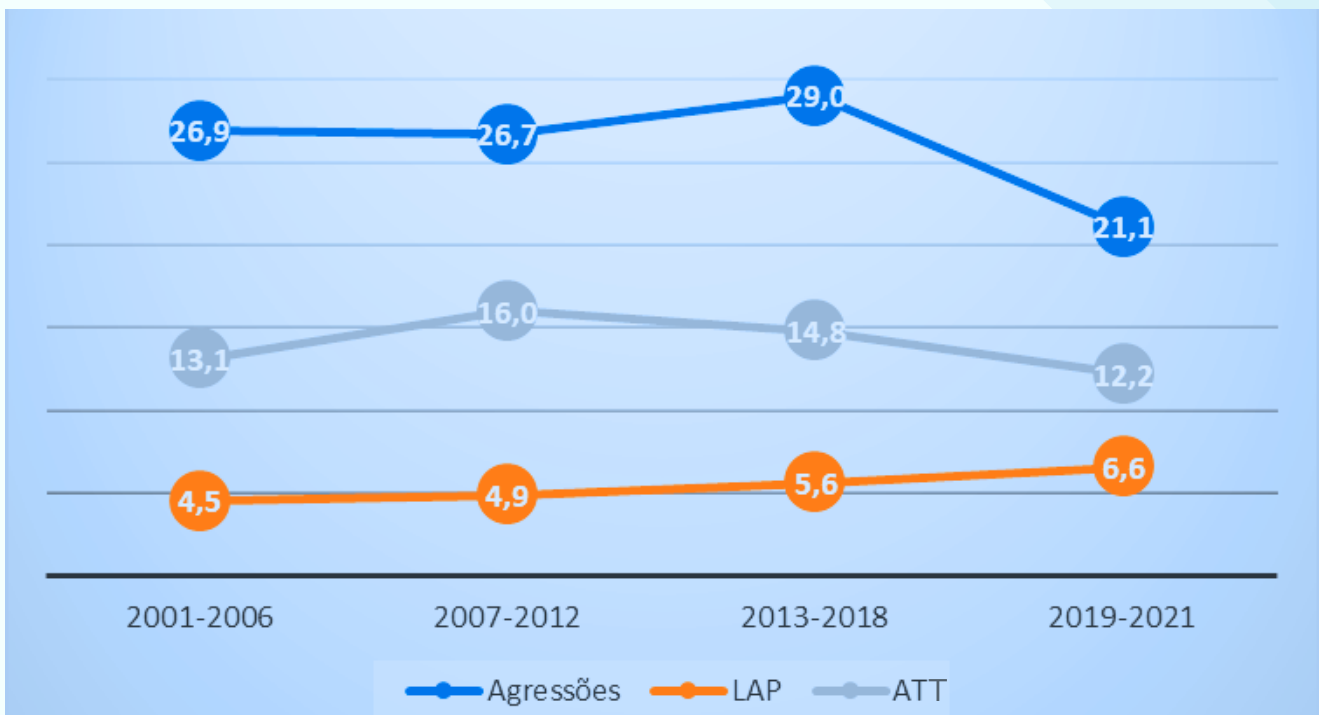
Agressões	Lesões Autoprovocadas	Acidentes de Transporte Terrestre
<p>83,4 % homens 53,6% 20 a 39 anos 38,2% pretas e pardas*</p>	<p>58,8% homens 45,1% 20 a 39 anos 35,5% pretas e pardas*</p>	<p>77,5% homens 47,8% 20 a 39 anos 39,5% pretos e pardos*</p>

*Dados a partir de 2008

Fonte: SIH; Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Observamos no gráfico 2 a evolução temporal das mortes por agressão, lesão autoprovocada e acidentes de transporte terrestre (excluídos os ferroviários). Notamos que as agressões se destacam, exibindo taxas que variaram entre 21 e 29 óbitos por 100.000 habitantes. Os acidentes de transporte terrestre vêm em seguida, com taxas entre 12 e 16 óbitos por 100.000 habitantes. Por fim, verificamos as lesões autoprovocadas, cujas taxas foram de 4,5 para 6,6 óbitos por 100.000 habitantes.

Gráfico 2: Taxas de mortalidade por agressões, lesões autoprovocadas e acidentes de transporte terrestre (excluídos os ferroviários). Brasil, 2001 a 2021



Fonte: SIM; Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Quanto ao perfil dos óbitos, a predominância masculina ocorre de forma importante para os três eventos analisados. Ela é mais elevada para as agressões, atingindo até 12 óbitos masculinos para cada óbito feminino e mais baixa para os ATT e as lesões autoprovocadas, para as quais a proporção é de 4 para 1. A faixa etária de 20 a 39 anos se destaca nos três eventos. Vale, contudo, destacar que para as agressões quase 40% dos óbitos foram de pessoas na faixa de 20 a 29 anos. Em relação à raça/cor da pele, em termos de país, destacam-se os pretos e pardos nas agressões, e ATT e os brancos nas lesões autoprovocadas, mas este padrão se altera quando se observam os dados por regiões e capitais ao longo dos períodos de análise. O percentual de ignorados é bem mais baixo do que o aquele observado para as internações.

No quadro 3 estão as informações sobre as vítimas que morreram por acidentes e violências, segundo sexo, idade e cor da pele.

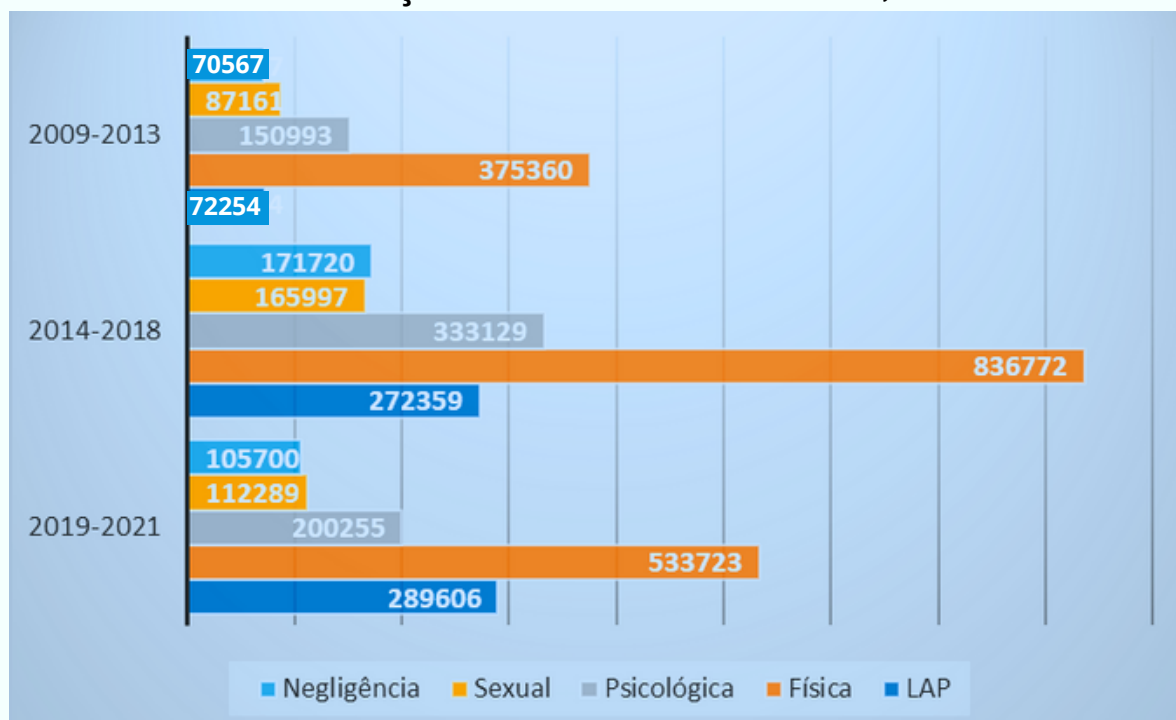
Quadro 3: Perfil das principais vítimas que morreram por acidentes e violências

Agressões	Lesões Autoprovocadas	Acidentes de Transporte Terrestre
<p>91,8% homens 60,2% 20 a 39 anos 66,8% pretas e pardas</p>	<p>78,7% homens 42,7% 20 a 39 anos 51,2% brancas</p>	<p>82,1% homens 44,1% 20 a 39 anos 49,5% pretas e pardas</p>

Fonte: SIM; Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

No gráfico 3 observamos a distribuição dos cinco principais tipos de violência mais notificados ao SINAN no período 2009-2021. A violência física é a mais frequente, seguida da psicológica e sexual. É importante destacar que a ficha permite a marcação de mais de uma forma de violência concomitantemente. O período de 2014-2018 mostra um aumento das notificações, em relação à negligencia e sobretudo à lesão autoprovocada.

Gráfico 3: Notificações de violências ao SINAN. Brasil, 2009 a 2021



Fonte: SINAN; Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)



Tipos de violência segundo a OMS (2002)

Violência autoinfligida considera o comportamento suicida (ideação, tentativas e suicídio fatal) e as agressões autoinfligidas, dentre as quais a automutilação.

Violência interpessoal inclui a violência familiar e entre parceiros íntimos, a violência na comunidade, na escola, no ambiente de trabalho, entre indivíduos com ou sem relação pessoal de conhecimento.

Violência coletiva inclui violência social, política e econômica. Essas subcategorias englobam a violência cometida por grandes grupos ou por países. Elas incluem crimes de ódio ou praticados por grupos organizados, atos terroristas; guerras e conflitos violentos, violência do estado, dentre outros. Como violência econômica encontram-se ataques de grandes grupos que, motivados pelo lucro, buscam desintegrar as atividades produtivas e impedir acesso a serviços essenciais.



Naturezas da violência (MINAYO et al., 2020)

Física: uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem.

Psicológica: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação.

Sexual: ato ou jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Negligências, abandonos e privação de cuidados: ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

A **violência física** acometeu principalmente mulheres na faixa de 10 a 29 anos, com predomínio entre as pretas e pardas na maior parte do período, exceto para a Região Sul, onde predominam as brancas. As mulheres também foram as principais vítimas da **violência psicológica**, com concentração na faixa de 10 a 29 anos. No país, predominam as brancas até 2018 e as pardas no período final, também são as pardas que sobressaem nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as brancas predominam no Sul e no Sudeste. Vale destacar que no último período os percentuais de brancas e pardas se aproximam no Sudeste.

As mulheres também prevalecem nas notificações de **violência sexual**. A maior ocorrência é na faixa etária de 0 a 19 anos e a cor da pele replica o que foi descrito para a violência psicológica.

Com relação às **notificações das lesões autoprovocadas** observamos maior ocorrência para o sexo feminino, na faixa de 20 a 29 anos no primeiro período de análise e de 10 a 19 anos nos demais períodos. Quanto à raça/cor da pele prevaleceram as pessoas brancas, mas novamente, as pardas se destacam em algumas regiões e capitais. Importa destacar que no último período de análise, foram notificadas 289.606 lesões autoprovocadas no país.

Quadro 4: Perfil das principais vítimas com notificações ao SINAN

Lesões autoprovocadas	Violência Física	Violência Psicológica	Violência Sexual	Negligência
68,5 % mulheres 56,1% 10 a 29 anos	71,0 % mulheres 48,8% 10 a 29 anos	83,8 % mulheres	87,9% mulheres	50,6% mulheres 61,2% até 9 anos
47,7% brancas	46,9% pretas e pardas	48,9% 10 a 29 anos 48,2% pretas e pardas	75,8% 0 a 19 anos 52,6% pretas e pardas	44,7% pretas e pardas

Fonte: SINAN; Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Conforme visto até aqui através dos dados dos sistemas de informações em saúde, a violência e os acidentes ferem, adoecem e matam os indivíduos. No tópico a seguir serão detalhados os tipos de acidentes e violências referidos pelos municípios brasileiros que participaram da pesquisa.

3 - ACIDENTES E VIOLÊNCIAS QUE CHEGAM AOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Este tópico trata dos principais tipos de acidentes e violências que chegam aos serviços de saúde, a partir da visão dos gestores e profissionais. O perfil desse atendimento depende do nível da atenção, da complexidade dos serviços, e da gravidade das lesões e traumas provocados por esses eventos. O engajamento no tema e a inserção dos profissionais ligados ao setor de Vigilância Epidemiológica e dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências deram o tom das entrevistas na caracterização desse perfil, que destacaram a demanda por cuidados relacionados às vítimas de violências interpessoais e autoprovocadas que, desde 2011, são de notificação obrigatória ao SINAN.

Pesquisas anteriores que analisaram a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MINAYO; DESLANDES, 2007) e a implementação dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências (SOUZA et al., 2012) no país, reiteram a **dificuldade para identificar os sinais da violência**.



A dificuldade em reconhecer a violência mescla medos e resistências dos profissionais, com questões contextuais relacionadas ao entorno dos locais de trabalho, com a falta de apoio político da gestão e com questões de vitimização pessoal. Reflete também uma lacuna ainda muito presente na formação dos profissionais de saúde. Tudo isso culmina na subnotificação e, por consequência, na oferta de um cuidado fragmentado, reducionista e na invisibilidade da real magnitude dos tipos e da natureza da violência.

Em relação aos **acidentes**, a tabela 1, indica que a atenção pré-hospitalar e hospitalar é a que mais recebe as vítimas de todos os tipos de acidentes com elevada frequência, seguida pela atenção de reabilitação e primária. Os acidentes de transporte e as quedas sobressaem na necessidade de atendimentos aos acidentes nos municípios investigados.

Tabela 1: Percentual de serviços da atenção primária, pré-hospitalar e hospitalar e de reabilitação dos municípios participantes que quase sempre atendem às vítimas de acidentes

TIPOS DE ACIDENTES	ATENÇÃO PRIMÁRIA		ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR		ATENÇÃO DE REABILITAÇÃO	
	%	N	%	N	%	N
ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	22,8	281	64,9	111	54,9	102
OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE	13,7	277	49,1	110	37,8	98
QUEDAS	23,2	280	62,7	110	48,0	102
QUEIMADURAS	19,1	278	44,1	111	27,0	100
ENVENENAMENTOS/INTOXICAÇÕES	19,9	282	50,5	111	28,7	101
AFOGAMENTOS/SUBMERSÕES	9,6	280	37,8	111	24,2	99
SUFOCAÇÕES	11,5	279	38,7	111	24,8	101
OUTROS ACIDENTES	14,0	272	38,2	102	27,7	94

Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Destques importantes:

- Entre os principais acidentes que chegam aos serviços de saúde predominam os que envolvem motociclistas que demandam, principalmente, a rede de maior complexidade, como os serviços pré-hospitalares, hospitalares e de reabilitação. No nível de atenção primária são atendidas as lesões menos graves e realizado o acompanhamento dos pacientes que passam por reabilitação.
- As vítimas de quedas e de atropelamentos, especialmente crianças e idosos são atendidos em casos mais leves nos equipamentos de atenção primária. Mas também demandam, frequentemente, cuidados de maior complexidade. Na atenção pré-hospitalar e hospitalar, para o conjunto dos municípios respondentes, são elevados os percentuais de serviços que atendem quase sempre os casos de acidentes de transporte terrestre, quedas e envenenamentos/intoxicações. Cerca de metade das quedas e mais de 60,0% dos serviços de reabilitação que responderam ao questionário informam que atendem quase sempre às vítimas de quedas e de acidentes, respectivamente.

As violências são menos referidas que os acidentes, no atendimento dos três níveis de atenção, como vemos na tabela 2. Novamente a atenção pré-hospitalar e hospitalar sobressai com maior preponderância de atendimento quase sempre às vítimas, seguida pela reabilitação e pela atenção primária. As agressões/tentativa de homicídio ou feminicídio, a tentativa de suicídio e a violência física estão entre as formas que mais demandam atendimento especialmente nos níveis de maior complexidade. Na atenção primária sobressaem, especialmente a violência psicológica/moral e a negligência/abandono.

Tabela 2: Percentual de serviços da atenção primária, pré-hospitalar e hospitalar e de reabilitação dos municípios participantes que quase sempre atendem às vítimas de violências

TIPOS DE VIOLÊNCIA	ATENÇÃO PRIMÁRIA		ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR		ATENÇÃO DE REABILITAÇÃO	
	%	N	%	N	%	N
AGRESSÃO/TENTATIVA DE HOMICÍDIO	15,3	281	48,6	111	29,7	101
AGRESSÃO/TENTATIVA DE FEMINICÍDIO	13,8	282	49,1	110	27,6	98
LESÃO AUTOPROVOCADA/ AUTOMUTILAÇÃO	15,8	279	36,9	111	27,3	99
LESÃO AUTOPROVOCADA/ TENTATIVA DE SUICÍDIO	15,7	281	44,5	110	34,0	100
VIOLÊNCIA POR INTERVENÇÃO LEGAL	7,8	281	32,1	109	17,2	99
VIOLÊNCIA FÍSICA	14,5	282	44,1	111	31,4	102
VIOLÊNCIA SEXUAL	13,9	281	34,5	110	27,7	101
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA/MORAL	17,9	281	29,1	110	27,0	100
TORTURA	8,2	281	21,8	110	18,0	100
TRÁFICO DE SERES HUMANOS	4,3	281	13,6	110	8,9	101
VIOLÊNCIA FINANCEIRA/ECONÔMICA	9,3	279	15,7	108	16,8	101
NEGLIGÊNCIA/ABANDONO	16,7	282	27,3	110	24,8	101
TRABALHO INFANTIL	7,9	280	16,5	109	16,0	100
OUTRAS VIOLÊNCIAS	5,0	242	18,4	103	9,1	88

Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Destaques importantes:

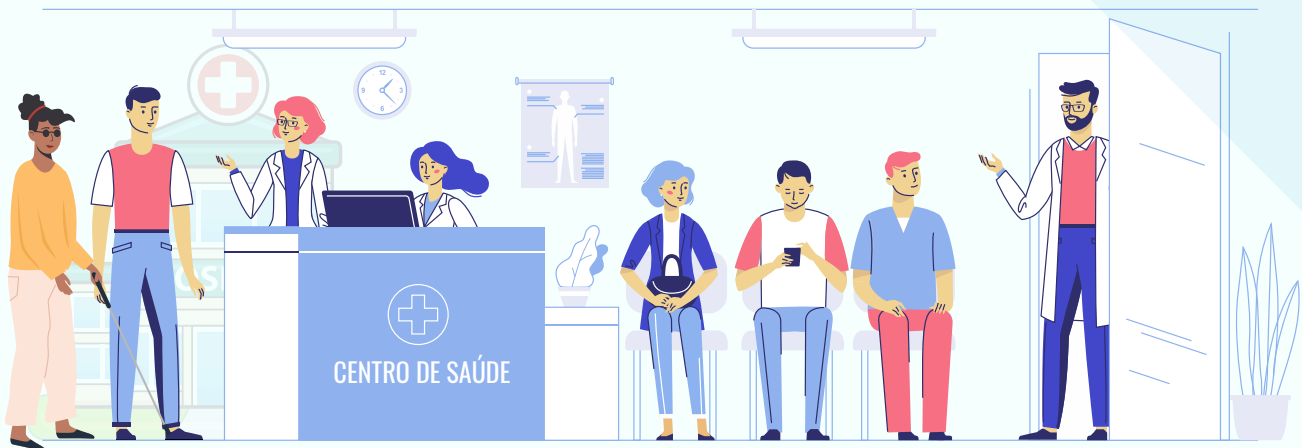
- A recorrência da violência autoprovocada atinge pessoas de faixas etárias cada vez menores em todas as regiões do país, demandando cuidados dos serviços em todos os níveis da atenção. Inclui todos os componentes do comportamento suicida como automutilações, ideações, tentativas e suicídios consumados. Na atenção primária, 41,2% dos serviços situados nas capitais atendem quase sempre aos casos de negligência/abandono, 31,2% aos de violência psicológica e 23,5% aos de lesões autoprovocadas. Os serviços pré-hospitalares e hospitalares das capitais atendem quase sempre a grande maioria das violências listadas, enquanto os de reabilitação as atendem apenas às vezes.
- Das ações de intervenção acerca dos impactos da violência sobre a saúde, os processos de recuperação e reabilitação física e mental mostram pouca ou nenhuma articulação com os demais níveis da atenção e com o campo da prevenção. A maioria dos entrevistados teve dificuldades para falar sobre o tema no âmbito da reabilitação, mesmo quando estimulados. As respostas variaram entre “reabilitação seria a que nós temos menor contato”, “é muito difícil você ter essas informações”, ou ainda “eu não tenho conhecimento de que haja esse fluxo diretamente”.

Os serviços e a Pandemia de Covid-19

Esta pesquisa avaliativa ocorreu em plena pandemia Covid-19, situação muito presente nas falas dos entrevistados, que ressaltaram os impactos da pandemia no atendimento de saúde às vítimas de acidentes e violências, exacerbando problemas já existentes. Vale aqui destacar:

- **Rupturas:** o isolamento físico e as interrupções de atividades nos mais diversos setores sociais geraram rupturas nas articulações e parcerias construídas, solução de continuidade de fluxos previamente acordados e até mesmo fechamento e conversão de serviços, antes dedicados às vítimas de violência, para atender às vítimas da Covid-19.
- **Violência autoprovocada:** foram reincidentes os relatos de que houve uma exacerbação dos casos de suicídio consumado e de comportamento suicida durante o período pandêmico. Esses eventos foram amplificados por problemas emocionais provocados por crise financeira, social, política e relacional. A perda de entes queridos, o desemprego, a aglomeração e convivência prolongada de pessoas no ambiente doméstico, a sensação de insegurança e impotência foram alguns dos fatores que contribuíram para que muitos pensassem ou agissem para desistir de viver.
- **Conflitos intrafamiliares:** o isolamento social, importante estratégia de interrupção da transmissão da Covid-19, foi também um catalisador para o aumento dos conflitos intrafamiliares, em contextos já vulneráveis, com aumento das agressões contra as mulheres e as crianças.
- **Acidentes com motociclistas:** se intensificaram devido às demandas por aplicativo de entregas de mercadorias e alimentos nos períodos de isolamento.

4. ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ÊNFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO



A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde e tem uma proposta de atenção integral realizada em rede. Seus princípios de acolhimento, humanização, continuidade do cuidado e territorialização a colocam como ponto estratégico na rede para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência. A APS atua como centro de comunicação e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no país (BRASIL, 2017). Engloba um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2010). O caráter central da Atenção Primária possibilita a articulação com outros setores da saúde, educação, assistência social e justiça. Também reúne condições de articular diferentes fatores na atenção integral à saúde, quais sejam, socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários, individuais e de gênero, estruturantes da sociedade e de violência (MENDONÇA et al, 2020).

Os serviços da Atenção Primária propiciam a proximidade das equipes com as famílias, o estabelecimento de vínculos e o permanente diálogo com a comunidade, favorecendo o protagonismo desse nível da atenção na prevenção, identificação e intervenção precoce em situações de violência. Neste cenário, os profissionais possuem um contexto favorável para a identificação da ocorrência e enfrentamento do agravo, sobretudo de forma precoce, impedindo a evolução da gravidade da situação e, conseqüentemente, os danos decorrentes das violências. O princípio da territorialização favorece diálogos mais horizontais e dinâmicos com o usuário, relações duradouras e preocupadas com vínculo, além de parcerias pautadas na escuta acolhedora, na valorização da autonomia e na corresponsabilização pelo cuidado em saúde.

Analisamos no presente tópico a atenção às pessoas em situação de violência e o atendimento intersetorial na Atenção Primária, buscando identificar a implementação de duas diretrizes da PNRMAV:

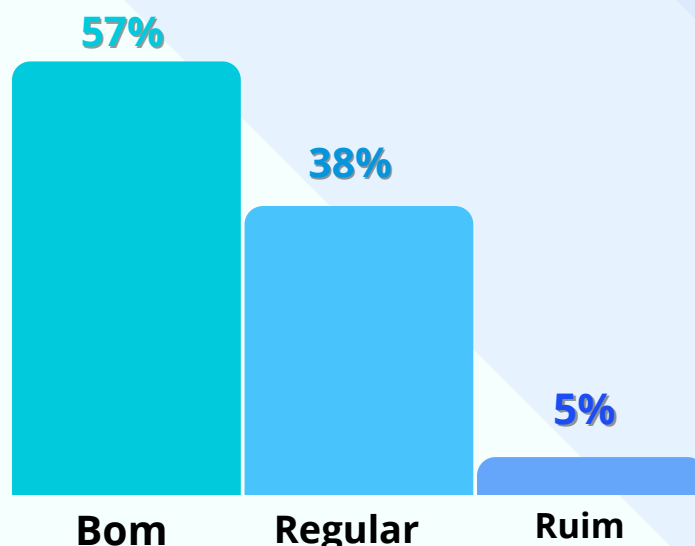
Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis (diretriz 1);

Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências (diretriz 4).

Atenção às pessoas em situação de violência nos serviços de Atenção Primária e o atendimento intersetorial.

O **indicador** que avalia a atenção interdisciplinar realizada na Atenção Primária indica que 57,0% dos municípios a consideram bem implementada, seguido por 38,0% que a consideram regular e apenas 5,0% a avaliam como ruim (gráfico 4).

Gráfico 4: Assistência interdisciplinar na atenção primária (Diretriz 4 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Apesar dos entraves que dificultam assegurar a integralidade e a intersetorialidade nos atendimentos, nossos resultados mostram que:

- Quase todos os serviços de Atenção Primária investigados atendem casos de acidentes e violências, com destaque para os Serviços Residenciais Terapêuticos (97,2%), as Unidades/Centros de Saúde da Família/Clínica (97,1%), os CAPSi (94,2%), os Centros/Postos de Saúde (92,8%) e os NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família) (91,4%). O Programa de Saúde Bucal é o serviço menos citado.
- Praticamente todos os serviços da Atenção Primária notificam casos de violências. O Programa Equipe de Populações Ribeirinhas (100,0%), Unidade/Centro de Saúde da Família/Clínica (96,3%), Centro/Posto de Saúde (95,6%), CAPS AD (94,6%) e Programa Melhor em Casa (90,7%) são os mais citados. O Programa de Saúde Bucal e o NASF são os menos mencionados, mas ainda com percentuais elevados (77,3% e 79,9%, respectivamente).

- Os grupos de crianças (76,2%), adolescentes (75,9%), mulheres adultas (76,6%), idosos (76,6%), pessoas com deficiência (73,9%) e trabalhadores (73,0%) são os mais citados para o atendimento dos acidentes em serviços da Atenção Primária. Os indígenas (39,3%) e a população quilombola (36,3%) são os menos mencionados. Em alguns municípios foi ressaltado que os serviços da Atenção Primária estão preparados para atender qualquer grupo social, independente de suas particularidades.
- Adolescentes (80,1%), crianças (79,4%), idosos (78,4%), mulheres (78,4%), pessoas com deficiência (73,8%), trabalhadores (72,7%), os familiares das vítimas (72,1%) são os públicos mais citados para o atendimento dos casos de violência. Indígenas (42,0%), população do campo/floresta/água (50,9%) e pessoas privadas de liberdade (52,5%) são os grupos menos mencionados.

Especificamente em relação ao atendimento intersetorial na atenção primária às pessoas acidentadas e violentadas, temos que:

- A Rede de Saúde (99,3%), o Conselho Tutelar (98,2%) e a Assistência Social (97,8%) são os principais serviços para os quais a atenção primária encaminha os casos de violência. Conselho de Direitos da Pessoa LGBTQIA+ (20,5%), outros Centros de referência especializados (21,5%) e Delegacia a Pessoa com Deficiência (21,9%) são os menos citados.
- O **fluxo para articulação** das unidades da Atenção Primária municipal com outros serviços de saúde para o atendimento aos casos de **acidentes** foi relatado por 64,3% dos municípios pesquisados. A Rede Estadual (66,2%) se destaca nesse fluxo de articulação com as unidades da Atenção Primária municipal.
- O **fluxo** pactuado para a articulação das unidades da Atenção Primária municipal com outros serviços de saúde nos casos de **violências** foi afirmado por 60,0% dos municípios pesquisados. O fluxo de articulação com a Rede Estadual (62,2%) sobressai entre os serviços pesquisados. A Rede privada não conveniada com o SUS (13,0%) e a Federal (16,7%) foram os fluxos menos citados.
- Em geral, quando existem, os fluxos são institucionalizados/regulamentados por ato normativo para os casos de acidentes e violências.

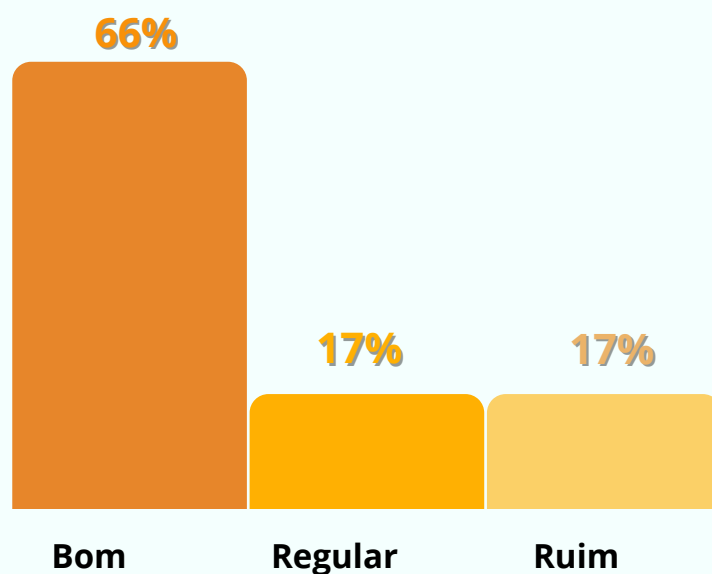
Em comparação à análise diagnóstica dos primeiros anos de implantação da PNRMAV realizada por Minayo e Deslandes (2007), notamos que houve um grande avanço da atenção primária na adoção das várias formas de violência e dos acidentes como problemas de saúde. Tanto a consciência sobre essas questões como a criação de estratégias para notificar e garantir o cuidado se ampliaram e se aprofundaram, devido sobretudo ao monitoramento e incentivo do Ministério da Saúde, à ampliação dos cursos de formação (especialmente a distância) e aos instrumentos criados para a institucionalização de fluxos e cuidados (ASSIS et al., 2017). No entanto, a adoção incondicional da PNRMAV pelo setor saúde ainda não está totalmente garantida e nem universalizada e isso só ocorrerá com a colaboração de todos os que acreditam nos poderosos termos com os quais o setor trabalha: promoção da saúde, prevenção dos agravos que prejudicam a qualidade de vida e a construção da paz!

O atendimento a esses casos no nível da atenção primária parece ter sido muito expandido, seja na notificação ou no diagnóstico, mas ainda permanecem os desafios em relação a grupos mais vulnerabilizados e no fortalecimento da pactuação de fluxos e, em especial, de contrarreferência.

Ações de prevenção aos acidentes e violências e de promoção de comportamentos seguros e saudáveis na AP

O indicador que sintetiza os resultados quantitativos das ações de prevenção e de promoção realizadas pela Atenção Primária está no gráfico 5, que demonstra uma boa implementação dessa diretriz nesse nível da atenção para a maioria dos municípios (66,0%).

Gráfico 5: Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis na AP (Diretriz 1 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Neste item abordamos as ações de prevenção e promoção (diretriz 1) preconizadas na atenção primária, considerando-se que a **promoção da saúde, a prevenção da violência e a atuação intersetorial** são estruturantes das ações de cuidado da atenção primária para pessoas que sofrem acidentes e violências.



A **promoção da saúde** é um campo teórico-prático que se caracteriza como “uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção” (CAMPOS et al., 2004, p 746). Tem um caráter transversal que exige articulação e integração de áreas técnicas, níveis de complexidade e estratégias específicas. A promoção da saúde é uma resposta importante na medida em que destaca ações intersetoriais para enfrentamento dos problemas do ambiente, da urbanização, da segurança alimentar e nutricional, do desemprego, da moradia, do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas e outros. **Promover a saúde é promover a qualidade de vida dos cidadãos!**

A **prevenção** está no contexto da promoção da saúde como um conjunto de atitudes que devem ser tomadas por antecipação, de modo a evitar determinados acontecimentos. Restrepo & Málaga (2001) afirmam que os conceitos de prevenção e promoção de saúde têm aspectos que os diferenciam, mas que também os assemelham. E Buss (2000) ressalta a dificuldade de separá-los operacionalmente, pois suas ações se articulam e complementam. Talvez por isso, a utilização desses conceitos no âmbito da saúde tenda a se confundir, inclusive do ponto de vista teórico. Buss (2000) afirma que isso se deve a ênfase de certos programas de promoção da saúde nas modificações de comportamento individual e na redução de fatores de risco, aproximando a promoção da prevenção.

No caso dos acidentes e das violências, a prevenção se aplica aos diferentes níveis da atenção, resguardadas as especificidades de cada um deles. É possível prevenir acidentes e violências, antes que ocorram, o que seria a prevenção primária; ao ocorrerem, a depender da gravidade do caso, é possível fazer prevenção secundária nos serviços de baixa, média e alta complexidade, evitando-se a reincidência. Constatamos nesta pesquisa a maior presença de ações de promoção da saúde e de prevenção das violências na Atenção Primária em relação aos demais níveis da atenção, exceto apenas para os acidentes em geral. Ainda é um desafio o desenvolvimento de ações desse tipo que sejam transversais e presentes em todos os níveis de atenção, guardadas as especificidades de cada um deles. Nossos resultados também apontam para a lacuna existente de ações voltadas para outros acidentes, que não sejam os de trânsito, mostrando a necessidade de ampliação de foco e ações em relação aos outros acidentes, principalmente quedas e queimaduras entre crianças e quedas em pessoas idosas.

Destaques importantes:

- A maioria das ações visando à promoção e prevenção é realizada ao menos uma vez ao ano, sendo que nas capitais em mais de 80,0% dos serviços. Das ações mais relatadas estão as rodas de conversas, visitas domiciliares e o uso da sala de espera das unidades para disseminar informações sobre o tema da violência. No entanto, 20,0% dos municípios nunca promoveram ações no referido sentido.
- O Programa Vida no Trânsito/PVT foi enfatizado pelos gestores como uma proposta de referência para o desenvolvimento de ações de prevenção a esses acidentes e de promoção da saúde. Entretanto, também foi mencionado que a prevenção aos acidentes de trânsito está distante do cotidiano das unidades da atenção primária, onde os eventos que dizem respeito à violência têm maior visibilidade. A questão dos acidentes de trânsito está mais presente nas campanhas de informação.
- Ações de mobilização da mídia para a sensibilização sobre o tema das violências e acidentes foram destacadas. As redes sociais virtuais vêm assumindo papel de destaque na divulgação de ações, serviços e informações a respeito da prevenção da violência e da promoção da vida.

O papel estratégico dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências

Os **núcleos de prevenção de acidentes e violências** são uma forma de ação estratégica para a implementação da política. Inicialmente foram fomentados pela SVS/MS através de convênios realizados com municípios definidos como prioritários pelo governo federal e em editais de financiamento de projetos que resultassem no fortalecimento desses núcleos e das suas ações. Posteriormente, municípios e estados assumiram o protagonismo na formação e manutenção dos núcleos, com baixo investimento em sua manutenção e grande disparidade nacional quanto às suas características.



Os **núcleos de prevenção de acidentes e violências** foram instituídos por meio da Portaria nº 936 do Ministério da Saúde, de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, com os seguintes objetivos: promover ações de prevenção de violências; qualificar e articular a rede de atenção integral às vítimas desses eventos; garantir a implantação das notificações de violência; estimular o desenvolvimento de pesquisas e estudos estratégicos e promover formações profissionais (MS, 2004).

Encontramos percentuais variáveis sobre a existência de Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências nesta pesquisa avaliativa. Nos três níveis de atenção, destacam-se as regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste com maior número de Núcleos estaduais e municipais. Nos municípios de pequeno porte a existência desses dispositivos é rara ou quase inexistente.

Alguns dispositivos, embora não sejam nomeados como Núcleos, funcionam a partir de uma lógica semelhante. Em alguns casos, a atuação dos coordenadores dos Núcleos se aproxima do que costuma ser um serviço de vigilância epidemiológica. Isso talvez se deva ao fato de que embora inicialmente, as ações da Política tenham sido coordenadas pela Secretaria de Assistência em Saúde/MS, posteriormente, seguiram capitaneadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, o que produziu grande visibilidade de ações de implementação da política voltadas ao monitoramento e notificação, como veremos no próximo tópico.

Destques importantes:

- Existência de Núcleos nas **Secretarias Estaduais** de Saúde: 56,2% dos respondentes da atenção primária mencionaram a existência de Núcleo Estadual; 63,5% da atenção pré-hospitalar e hospitalar e 54,4% da atenção de reabilitação.
- Em geral são elevados os percentuais dos que consideram a efetividade do apoio dos Núcleos Estaduais existentes: 83,8% de respostas positivas dos municípios participantes da atenção primária; 84,1% dos respondentes da atenção pré-hospitalar e hospitalar e 79,2% dos municípios que responderam pela reabilitação.
- A existência de Núcleos nas **Secretarias Municipais** de Saúde é relativamente baixa: 18,8% no nível de atenção primária; 31,5% na atenção pré-hospitalar e hospitalar; e 29,1% no âmbito dos serviços de reabilitação.
- Os municípios consideram em grau elevado o apoio dos núcleos municipais existentes às unidades de saúde: 96,2% de respostas positivas no nível de atenção primária; 97,1% no nível pré-hospitalar e hospitalar e 93,1% dos que responderam ao questionário do nível de reabilitação.
- Destaca-se a presença, a proatividade e a importância de pessoas que integram os núcleos de prevenção municipais e estaduais no desenvolvimento e/ou continuidade de ações de prevenção e de promoção da cultura de paz, e de enfrentamento da violência. E o fato de os integrantes dos Núcleos serem pessoalmente implicados com a questão do enfrentamento das violências e com a implementação da PNRMAV.

Pesquisa anterior que avaliou os núcleos de prevenção aos acidentes e violências no país em 2012, estimava encontrar 430 Núcleos Municipais e 23 Estaduais, conforme informados pelo Ministério da Saúde. Porém, 13% dos municipais sequer haviam sido implantados e 8,7% dos estaduais também não existiam. Nessa ocasião, 240 Núcleos Municipais (64,2%) e 16 Estaduais (76,2%) responderam à autorização para participar da pesquisa avaliativa. Mas, ao final, a avaliação contou com a participação de 185 Núcleos Municipais e 15 Estaduais (SOUZA et al., 2012). Na análise dos resultados, mais da metade apresentava bom desempenho e 42,7% necessitavam de apoio e atenção para aprimorar sua atuação. Embora a maior parte deles (75,1%) estivesse cumprindo bem as diretrizes de composição e qualificação da equipe e de implantação da notificação (72,4%), os avaliadores destacaram que 46,5% dos Núcleos admitiam ter dificuldades para capacitar seus profissionais. No cenário da época, já se apontava para a dificuldade mencionada por 59,5% dos gestores, em disponibilizar profissionais da saúde e de outros setores (50,8%) para implementação das diretrizes da Política (SOUZA et al., 2012).

Quase duas décadas após a criação dos Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências, observamos que, na segunda década do século XXI, eles têm fornecido apoio aos municípios e unidades de saúde nos locais em que existem. Diferente do estudo anterior de Souza e colaboradores (2012), no qual os Núcleos municipais tinham maior protagonismo e os Núcleos estaduais ainda buscavam identificar quais seriam seus objetivos e funções, este estudo mostra que a situação se inverteu. De modo geral, os Núcleos estaduais estão mais presentes do que os municipais, sobretudo no suporte aos municípios de pequeno porte.

Em princípio, os Núcleos foram criados para promover ações nos municípios. Em alguns deles, multiplicaram-se nas áreas geográfico-administrativas: esse é o caso de São Paulo/SP, Distrito Federal e Rio de Janeiro/RJ que descentralizaram as funções e as atividades. Entretanto, há muitos municípios que não contam com a presença de Núcleos de Prevenção à Violência.

Foi um grande desafio encontrar gestores dos três níveis de atenção que se dispusessem a falar sobre a Política. Eles indicaram pessoas, quase sempre dos setores de vigilância em saúde. Quando eram encontrados integrantes dos Núcleos de Prevenção percebíamos que estavam implicados com a questão do enfrentamento das violências, que conhecem a Política e se empenham, por vezes unipessoalmente, para que ela siga sendo implementada. Os relatos ressaltam o apoio que esses dispositivos proporcionam, incentivando ações voltadas à adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, promovendo capacitação para o atendimento das vítimas e o monitoramento e notificação dos casos de agressão física, mental e social.

Observamos nos depoimentos dos profissionais que trabalham nos Núcleos e de outros que se integram no cuidado e na promoção da vida, que o tema da violência ainda fica sob a responsabilidade de um pequeno grupo e, por vezes, de uma só pessoa. Não foi coincidência que quase a totalidade dos entrevistados que participaram desta pesquisa fossem justamente esses profissionais, os chamados “responsáveis” pelo tema da violência nos municípios e nos estados. Na análise dos relatos evidenciamos certa indefinição sobre as funções de um Núcleo de Prevenção às Violências, frequentemente confundido com o setor de vigilância ou a ele acoplado.

A invisibilidade dos Núcleos por parte de alguns gestores e profissionais foi constatada ao não conseguirem ou terem dificuldade de falar sobre o processo de criação, existência e permanência desses dispositivos em suas localidades por nunca terem existido ou terem sido desarticulados e extintos. Em resumo, há ainda um baixo investimento no tema da violência enquanto objeto do setor saúde. Quando muito a responsabilidade pelo tema fica nas mãos de técnicos e técnicas, pessoas extremamente comprometidas, mas sem poder decisório e sem apoio político. Muitas vezes, esses profissionais atuam sem a devida compreensão de sua responsabilidade e sem equipe intra e intersectorial. Ademais, existe alta rotatividade das pessoas alocadas nos Núcleos o que redundava em descontinuidade e um eterno recomeçar de um tema que exige conhecimento e práticas específicas, interdisciplinares e transversais. Ainda assim, as expectativas dos que participam dos Núcleos são a continuidade das ações, o reconhecimento e o apoio institucional e a ampliação das equipes de forma que haja uma efetiva responsabilização do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais sobre o impacto da violência na saúde. Pois a existência de Núcleos de Prevenção funcionando com plena capacidade faz toda a diferença para prevenir os agravos e promover a vida!



5. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS



Aqui apresentamos a análise da estrutura e dos fluxos de atendimento às pessoas que sofreram acidentes e violências nos serviços de Atenção Pré-Hospitalar (APH) e de Atenção Hospitalar (AH), tendo como parâmetro a implementação das diretrizes 3 e 4 da PNRMAV: a Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar e a Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências.

O atendimento pré-hospitalar pode ser compreendido como a assistência oferecida a uma pessoa fora do ambiente hospitalar e é dividido em **APH móvel e fixo**. Realiza os primeiros socorros, mantém sinais vitais da vítima e atende até a pessoa ser transferida para hospital com maior complexidade. A assistência pré-hospitalar, móvel ou fixa, pode ser decisiva para que as lesões sejam tratadas e as sequelas sejam prevenidas.

APH móvel: busca oferecer os primeiros socorros às vítimas que tiveram um agravo à saúde, seja ela de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, por exemplo através de SAMU ou corpo de bombeiros. Objetiva chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma urgência ou emergência que possa levar ao sofrimento, a sequelas, ou mesmo à morte.

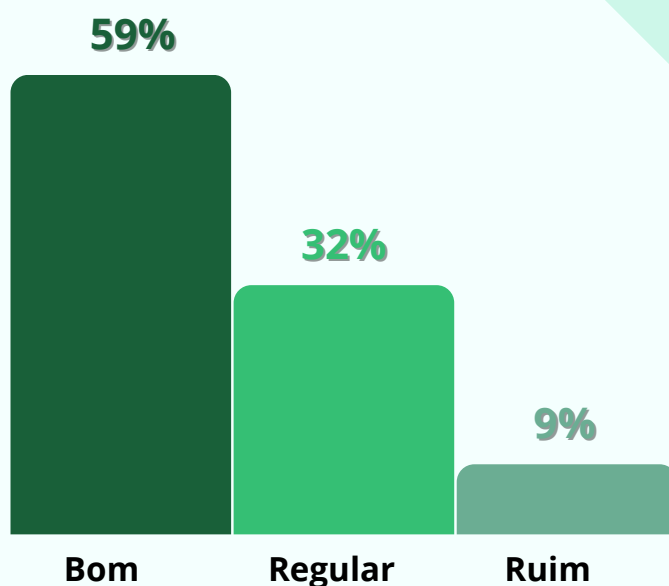
APH fixo: é realizado em unidades de menor complexidade como unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, mas também em urgências hospitalares (BRASIL, 2002). A atenção de urgência e emergência configura-se como ponto de chegada das ações e serviços da rede de atenção, juntamente com a atenção primária, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011).

O **atendimento hospitalar** é porta de entrada para os casos mais graves de acidentes e violências. Inclui ambulatório de pronto atendimento, unidade de cirurgia ambulatorial, maternidade, unidade de terapia intensiva, unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010). Os serviços hospitalares têm uma grande responsabilidade em detectar, registrar e encaminhar os casos de forma segura e protetiva para a rede de atenção e proteção (BRASIL, 2013). No entanto, os serviços deste nível de atenção têm tradicionalmente dificuldades de reconhecer seu potencial na prevenção.

Serviços da Atenção Pré-Hospitalar - APH

O indicador que avalia a implementação da **diretriz 3 - Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar** - encontra-se no gráfico 6. A maior parte dos municípios tem uma boa avaliação 59,0% sobre a implementação dessa diretriz, enquanto 32,0% referem uma avaliação regular e 9,0% a avaliam como ruim.

Gráfico 6: Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar (Diretriz 3 da PNRMAV)



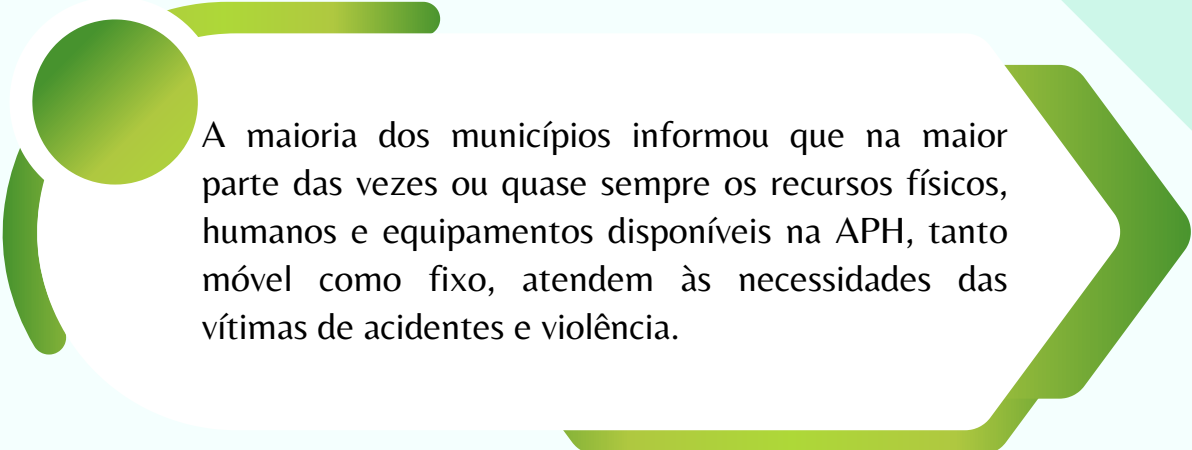
Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES,2023)

A maioria dos serviços da APH em municípios e capitais é de **natureza municipal 78,1%**. No conjunto dos municípios pesquisados, 18,0% são de natureza estadual e 9,4% atuam em consórcio intermunicipal. Nas capitais, há parcela considerável de serviços estaduais (44,4%).

O **transporte de pacientes** por meio de mecanismos próprios foi informado por 82,8% do conjunto dos municípios e por todas as capitais. Algumas localidades referem que se articulam com outros serviços fora da gestão municipal para esse transporte de pacientes (46,9% do conjunto dos municípios e 55,6% das capitais). A ambulância tipo A, para o transporte de pacientes sem risco de vida é a mais comum em todos os serviços (71,1% do conjunto e 88,9% das capitais). A ambulância tipo B, indicada para suporte básico de vida, está presente em mais da metade dos serviços. Percentual muito pequeno de serviços informou contar com ambulância tipo E (aeronave) e tipo F (embarcação).

O **suporte para laboratórios e a articulação com a rede de serviços** é fundamental na APH. Realizar articulação com a rede hospitalar através da Central de Regulação foi uma ação mencionada por 81,2% do conjunto dos municípios e por todas as capitais pesquisadas. Contar com suporte ininterrupto para laboratório de radiologia é uma realidade informada por 49,2% do conjunto dos municípios e por 88,9% das capitais, assim como o suporte para laboratório de patologia clínica foi referido por 38,3% dos municípios e por 55,6% dos serviços das capitais.

A **integração entre Atenção Pré-Hospitalar e a Atenção Primária** é realizada na maior parte das vezes ou quase sempre em 57,8% do conjunto dos municípios e em 62,5% das capitais pesquisadas.



A maioria dos municípios informou que na maior parte das vezes ou quase sempre os recursos físicos, humanos e equipamentos disponíveis na APH, tanto móvel como fixo, atendem às necessidades das vítimas de acidentes e violência.

Mais da metade dos serviços de APH fixo, localizados no conjunto dos municípios, reorganizaram os serviços existentes, ampliaram insumos, consolidaram o fluxo de atendimento e investiram na integração dos serviços. O mesmo não aconteceu na APH móvel. Nos serviços localizados nas capitais a situação da APH móvel parece melhor.

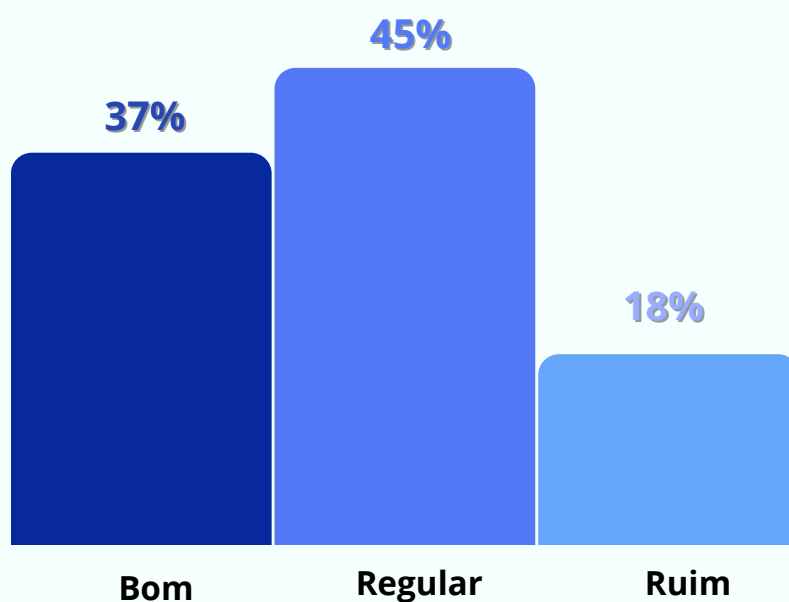
No conjunto dos serviços da APH, 87,7% informam que atendem e encaminham, assim como interagem com o Conselho Tutelar (84,2%), com programas de assistência social (79,3%) e com a emergência hospitalar (77,7%).

Entre os respondentes da APH, 46,5% afirmam que instituições de ensino atendem e encaminham os casos, mas que 17,5% apenas os atendem. Grande parte das capitais informa que os serviços atendem e encaminham os casos. Isso ocorre em 100% das capitais pesquisadas em relação aos prontos-socorros/UPA, ambulatórios especializados (saúde mental, IST/Aids, etc) e emergência hospitalar. Mais da metade das capitais (55,6%) não conta com ambulatório especializado para pessoas em situação de violência.

Serviços da Atenção Hospitalar – AH

O indicador que avalia a implementação da **diretriz 4 - Assistência interdisciplinar** - na atenção hospitalar dos municípios (gráfico 7) mostra que a maior parte dos gestores tem uma avaliação regular sobre a sua implementação 45,0%, 37,0% a referem como boa e 18,0% a consideram ruim.

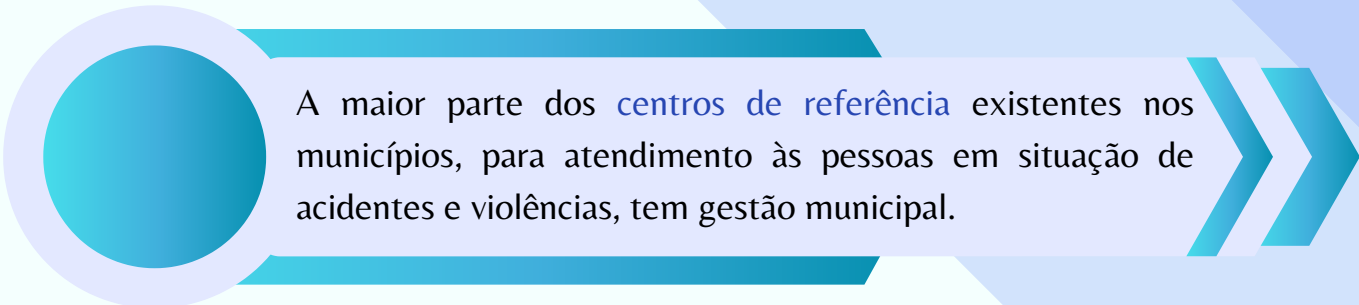
Gráfico 7: Assistência interdisciplinar na atenção hospitalar (Diretriz 4 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Mais da metade do conjunto de municípios pesquisados informou que a rede AH para internação de pessoas em situação de acidentes e violências é constituída por hospitais públicos municipais/distrital (63,2%). Apenas 20,2% possuem hospitais privados com fins lucrativos; nas capitais esse percentual chegou a 75%. Todas as capitais informaram ter em sua rede hospitais públicos estaduais e municipais e 87,5% têm hospitais privados sem fins lucrativos, mas conveniados ao SUS.

Quanto aos **serviços de referência e leitos de UTI para vítimas de acidentes e violências** verificamos que possuir serviços especializados para atendimento às vítimas de acidentes e violências é uma realidade pouco frequente no conjunto dos municípios brasileiros estudados. Apenas 21,8% deles possuem Centros de referência e 12,8% têm leitos de UTI para essas pessoas. Mais da metade das capitais pesquisadas conta com serviços especializados e leitos de UTI para atender vítimas de acidentes.



A maior parte dos **centros de referência** existentes nos municípios, para atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências, tem gestão municipal.

Nas capitais, essa gestão é dividida entre o município e o estado. Os leitos de UTI destinados a pessoas com lesões decorrentes de acidentes e violências têm gestão de natureza municipal e estadual.



Quanto aos **leitos hospitalares para atender aos casos de acidentes e violências**, 45,2% dos municípios pesquisados informaram que os leitos de urgência e emergência quase sempre atendem às necessidades. Percentuais próximos de 40,0% dos municípios fizeram a mesma avaliação para leitos hospitalares em geral, para adultos e pediátricos.

Chama atenção que mais de 70,0% dos municípios não possuem leitos de UTI para adultos, pediátricos e de retaguarda, além de 52,2% não possuírem leitos psiquiátricos.

Os serviços de urgência e emergência são essenciais para o atendimento dos casos de acidentes e violências, principalmente para os mais graves. Dentre os 116 hospitais que responderam à essa questão da pesquisa, 85,3% informaram que contam com serviços de urgência e emergência hospitalar que atendem a esses casos. Entre os serviços das sete capitais participantes, este percentual foi de 85,7%.

Grupos e tipos de serviços prioritários na Atenção Hospitalar

O conjunto dos municípios pesquisados informou que na AH há mais serviços/equipes capacitados para o atendimento às crianças (73,0%), adolescentes (72,1%), adultos (71,2%), idosos (71,2%) e mulheres (70,9%) em situação de violência; ao passo que quilombolas, indígenas e migrantes foram os grupos menos citados. A quase totalidade dos serviços da AH das capitais respondeu que todos os grupos pesquisados têm equipes capacitadas para atendê-los.

Ambulatórios especializados e serviços de referência que realizam registro de informações e coletam vestígios (72,0%) sobressaem entre os **tipos de serviços realizados pela AH nos municípios**. Nas capitais, ambulatórios especializados/serviços de referência para o atendimento a violência sexual (83,3%) prevalecem na AH. Unidades que realizam aborto legal em crianças e ambulatórios especializados ou serviços de referência que realizam registro de informações e coleta e vestígios são os menos indicados tanto no conjunto dos municípios como nas capitais.

A integração com os serviços municipais é feita pela gestão hospitalar municipal na maior parte das vezes ou quase sempre. A integração entre serviços intermunicipais é mais presente nas capitais (50,0%).

No conjunto dos municípios, os **recursos humanos (59,6%), materiais e insumos (59,6%)** e os **recursos físicos (57,8%)** são os mais disponíveis na internação hospitalar das vítimas de violência. Contudo, esses mesmos recursos são poucos nas UTI de mais da metade dos municípios. Nas capitais, as UTI hospitalares estão bem mais equipadas de recursos físicos, humanos e de insumos.

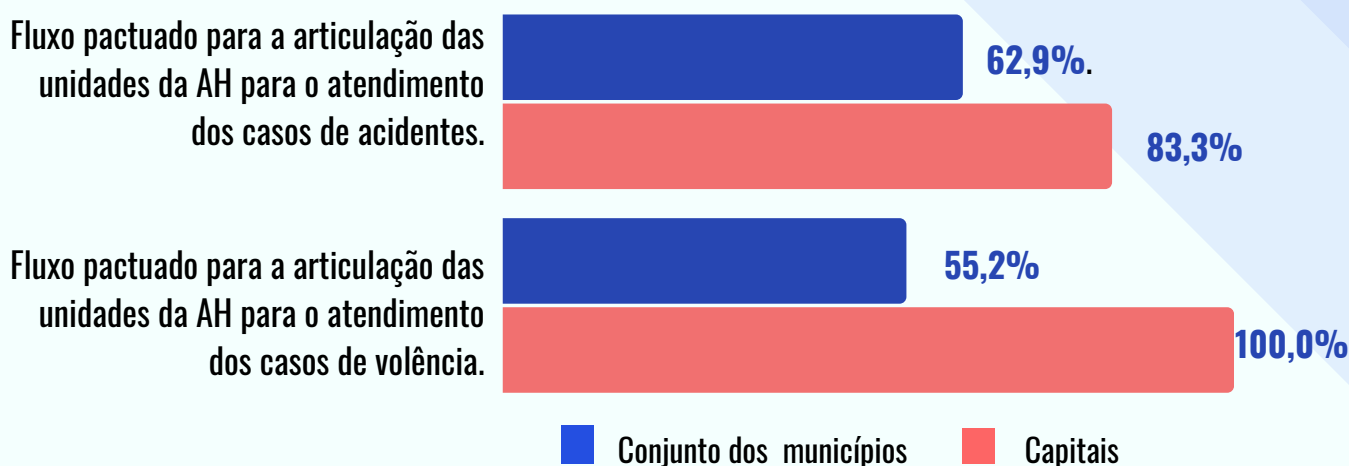


Na maior parte dos municípios participantes do estudo, os serviços da AH efetivamente utilizam protocolos e rotinas para o atendimento às vítimas de acidentes e violências, entre os quais destacam-se o protocolo voltado para os acidentes (97,8%), para atendimento a mulheres em situação de violência sexual (93,2%), a linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (91,3%) e para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual (91,3%). Nas capitais, quase todos os serviços participantes indicaram seguir os protocolos indagados.

Os municípios pesquisados informam que, na maior parte dos casos ou quase sempre, os serviços hospitalares dão **suporte e acompanhamento** para: as vítimas de acidentes e violências (50,0%), as famílias das vítimas (41,1%), a reabilitação (34,6%) e as equipes que realizam o atendimento (30,2%). Os autores de violência (19,8%) são os que menos recebem atendimento. As capitais apresentam o mesmo perfil.

Mais da metade dos municípios informa que possui um **fluxo pactuado** para a articulação das unidades da AH municipal com outros serviços de saúde de distintas esferas governamentais e não governamentais para o atendimento aos casos de acidentes e violências. Nas capitais pesquisadas, todas possuem este fluxo pactuado em relação a atenção às violências (gráfico 8).

Gráfico 8: Fluxo pactuado para atenção aos casos de acidentes e violências na AH

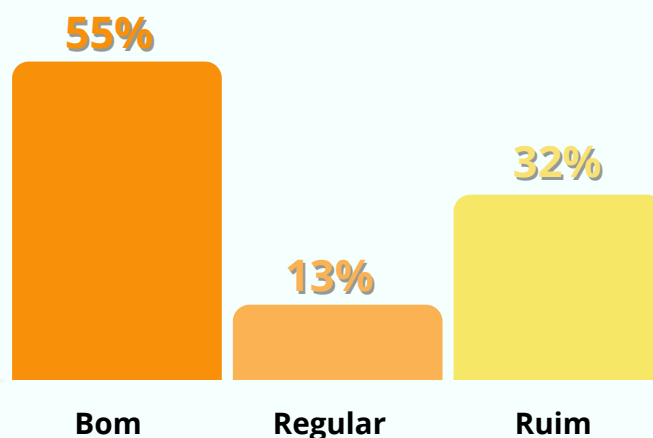


Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

No conjunto dos municípios, a rede de saúde (91,6%), de assistência social (92,5%) e o Conselho Tutelar (92,5%) destacam-se como os equipamentos para os quais a AH mais encaminha as pessoas em situação de violência; ao passo que a Delegacia da Pessoa com Deficiência (17,3%) e o Conselho de Direitos da Pessoa LGBTQIA+ (19,6%) são os menos citados. Todas as capitais pesquisadas citaram como locais de encaminhamento dos casos de violência, a rede de saúde, o Conselho Tutelar e as Delegacias.

O indicador que avalia a implementação das **ações de prevenção aos acidentes e violências e de promoção de comportamentos seguros e saudáveis (diretriz 1) na APH e AH** mostra que 55,0% dos municípios têm boa implementação e em 32,0% essa diretriz está avaliada como ruim (gráfico 9).

Gráfico 9: Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis na APH/AH (Diretriz 1 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Constatamos que não há indicação significativa de ações de prevenção aos acidentes e violências, a não ser de forma pontual, tais como cartazes de campanhas contra a violência e orientação pelo telefone 192 realizada pelos profissionais do SAMU. Foi destacada a dificuldade de desenvolver ações de sensibilização dos profissionais que atuam na APH, sobretudo pelo perfil da rotina de trabalho, que inclui plantões e atuação frente a situações emergenciais de manutenção da vida, o que requer o desenvolvimento de estratégias que atentem para essas dinâmicas.



Para o enfrentamento da violência na perspectiva da integralidade do cuidado, mudanças se fazem necessárias na estrutura dos serviços de atenção hospitalar, nas práticas intersetoriais e na prática profissional dos ambientes hospitalares.

Grande parte dos serviços informou que sua rede hospitalar realiza esse atendimento integral (acima de 85,0%). Os hospitais privados sem fins lucrativos e conveniados com o SUS atendem menos os casos: 57,1% no total dos municípios e 50,0% das capitais pesquisadas.

Quanto aos **recursos humanos** disponíveis para o atendimento aos casos de acidentes e violências no total dos municípios pesquisados, o técnico/auxiliar de enfermagem (89,7%), a enfermeira (86,9%) e o médico clínico geral (86,1%) se destacam. Em contrapartida, o médico neurocirurgião (82,2%) é o perfil profissional de que mais carece a Atenção Hospitalar.

A maior parte do total dos municípios (54,1%) e das capitais estudadas (66,7%) possui **Central de Regulação dos leitos hospitalares** e indica que essa **Central é efetiva/eficaz** (86,4% e 100,0%, respectivamente) para atender as vítimas de acidentes e violência.

Praticamente 63,0% dos municípios possuem fluxo pactuado para a articulação das unidades da AH municipal com outros serviços de saúde de distintas esferas governamentais e não governamentais para o atendimento aos casos de acidentes. Todos têm fluxo institucionalizado/regulamentado por ato normativo com outra rede, 87,9% com a rede privada/filantrópica conveniada com o SUS e 86,7% com a rede federal para o atendimento aos casos de acidentes.

O fluxo dos serviços da AH com os serviços de saúde das demais redes para o atendimento aos acidentados e vítimas de violências foi avaliado como regular pelo total dos municípios pesquisados. Nas capitais, o fluxo com a rede federal evidencia uma avaliação positiva.

6. ESTRUTURAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO ATENDIMENTO VOLTADO À RECUPERAÇÃO E À REABILITAÇÃO



A atenção em recuperação ou reabilitação tem como objetivo contribuir para que a pessoa consiga atingir e manter ao máximo o seu funcionamento, estimular a manutenção de suas funções, evitar o agravamento de suas limitações e promover maior autonomia e capacidade física, mental e social, possibilitando auxiliar na readequação da vida produtiva e a encontrar novas possibilidades de inserção social, profissional ou em outros aspectos da vida. A recuperação e reabilitação pode ser de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia, entre outras (MARRIEL et al., 2007).

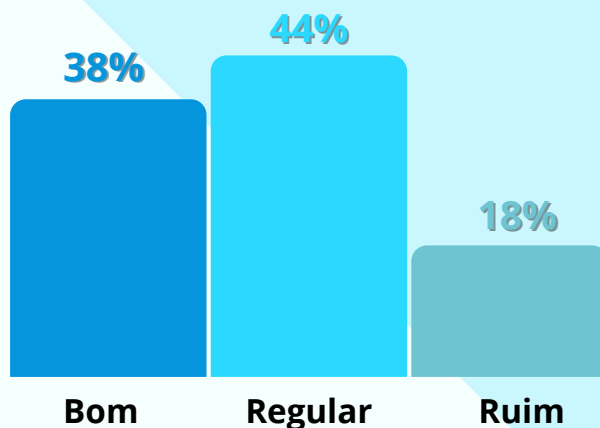
Este nível de atenção está amparado na PNRMAV na diretriz “Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação” (diretriz 5), bem como na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), que sinaliza a relevância dos acidentes e violências na produção de lesões que desencadeiam deficiências motoras.

Os dados da pesquisa avaliativa que apresentamos neste tópico sobre o nível de atenção em recuperação e reabilitação refletem a dificuldade de acesso da equipe de pesquisa a gestores diretamente responsáveis pelo setor de recuperação e reabilitação sob o foco dos acidentes e violências nos municípios brasileiros que aderiram a pesquisa, o que resultou no mais baixo nível de preenchimento do instrumento quantitativo (113 municípios) comparado aos setores de atenção primária, pré-hospitalar e hospitalar. Além disso, nenhuma entrevista qualitativa foi realizada com gestor específico do setor, sob alegações de inexistência deste tipo de gestão na secretaria. Entrevistamos técnicos responsáveis por núcleos de prevenção aos acidentes e violências, mas também gestores de áreas como vigilância epidemiológica, atenção primária e hospitalar.

A implementação das ações em recuperação e reabilitação para vítimas de acidentes e violências

O indicador que avalia a implementação da diretriz 5 da PNRMAV - Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação - mostra que 44,0% dos gestores a consideram regular, 38,0% a avaliam como tendo boa implementação e 18,0% como ruim (gráfico 10).

Gráfico 10: Estruturação e consolidação do atendimento de recuperação/reabilitação (Diretriz 5 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

A maior parte dos serviços de recuperação e reabilitação dos municípios participantes deste estudo que atendem às vítimas de acidentes e violências é de **gestão municipal (86,7%)**, seguida pelos de **gestão estadual (26,7%)**. Serviços privados conveniados com o SUS perfazem 21,2%. É precária a contribuição de serviços federais e privados neste tipo de atendimento. Quase 28,0% das cidades investigadas não possuem atendimento adequado às necessidades dos casos de acidentes e violências, indicando limitações importantes desse atendimento.

A **infraestrutura** para o atendimento em recuperação e reabilitação não consegue atender às necessidades dos casos de acidentes e violência, em 43,8% do conjunto dos municípios respondentes e em 14,3% dos situados nas capitais.

A suficiência de **recursos tecnológicos** na recuperação e reabilitação das vítimas de acidentes e violências dos municípios mostra lacunas significativas, especialmente de medicina nuclear e urodinâmica.

O atendimento em recuperação e reabilitação pela **rede de saúde** às vítimas de acidentes e violências nos municípios é principalmente feito pelas unidades básicas, centros e unidades de saúde da família, mencionadas pela quase totalidade dos participantes, com a maioria atendendo e encaminhando os casos de acidentes e violências (87,6%). Centros especializados, hospitais e atendimento domiciliar estão ausentes entre 17,8% e 21,4% dos serviços localizados nas capitais participantes do estudo.

Há muita carência de **recursos humanos**, como musicoterapeuta (87,3%) e médico fisiatra (80,2%), neurologista (45,0%) e terapeuta ocupacional (42,6%) com os quais os municípios investigados não contam para o atendimento às necessidades de recuperação e reabilitação dos casos de acidentes e violências.

É amplamente variável a frequência da oferta de **órgeses, próteses, medicamentos, insumos e equipamentos** às vítimas de acidentes e violência, para o conjunto dos municípios: apenas a oferta e continuidade de abastecimento de medicamentos alcança patamares de maior constância temporal, enquanto os maiores índices de não fornecimento referem-se à variedade e qualidade do material das órgeses, próteses e meios auxiliares de locomoção (48,5% e 51,0%, respectivamente). Nas capitais brasileiras a situação é mais crítica, provavelmente pela grande demanda. São elevadas as frequências com que às vezes ou quase nunca são fornecidas: a variedade da oferta e qualidade do material de órgeses, próteses e meio auxiliares de locomoção; a quantidade disponível e continuidade de abastecimento de órgeses, próteses e meio auxiliares de locomoção; e a oferta e continuidade de abastecimento de insumos básicos (tabelas 3A e 3B). Nos municípios de menor porte das regiões Norte, Nordeste e Sudeste predomina a ausência da variedade, qualidade, quantidade e continuidade de abastecimento de órgeses, próteses e meios auxiliares de locomoção. O estudo qualitativo comprovou o frágil acesso das vítimas de acidentes e violências a órgeses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

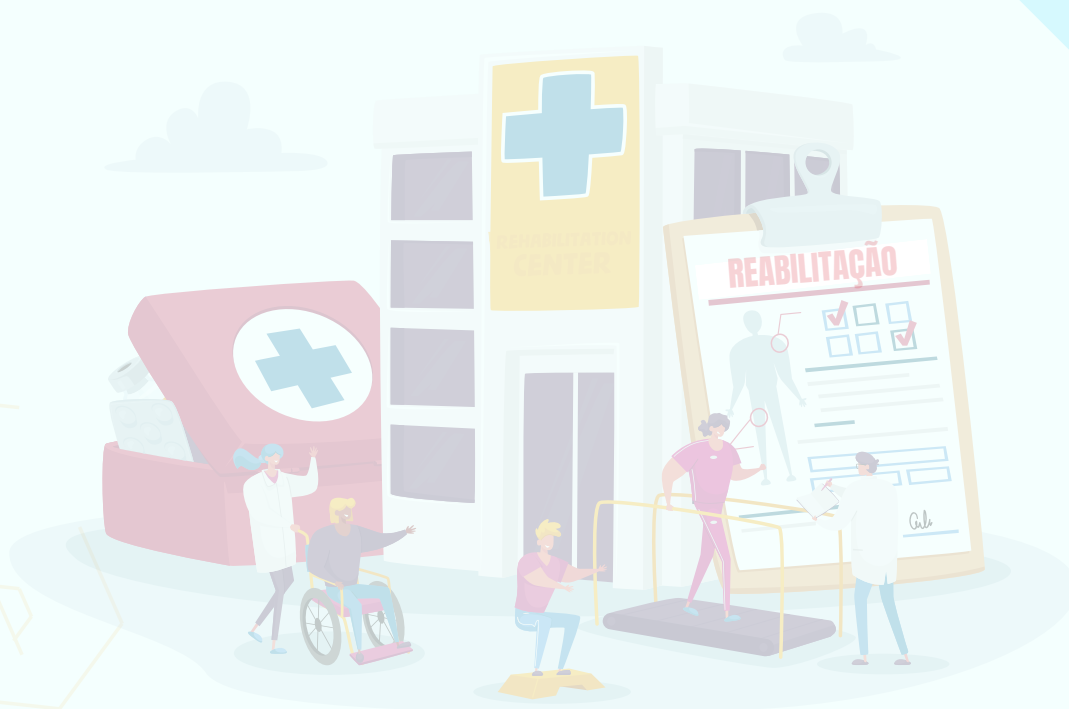


Tabela 3A : Distribuição percentual com que o conjunto dos municípios pesquisados dispensa órteses, próteses, medicamentos, insumos e equipamentos às vítimas de acidentes e violência na atenção de recuperação e reabilitação

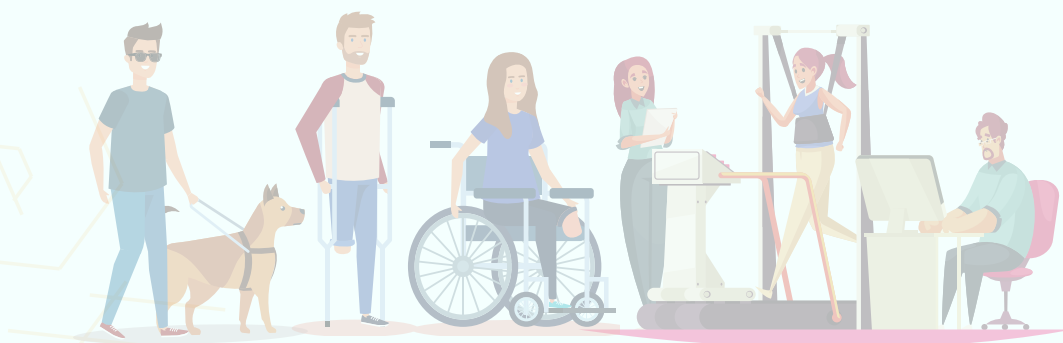
Ações	Realização de ações de Recuperação/Reabilitação				
	Conjunto dos municípios	A maior parte ou quase sempre %	Cerca de metade %	Quase nunca ou às vezes %	O município não fornece %
Variedade da oferta de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	12,9	12,9	25,7	48,5	101
Qualidade do material de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	21,6	12,7	14,7	51,0	102
Quantidade disponível de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	14,9	9,9	27,7	47,5	101
Continuidade de abastecimento de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	14,7	10,8	23,5	51,0	102
Variedade da oferta de medicamentos	46,5	20,8	20,8	11,9	101
Continuidade de abastecimento de medicamentos	50,0	21,6	16,7	11,8	102
Variedade da oferta de insumos básicos	38,2	17,6	23,5	20,6	102
Continuidade de abastecimento de insumos básicos	39,2	14,7	25,5	20,6	102
Variedade da oferta de equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	25,5	18,6	26,5	29,4	102
Manutenção dos Equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	27,7	9,9	29,7	32,7	101

Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMMAV (CLAVES, 2023)

Tabela 3B : Distribuição percentual com que as capitais pesquisadas dispensam órteses, próteses, medicamentos, insumos e equipamentos às vítimas de acidentes e violência na atenção de recuperação e reabilitação

Capitais	A maior parte ou quase sempre %	Cerca de metade %	Quase nunca ou às vezes %	O município não fornece %	N
Variedade da oferta de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	16,7	33,3	50,0	6
Qualidade do material de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	16,7	33,3	50,0	6
Quantidade disponível de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	0,0	50,0	50,0	6
Continuidade de abastecimento de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	16,7	33,3	50,0	6
Variedade da oferta de medicamentos	0,0	66,7	33,3	0,0	6
Continuidade de abastecimento de medicamentos	0,0	66,7	33,3	0,0	6
Variedade da oferta de insumos básicos	16,7	16,7	33,3	33,3	6
Continuidade de abastecimento de insumos básicos	16,7	33,3	16,7	33,3	6
Variedade da oferta de equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	16,7	16,7	50,0	16,7	6
Manutenção dos Equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	16,7	16,7	16,7	50,0	6

Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMMAV (GLAVES, 2023)



Protocolos e rotinas de atendimentos às vítimas de acidentes e violências são utilizados com elevada frequência pelos municípios participantes. Menor uso desses protocolos é feito na atenção aos casos de agressão e de idosos em situação de violência, embora ainda em patamares elevados (79,4% e 85,3%, respectivamente). Os protocolos para atendimento à violência sexual estão presentes em quase todos os municípios.

A **adequação temporal do atendimento** de recuperação/reabilitação às vítimas de acidentes e violências nos municípios brasileiros na maior parte ou quase sempre foi relatada por cerca de metade dos respondentes no que se refere ao tempo médio decorrido entre a lesão e a busca ao tempo médio decorrido entre a busca e o agendamento da primeira consulta e ao tempo médio de permanência do paciente em tratamento de recuperação/reabilitação. A inadequação oscila em valores inferiores a 8,0%.

A realização de **atendimento especializado** de recuperação/reabilitação às vítimas de acidentes e de violências indica que a maioria dos serviços foca em grupos específicos de crianças, adolescentes, adultos, idosos e mulheres. Outros grupos mencionados de forma mais pontual (18,7%) são: LGBTQIA+, homens, recém-nascidos e indígenas.

Os principais serviços para os quais a atenção de recuperação e reabilitação do conjunto dos municípios **encaminha** os casos de acidentes e violências são: rede de saúde e assistência social e conselho tutelar, reportados por mais de 91,0%. O Ministério Público também se mostra parceiro comum (82,7%). Dentre os menos mencionados estão o Conselho de Direitos da Pessoa LGBTQIA+, o Centro de Referência Especializado fora da saúde e o Centro de Referência dos Direitos Humanos.

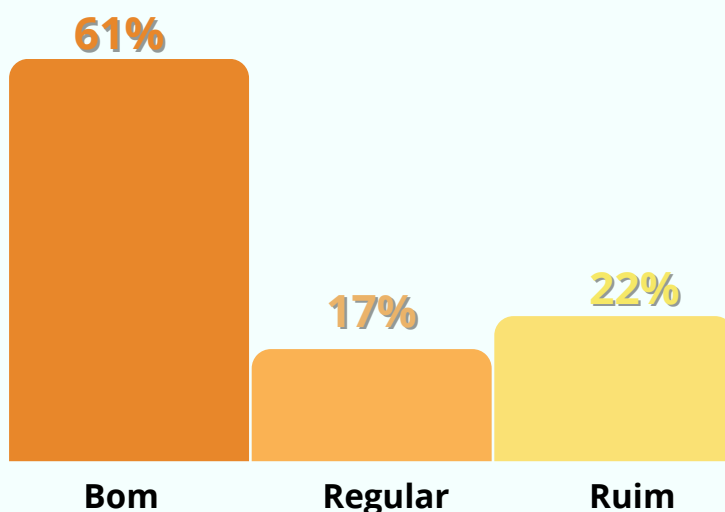
A existência de **fluxo pactuado** para a articulação das unidades de recuperação e reabilitação com outros serviços de saúde para o atendimento aos casos de acidentes foi confirmada por 62,5% de todos os respondentes, sendo que a rede estadual é a predominante (70,5%), seguida pela privada/filantrópica conveniada com o SUS (57,3%). Para a maioria desses serviços os fluxos estão regulamentados por ato normativo. Nas capitais a existência de fluxo pactuado para a articulação das unidades de recuperação e reabilitação com outros serviços de saúde para o atendimento aos casos de acidentes é mais frágil, sendo confirmada por metade das cidades.

A maior parte dos serviços, principalmente das capitais, realiza **registros das sequelas/incapacidades permanentes ou temporárias**. As sequelas permanentes têm percentuais de registro um pouco inferior ao das sequelas temporárias. Os serviços de recuperação/reabilitação registram mais sequelas físicas (84,8%) e psicológicas (81,4%). E menos, sequelas visuais (60,8%) e auditivas (64,9%).

No que tange as ações de prevenção aos acidentes e violências e de promoção de comportamentos seguros e saudáveis (diretriz 1) no nível da recuperação/reabilitação, constatou-se que as poucas ações mencionadas nos questionários e entrevistas dizem respeito à prevenção terciária oferecida por serviços de reabilitação e não especificamente às vítimas de acidentes e violências. Entre 50,0% e pouco mais de 60,0% dos municípios informaram que realizam pelo menos uma vez ao ano ações inter e intrasetoriais de promoção voltadas para casos de acidentes e violências, mas, entre 29,0% e 33,0% nunca as realizam.

O indicador que avalia a **diretriz 1 - Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis** – e engloba ações de promoção e prevenção na AR mostra que 61,0% dos municípios a consideram com boa implementação (gráfico 11). Entretanto, cabe refletir sobre a pouca visibilidade das situações de violência nesses serviços.

Gráfico 11: Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis na AR (Diretriz 1 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

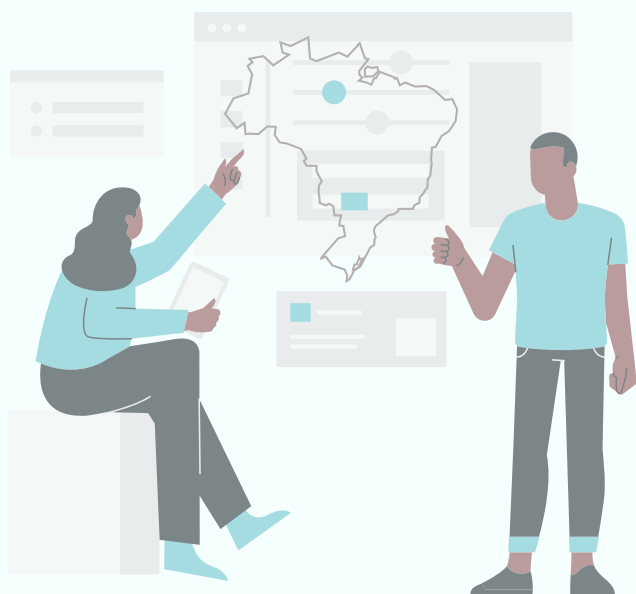
Destaques importantes:

- Constatamos que o acesso à recuperação e reabilitação para pessoas vítimas de diferentes níveis da assistência como previsto na PNRMAV e preconizado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e na Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência é escasso e pouco funcional.
- A integralidade do cuidado das pessoas vítimas de acidentes e violências não é garantida.
- A distribuição regional dos serviços de recuperação e reabilitação é desigual, com quadro mais delicado na Região Norte e melhor na Região Sudeste.
- São insuficientes o número de serviços frente a grande demanda, bem como os recursos humanos para dar continuidade ao atendimento nos serviços.
- A articulação da AR com a rede de atenção é frágil, especialmente com CAPS e NASF, o que dificulta a obtenção de apoio psicológico às vítimas de violência e seus familiares.
- É preciso investir em informação qualificada sobre o número de pessoas convivendo com sequelas devido a acidentes e violências.

- É longo o tempo de espera das vítimas para obter atendimento de recuperação e reabilitação.
- É difícil o acesso das vítimas de acidentes e violências às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- É baixa a frequência com que a infraestrutura da AR atende às necessidades das vítimas de acidentes e violências nos municípios.

Embora avanços significativos tenham atingido a AR nas duas últimas décadas, como, por exemplo, o surgimento de normativas, existência de serviços e variabilidade de profissionais em boa parte das cidades participantes comparado a pesquisa avaliativa anterior (MARRIEL et al., 2007), questões fundamentais se agravaram em anos recentes, devido ao subfinanciamento do setor, ao advento da pandemia de Covid-19, às fragilidades de infraestrutura e de recursos humanos, e aos problemas com a dispensação de órteses e próteses, entre outras.

Os dados apresentados evidenciam que o cenário da AR no Brasil para pessoas em situação de acidentes e violências ainda está distante de ofertar um serviço com proposta de universalidade, integralidade e equidade, principalmente se esse nível da atenção é comparado à atenção primária e ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar.



7. MONITORAMENTO E NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS



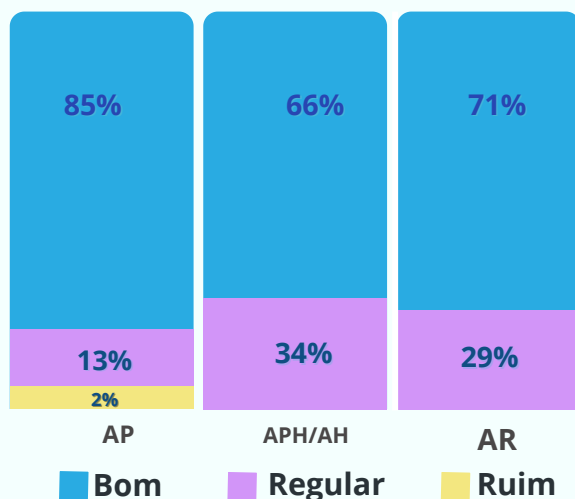
Desde a criação da PNRMAV, a segunda diretriz sobre o monitoramento da ocorrência dos acidentes e violências, que abrange os três níveis da atenção em saúde, recebeu investimento prioritário uma vez que se reconhece o valor e o impacto da obtenção e análise de informações sobre as características desses agravos para subsidiar ações de enfrentamento das diferentes expressões de violência, numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida. Essa diretriz orienta ações de acompanhamento dos eventos, notificação e diagnóstico de mortes e agravos decorrentes de acidentes e violências envolvendo crianças e adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais, e, mais recentemente, incluiu a violência étnico-racial e contra a população LGBTQIA+. O objeto de **notificação compulsória** da violência vem sendo ampliado com a incorporação de situações não previstas na legislação e que necessitam de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos, como nas situações de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, população indígena, entre outras (SILVA et al., 2016; MINAYO et al., 2018).



São objetos de **notificação compulsória** os casos suspeitos ou confirmados de ‘Violência doméstica e/ou outras violências’, e os casos de ‘Violência sexual e tentativa de suicídio’. O instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, publicado em 2016, define como objetos de notificação: “Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.” (BRASIL, 2016, p.18)

O indicador que avalia a implementação da **diretriz 2 - Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violência** é mostrado no gráfico 12. Essa diretriz obteve uma avaliação positiva dos municípios participantes, independente do nível de atenção à saúde, sobretudo na atenção primária, onde 85,0% dos municípios pesquisados.

Gráfico 12: Monitoramento da ocorrência de acidentes e violências, segundo o nível de atenção (Diretriz 2 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

A **ação de monitoramento** dos acidentes e violências mais realizada é o apoio à melhoria da qualidade da informação no SUS (76,2% dos municípios relataram que realizam essa ação uma ou mais vezes ao ano). Já a utilização de recursos de serviços toxicológicos (66,9%) e a elaboração de fichas para obtenção de informações sobre acidentes e violências que não a do SINAN com a finalidade de monitoramento nunca são realizadas por 59,3% dos municípios pesquisados no país. De modo geral, há mais atividades de monitoramento promovidas pelos serviços localizados em municípios de maior porte, embora em ações específicas, alguns situados em cidades menores se destaquem. É bastante relevante observar que a **maioria dos serviços pesquisados notifica as violências para o SINAN (82,9%)**.

A maior parte dos gestores dos serviços implementa ações para melhorar a notificação das violências ao SINAN, especialmente no que se refere ao **fluxo intrasetorial**: notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada (78,8%); e fluxo intersetorial pactuado para a notificação da violência interpessoal e autoprovocada com a rede de proteção (73,2%).

Os serviços **utilizam os dados** sobre violências e acidentes gerados a partir do monitoramento de forma deficitária. A produção de boletins sobre acidentes e violências é informada por menos da metade dos municípios pesquisados. A utilização para a adequação da especificidade e da quantidade de pessoas nas equipes (69,4%), para melhorar a infraestrutura de atendimento (60,2%) e para momentos de formação sobre violências (63,6%) foram as ações mais realizadas.

De forma geral, o monitoramento dos acidentes e violências é muito diverso no país, com maior acesso a sistemas informatizados nas capitais e nos municípios de grande porte. A **pactuação e avaliação de indicadores** sobre acidentes e violências se destaca como ação padronizada de vigilância mencionada, sobretudo, nas gestões estaduais, nas capitais e em municípios de grande porte.



A consolidação da atenção integral às vítimas de violência depende muito da capacidade de monitoramento e acompanhamento da trajetória das pessoas em situação de violência pela rede de atenção para se diagnosticar as falhas na assistência e no fluxo, implicar as equipes e construir soluções coletivas para casos complexos. É notório que as capacitações e sensibilizações para a notificação das violências têm se estendido a outros setores que compõem a rede de atendimento aos casos de violência, incluindo-se as unidades da rede privada.

Em comparação à análise diagnóstica dos primeiros anos de implantação da PNRMAV realizada por Minayo e Deslandes (2007), muitos dos problemas identificados sobre as ações de monitoramento e notificação dos acidentes e violências permanecem, embora avanços tenham ocorrido, com momentos de pausas e retrocessos. Primeiro, de lá para cá houve um crescimento significativo na criação, no fortalecimento e na qualificação de sistemas de informação nacionais sobre acidentes e violências, muito impulsionado por atividades desenvolvidas pelas Vigilâncias Epidemiológicas locais, por áreas técnicas de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e por núcleos de violências. A sensibilização e a capacitação constante das equipes de saúde do país, tradicionalmente impulsionadas pelo governo federal, mas envolvendo ou protagonizadas por atores locais, convocaram os serviços para a relevância em suspeitar, diagnosticar, monitorar e notificar os casos de violências. É consenso que a oferta de atividades de educação permanente e a implantação de dispositivos tecnológicos, como os aplicativos, em todos os níveis de atenção e em outros serviços da rede é fundamental para o enfrentamento da subnotificação e da produção e qualificação de dados para a tomada de decisões. A constatação de que mais de 70,0% dos serviços da atenção primária e hospitalar pesquisados dão apoio à melhoria da qualidade da informação na rede pública de atenção à saúde mostra o lugar que o monitoramento e a notificação de violências ocupam hoje nos serviços do país, especialmente nas cidades de maior porte populacional.

Contudo, muitas lacunas persistem. Chama atenção o Sudeste aparecer como a região que tem maior percentual, ainda que baixo, de serviços da atenção primária que nunca notificam. Também causa surpresa a percepção dos profissionais de que os serviços hospitalares notificam mais que os da atenção primária, fato talvez justificado pela gravidade dos casos atendidos nos hospitais, pela possibilidade ou não de confirmar a situação de violência e pela não implicação territorial do profissional. Também os serviços de recuperação e reabilitação parecem menos implicados com as ações de monitoramento e notificação. Muitas das queixas e entraves dos profissionais que registram e notificam decorrem da falta de apoio da gestão, inclusive federal; da centralização das notificações em um único profissional e da constante renovação das equipes locais, o que exige o sempre recomeçar.



Principais dificuldades para o monitoramento e notificação

- 1- A alta rotatividade de profissionais e mudanças de gestão, resultando na descontinuidade de ações em curso e na necessidade de constantes atualizações;
- 2- Ações centralizadas em iniciativas individuais, e não em ações de equipe e planejadas;
- 3- Falta de recursos financeiros e humanos;
- 4- Medo de retaliações contra aqueles que notificam, principalmente, em cidades pequenas, e em territórios muito marcados pela violência urbana e criminal; e
- 5- Percepção da ausência do Ministério da Saúde na coordenação e na condução de ações no âmbito da PNRMAV, apoiando estados e municípios. Falta uma atuação institucional e formal, mais proativa e focada na continuidade da implementação da política.

A realidade da subnotificação da violência ainda persiste no país. São muitos os entraves já conhecidos e aqui relatados como o pouco preparo profissional para diagnosticar e intervir nas situações de violência, a falta de normas claras sobre procedimentos técnicos, fragilidades na estrutura e organização dos serviços, falta de credibilidade na rede de proteção, receio quanto aos procedimentos legais que podem advir da notificação, do medo de represália nos território por parte dos profissionais, da ausência de mecanismos legais de proteção para os profissionais encarregados de notificar e da quebra de sigilo profissional (SABILA et al., 2007; LOBATO, MORAES e NASCIMENTO, 2012; CEZAR, ARPINE e GOETZ, 2017; NJAINE et al., 2020). A alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde e as seguidas mudanças de gestão são outros entraves recorrentes. Além disso, alguns profissionais, especialmente médicos, não se sentem responsáveis pela notificação, o que precisa ser incorporado na sua formação. Entretanto a subnotificação não pode ser vista como elemento de culpabilização dos profissionais, que precisam se sentir amparados para registrar e visualizar os resultados de sua ação (KIND et al., 2013).

Com relação à produção de fichas de notificação de acidentes, a criação de instrumentos sobre o local e horários das ocorrências, número de óbitos, maior monitoramento dos casos são algumas das iniciativas a serem tomadas. Esses cuidados podem ser em parte atribuídos à implementação do Programa Vida no Trânsito nas capitais e a ações para cumprir os objetivos do desenvolvimento sustentável que visam a reduzir em 50,0% as mortes e lesões no trânsito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017). É importante ressaltar que os demais acidentes, como quedas, afogamentos, sufocação e queimaduras permanecem invisibilizados e com pouca ou nenhuma abordagem preventiva.

Outro ponto crítico expressivo é a constatação na pesquisa da não utilização das informações geradas pelos serviços em todos os níveis da atenção, tal como constatado por Minayo e Deslandes (2007). Os indicadores epidemiológicos fornecidos pelas notificações não podem ser percebidos apenas como dados estatísticos e seu destino precisa estar visível. Cezar, Arpini e Goetz (2017) ressaltam a necessidade de problematização da informação por meio de discussões fundamentadas sobre o contexto social e as demais relações que permeiam as situações de violência (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009). As gestões em nível municipal, estadual e federal deveriam recorrer aos dados para planejar políticas públicas e intervenções de enfrentamento condizentes com as suas particularidades locais (DESLANDES; MENDES; LIMA; CAMPOS, 2011). A baixa adesão à notificação ou a desarticulação dos dados ocasiona déficits na qualidade da informação e concorre para a invisibilidade do problema pelos gestores.

São urgentes a construção e o fortalecimento de um trabalho em rede para superar a subnotificação, incrementar o registro das informações e reverter o isolamento das ações (GARBIN et al., 2015; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017). Integrar dados epidemiológicos de violência por meio de um sistema intersetorial que agregue registros da Saúde, Assistência Social, Segurança Pública, Disque 100 e demais instituições que se envolvem com essas notificações se mantém como um sonho que precisa ser realizado. Mas essa integração antes precisa ultrapassar a subnotificação. A intersetorialidade das ações e a formação de redes para monitoramento, notificação e atendimento às pessoas em situação de violência são indispensáveis para a condução de ações de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida.



Recomendações para o aprimoramento das ações de monitoramento e notificação

- 1- Promover capacitação e sensibilização como parte de uma ação maior e constante de educação permanente em saúde. Investir na formação profissional desde cursos técnicos de nível médio e de graduação, para que os profissionais internalizem o tema como parte dos problemas de saúde e se apossam dele nas discussões e diálogos teóricos e metodológicos e na formação prática para diagnóstico, monitoramento e oferta de cuidados.
- 2- Investir em desenhos de educação em saúde que se adequem às especificidades de cada nível de atenção e à rotina de trabalho, especialmente da atenção hospitalar (mais adequadas às ações in loco) e pré-hospitalar.
- 3- Investir na capilaridade das ações de monitoramento e notificação segundo a missão de cada tipo de serviço e do nível da atenção (primária, hospitalar e de recuperação e reabilitação).
- 4- Trabalhar consistentemente com indicadores.
- 5- Desenvolver as ações em municípios de menor ou maior porte populacional, considerando as singularidades locais.
- 6- Integrar informações existentes, destacando a implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), cujo objetivo é acessar e integrar as informações, a partir do indivíduo.

8- FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

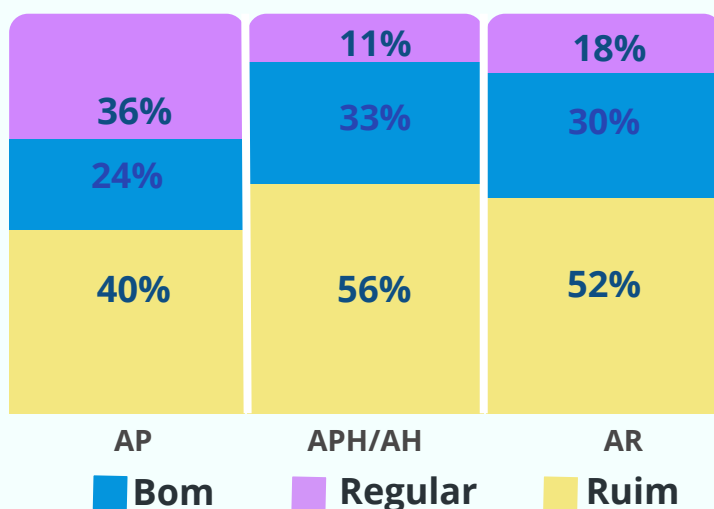


Este tópico abrange duas diretrizes da PNRMAV: A capacitação de recursos humanos (diretriz 6) e o Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (diretriz 7). Inicialmente apresentamos informações sobre a formação profissional para as temáticas dos acidentes e das violências nos serviços de saúde do país, e posteriormente apontamos o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre esses temas. Incluímos as respostas fornecidas aos questionários e às entrevistas pelos gestores e profissionais dos distintos níveis de atenção à saúde (primária, pré-hospitalar e hospitalar, e de reabilitação e recuperação) e dos setores de vigilância e núcleos de prevenção dos acidentes e violência, e pelos gestores e representantes da gestão de saúde municipal, estadual e federal.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA OS TEMAS DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

O indicador que avalia o investimento na **capacitação de recursos humanos (diretriz 6)** mostra resultados aquém dos desejados (gráfico 13): em todos os níveis da atenção a maioria dos municípios considera ruim a implementação dessa diretriz, especialmente na APH/AH 56,0%, seguida pela AR (52,0%) e AP (40,0%).

Gráfico 13: Avaliação da capacitação de recursos humanos, segundo o nível da atenção (Diretriz 6 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Nos municípios e capitais estudados, a **formação** ocorre principalmente por iniciativa individual do profissional. A falta de apoio da gestão dos municípios pequenos das regiões Norte e Centro-Oeste se estende a qualquer tipo de formação. Ações específicas de formação das equipes nos diferentes serviços que atendem às vítimas de violência e a criação de serviços especializados em ambulatórios, pronto-atendimento e hospitais foram destacadas nos três níveis de atenção à saúde.



Todas as capitais do país investiram na criação de serviços de atenção às mulheres, crianças e jovens em situação de violência, especialmente, de violência sexual. Inúmeras iniciativas foram criadas em hospitais universitários, estaduais e municipais para atender às vítimas de violência sexual com protocolos e fluxos para profilaxia (BRASIL, 2015; 2022), contracepção de emergência e aborto legal.

Portanto tornou-se necessário preparar os profissionais dos diversos equipamentos da saúde, da assistência social, da educação, do conselho tutelar, do setor judiciário, da segurança pública, e das ONG, para atender adequadamente a essas pessoas.

Vimos que nas unidades que investem internamente na formação de suas equipes, vários assuntos têm sido tratados, visando contemplar as especificidades locais. Os **principais temas da formação profissional** mencionados foram: saúde do homem, do idoso, da criança e da mulher; notificação de violência e fluxo de atendimento; cuidados com vítimas de violência autoprovocada; notificação de intoxicações exógenas pelos serviços de urgência e emergência; humanização, acolhimento, assistência e encaminhamento no SUS. Embora as pessoas LGBTQIA+, a população negra e indígena, tenham sido as menos apontadas nas respostas do questionário como as que têm equipes especializadas para o atendimento nos níveis da atenção estudados, nos relatos das entrevistas sobre a questão da formação elas foram mencionadas como alvo de cuidado especial. Também foram temas abordados na formação, como tratar crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; linha de cuidado para vítimas de violência; como diagnosticar e atuar frente à exploração do trabalho infantil e à exploração sexual; como proceder nas situações que permitem aborto legal.

A formação dos profissionais ocorre por meio de várias articulações, principalmente no que se refere ao atendimento às vítimas de acidentes, mais do que aos casos de violência. Nesse sentido, o projeto mais citado é o PVT. As ações formativas e preventivas costumam reunir profissionais de saúde, de educação, motoristas de ambulâncias e representantes das organizações sociais e pessoas da população, especialmente nas capitais. Em geral, os assuntos mais tratados são a chamada Lei Seca, a limitação de velocidade e a situação dos motociclistas, hoje as principais vítimas.

PARCERIAS PARA FORMAÇÃO

Para conhecimento, aprofundamento dos problemas de acidentes e violência, e seu tratamento, foram citadas parcerias com as seguintes entidades: Universidades Federais e Estaduais; Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas do SUS, UnaSus; Departamento de Trânsito (DETRAN), Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Batalhão do Trânsito, Polícia Civil e Militar, Instituto Médico Legal; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Rede de Atenção às Mulheres; Secretarias Estaduais de Segurança Pública, de Educação, da Mulher e Diversidade, de Assistência Social; Ministério Público; Defensoria Pública e organizações da sociedade civil.

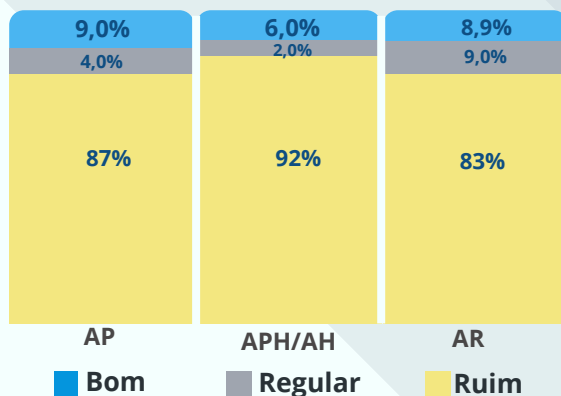
Destacamos a atuação de algumas instituições de ensino que fomentam a formação profissional para a prevenção da violência, situadas na região Sudeste. Uma delas, o Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que tem interlocuções com a graduação de Medicina, Enfermagem e Psicologia; mapeamento de redes de grupos de pesquisa e estudos sobre violências, e execução de seminários nacionais. Outra é o CLAVES, que é um núcleo acadêmico para o Ministério da Saúde. Já formou cerca de 2.160 alunos nas modalidades de atualização e aperfeiçoamento, e promoveu três edições de um curso de especialização, que formou 363 profissionais de 158 municípios brasileiros, que se tornaram multiplicadores. O CLAVES ainda oferece formação *stricto sensu* – mestrado e doutorado – para profissionais da área de saúde e de outras áreas sobre as temáticas dos acidentes e das violências. Muitas outras instituições universitárias têm investido na preparação dos profissionais como é o caso do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) e do Laboratório de Estudos da Criança (LACRI), ambos da Universidade de São Paulo (USP), dentre outras.



DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS

O indicador que avalia a diretriz 7 da PNRMAV – **Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas** - mostrou o cenário bastante frágil pois é a **diretriz pior implementada nos três níveis da atenção** dos municípios investigados (gráfico 14): a maioria deles considera ruim o investimento em estudos e pesquisas (92,0% na atenção hospitalar, 87,0% na primária e 83,0% na atenção em reabilitação).

Gráfico 14: Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas segundo nível da atenção (Diretriz 7 da PNRMAV)



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Constatamos que **o investimento na formação profissional e no apoio à pesquisa sobre acidentes e violências se destacam principalmente nas capitais do país e na atenção primária**. Por esta razão, apresentamos os dados diferenciados pelos três níveis de atenção.

Na **atenção primária** os dados sobre acidentes e violências produzidos pelos serviços deste nível da atenção, em sua grande maioria não são publicados ou divulgados, ainda que sejam elaboradas produções técnicas e apresentações em eventos e mídias. A **existência de parcerias** com instituições de ensino e pesquisa sobre acidentes e violências é mais verificada nas capitais (58,8%) e nas cidades de grande porte da Região Nordeste (71,4%). Nas entrevistas qualitativas, as menções a parcerias foram feitas por poucos equipamentos das regiões Norte, Sudeste e Sul. Também são pouco comuns as parcerias com instituições da sociedade civil organizada, instituições e movimentos populares e/ou sociais sobre acidentes e violências, exceto nas capitais, onde 52,9% dos municípios as possuem, e nas cidades maiores das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Os dados de **pesquisas e estudos sobre acidentes e violências** produzidos por profissionais da atenção primária sobre suas unidades, em maioria não são divulgados. Nas capitais a situação é mais favorável, pois 66,7% dos respondentes afirmaram que divulgam sua produção técnica; 66,7% também o fazem em eventos e 55,6% na mídia. Esses dados da atenção primária também quase não são publicados pelos profissionais dos serviços do país (94,1%) e das capitais pesquisadas (94,4%). Apenas 2,1% mencionaram que os divulgam internamente, em discussões, reuniões de equipe, grupos internos, e em lives interinstitucionais, rodas de conversa, participação em redes de proteção, entre outras.

Na **Atenção Hospitalar** há pouco incentivo por parte da gestão à formação de profissionais e ao ensino/pesquisa sobre acidentes e violências, salvo para cursos de curta duração. Por isso, verificamos que quando essa formação ocorre, é por iniciativa individual do profissional, especialmente nos cursos de especialização, mestrado e doutorado. A existência de parcerias para o desenvolvimento de processos formativos também foi pouco mencionada na AH do conjunto dos municípios e pela maior parte das regiões. As capitais e as cidades de maior porte do Centro-Oeste e Sudeste ostentam melhores resultados. São poucas também as parcerias da Atenção Hospitalar com instituições de ensino e pesquisa, especialmente no conjunto dos municípios e em todas as regiões, exceto nas cidades de grande porte da região Centro-Oeste. As parcerias com instituições da sociedade civil organizada e movimentos populares e/ou sociais também são pouco frequentes, com melhor resultado nas capitais e nas cidades de grande porte da Região Centro-Oeste.

De modo geral, há poucas **publicações de pesquisas ou estudos** na AH. Nas capitais, apenas 44,4% possuem divulgação através de produção técnica, eventos e em mídias. Algumas exceções são apontadas nos maiores municípios das regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste, onde isso acontece com mais frequência.

Na **Atenção de Reabilitação** destaca-se o baixo investimento em ações de formação, ensino e pesquisa para as temáticas em foco. De forma geral, não há apoio dos gestores desse nível de cuidado para o aprimoramento dos profissionais. A maioria dos que fazem algum curso, é por iniciativa própria. Neste nível de atenção também observamos baixos percentuais de **divulgação de dados sobre acidentes e violências** produzidos pelos serviços de reabilitação: de 69,0% a 94,7% nada publicam. Os que divulgam de alguma forma os dados do seu trabalho, o fazem, sobretudo, em produção técnica (31,0%) e em mídias (30,1%). Nas capitais, a produção técnica chega a 71,4% e nas mídias (71,4%). Alguns dos que produzem material técnico, quando o disseminam, tendem a fazê-lo internamente ou nas mídias sociais. Assim como nos outros níveis, é muito baixo o grau de parcerias e cooperação com outras instituições públicas, não-governamentais e movimentos sociais, o que seria de fundamental importância pelas possibilidades de enriquecimento mútuo.

Destques importantes

- As iniciativas para as práticas formativas foram fortemente impactadas pela pandemia da Covid-19. Com o aumento das demandas de cuidado à doença, muitos serviços de saúde tiveram que ser modificados para os atendimentos de casos graves e agudos, prejudicando as práticas formativas. Foram criadas estratégias como a oferta de cursos de diversos temas nas redes sociais (Youtube) ou nos sites oficiais das instituições de saúde.

- O apoio ao aprimoramento de trabalhadores(as) ocorre principalmente por iniciativa do profissional, mais do que por iniciativa das Secretarias ou por convênio com instituições de ensino e pesquisa. Esse é o padrão em todas as regiões do país e em todos os níveis da atenção à saúde. Apesar de pouco frequentes, as articulações com centros universitários e instituições de ensino e pesquisa, para discutir, tratar e encaminhar vítimas de acidentes e violências e o aprimoramento dos profissionais, ocorrem nas capitais e cidades de grande porte com resultados positivos.
- Uma questão que merece ser destacada é a histórica falta de prioridade em pesquisas no país. Entretanto, e apesar disso, no campo acadêmico os dados apontam que houve um real crescimento do conhecimento sobre o tema. São poucos os municípios que analisam e divulgam os dados dos atendimentos às situações de violência, o que poderia ser facilitado por estudos realizados em parcerias com Instituições de pesquisa e de ensino superior.

Embora haja esforços pessoais de trabalhadores(as) em seu aprimoramento, enquanto tais esforços não se tornarem institucionais, o conhecimento ficará disperso e com pouca capacidade estratégica de gerar mudanças.

A implementação da PNRMAV no país, requer uma estratégia de educação permanente dos profissionais da saúde, a fim de fortalecer as interfaces entre ensino, serviço, gestão e controle social, e possibilitar uma reflexão sobre as diferentes realidades regionais na busca por soluções criativas para os problemas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2018b) promoveu avanços na área da educação na saúde, mas ainda requer esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, em uma perspectiva dialógica e compartilhada, especialmente para os acidentes e violências.

A Educação Permanente em Saúde/EPS como uma estratégia pedagógica e política para a formação de profissionais requer vontade política, investimentos financeiros, organizacionais e de recursos humanos para a sua implementação. Os achados desta pesquisa reforçam os princípios gerais da necessidade de investimento nos trabalhadores do SUS, por meio de uma educação compreensiva, dialógica e emancipatória, conforme o pensamento de Paulo Freire (2006).

9. AVANÇOS E DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA PNRMAV - SUBSÍDIOS PARA RECOMENDAÇÕES



Neste tópico resumimos os resultados da avaliação qualitativa dos atores do conjunto de municípios estudados sobre os avanços e as dificuldades da implementação da PNRMAV no país. Foram analisadas 63 entrevistas com profissionais das gestões municipais, estaduais e federal, e com demais trabalhadores que desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências em diferentes serviços da atenção primária, pré-hospitalar e hospitalar e na recuperação e reabilitação. Participaram entrevistados de todas as capitais, do Distrito Federal e de cidades do interior das cinco regiões brasileiras.

Na visão dos entrevistados sobre os avanços e os desafios para a implementação da PNRMAV há importantes conquistas no país e em diferentes regiões, mas também constata os velhos entraves que ao longo dos anos estagnaram o seu processo de implementação nos diferentes níveis de atenção à saúde e nos demais arranjos intersetoriais onde a Política deveria atuar.

Esses trabalhadores da saúde, por um lado sinalizam as potencialidades do planejamento e da internalização das diretrizes e ações da PNRMAV na rede de serviços do SUS para o enfrentamento dos acidentes e violências que acometem a população e sobrecarregam esses serviços. Por outro lado, demonstram que mesmo após a promulgação desta política em 2001, há muito ainda a ser feito e a investir tanto no que se refere às iniciativas de promoção da saúde visando uma mudança cultural de comportamentos e estruturas sociais historicamente violentas, quanto na preparação de pessoal e da infraestrutura para o atendimento aos casos de acidentes e violência.

Mensagem aos gestores: É preciso conhecer e internalizar as diretrizes da PNRMAV e planejar ações para a promoção da saúde da população, preparar as equipes e melhorar a infraestrutura da rede de serviços do SUS para atender as pessoas vítimas de acidentes e violências.



“... esse reconhecimento de nós gestores, que a gente tem o desafio dessa atenção, essa priorização de ações frente à violência, frente ao acidente de trânsito... E na questão da perda de vida em idade produtiva, na questão da morte prematura das pessoas, do aumento do custo familiar, social, assistencial...”
(Gestor do Nordeste sobre os impactos dos acidentes e violências no SUS)

A importância da criação desta política reside na sua absoluta pertinência enquanto uma política pública de saúde, o que pode ser observado no reconhecimento dos entrevistados sobre os instrumentos, orientações e ações implementadas ao longo desses anos visando a redução dos acidentes e violências.



“... a gente não tinha nada...do ponto de vista até de estrutura dos municípios... eu acho que a gente tá em outro patamar. E esse patamar está muito relacionado à instituição da política sim”. (Profissional da região Nordeste)

Foram reiterados como principais avanços em todas as regiões e cidades e por quase todos os atores de diferentes setores:

- A construção de protocolos e da ficha de notificação;
- As legislações específicas;
- A criação de núcleos de prevenção da violência;
- A indução de redes de proteção intersetoriais;
- A criação do setor de vigilância dos acidentes e violências;
- O desenvolvimento de pesquisas;
- O sistema de informação para as violências;
- O Programa Vida no Trânsito (PVT)

As principais dificuldades que desafiam a implementação da PNRMAV são:

- A falta de apoio de gestores municipais, estaduais e do nível central e a falta de sensibilização em relação aos acidentes e violências. Não se percebe vontade política nem investimentos adequados para a formação de pessoal qualificado para a prevenção e atenção a esses agravos;
- A PNRMAV é pouco conhecida e os núcleos de prevenção aos acidentes e violências, criados no bojo das suas ações, reduziram em número e em profissionais nas suas equipes;
- Persiste uma cultura de trabalho verticalizado nas redes de proteção, com resistência às ações intersetoriais e pulverização de informações que poderiam ser integradas sobre os eventos que envolvem os setores de trânsito, saúde, educação, assistência social e segurança pública;
- Os serviços de reabilitação não parecem fazer parte da rede de atenção, pois não se articulam em um fluxo de atendimento às vítimas de acidentes e violências.



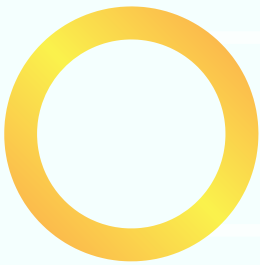
“falta atenção e sensibilidade por parte dos gestores a esses indicadores mais técnicos... se inteirar mais das políticas, dos nossos agravos e pautar as ações de saúde com base nessas prioridades...”
(Profissional da região Norte)



“faltam análises sobre os impactos de anos de vidas perdidos das pessoas que vivem nessa capital e que estão em reabilitação, o que poderia sensibilizar mais a população em relação aos acidentes de trânsito. Também é preciso ter gestores com uma visão intersetorial e fontes de financiamento para dar seguimento às ações de prevenção e manter as equipes” (Profissional da região Centro-Oeste).

Nas regiões do país há dificuldades geográficas e culturais. Por exemplo, alguns estados do Norte praticamente só contam com vias fluviais; têm grande presença de população indígena, população ribeirinha e de migrantes pela proximidade das cidades de fronteiras com outros países. No Nordeste, em especial, os profissionais lidam com uma cultura machista que acarreta muitas violências contra mulheres e meninas. Nas grandes cidades do país, aumentou a população de rua e a exposição a contextos de violências. Tais questões desafiam a gestão e o atendimento de saúde para esses distintos grupos e territórios.

A pandemia de Covid-19 e os retrocessos políticos recentes em relação ao tema em foco também contribuíram para dificultar e retroagir diversas ações importantes de redução dos acidentes e violências.



Mensagem aos implementadores da política: É preciso considerar e enfrentar os muitos desafios colocados pelos acidentes e violências para a gestão e para o atendimento de saúde.



“...a gente está desestruturado. A gente não tem uma ligação com os outros setores... a gente não tem, na verdade, uma rede para isso...” (Profissional do pré-hospitalar da região Sul)



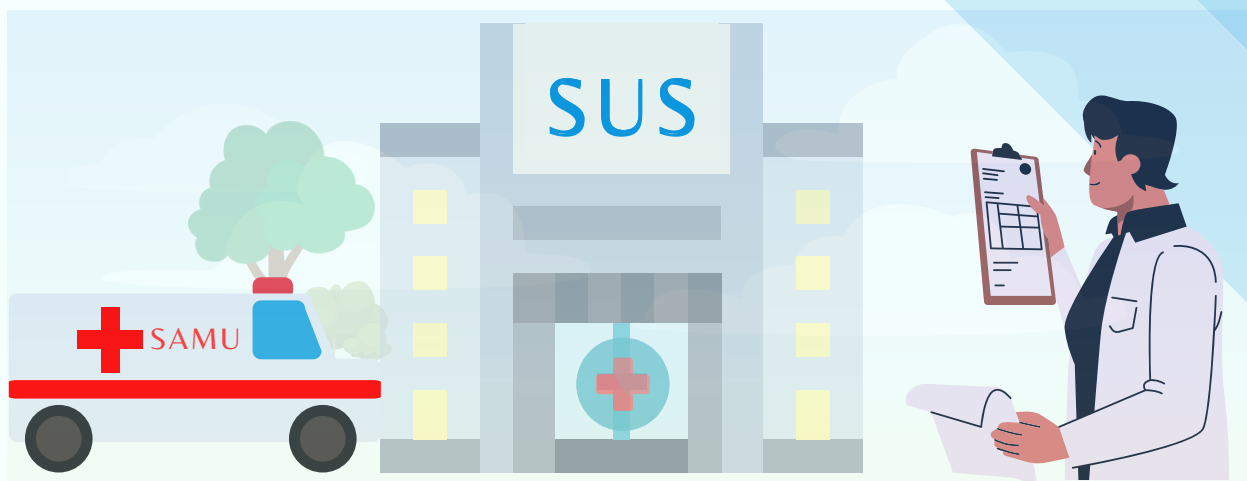
“...na atenção básica que você tem mais pessoas que ficam mais tempo. Mas não é essa a porta principal da entrada da violência no sistema, infelizmente ela entra pela UPA”. (Profissional região Sudeste, sobre a alta rotatividade no pré-hospitalar e hospitalar dificultando o seguimento dos casos)

Fortalecer os avanços e enfrentar os desafios são cruciais para uma boa implementação da PNRMAV. É hora de abraçar o SUS e seus trabalhadores!

Principais recomendações presentes nas falas dos profissionais e gestores entrevistados:

- Sensibilizar os trabalhadores da saúde sobre os acidentes e violências
- Investir em educação permanente sobre a temática dos acidentes e violências
- Estruturar os setores de vigilância dos acidentes e violências
- Qualificar os trabalhadores para a notificação das violências nos diferentes níveis de atenção à saúde
- Qualificar os fluxos de informações e monitoramento
- Sistematizar e divulgar dados sobre acidentes e violências
- Elaborar diagnósticos situacionais e planos municipais para a prevenção dos acidentes e violências
- Estimular parcerias intrasetorial e intersetoriais para a redução dos acidentes e violências
- Articular e melhorar a comunicação dos serviços pré-hospitalares e de reabilitação com os demais serviços da rede de atenção à saúde
- Disseminar, no setor saúde, documentos nacionais e internacionais, como leis, protocolos e normas específicas sobre acidentes e violências
- Articular a rede de serviços de saúde com universidades e centros acadêmicos, para a realização de pesquisas e produção de conhecimento sobre a temática dos acidentes e violências
- Criar programas para atenção a agressores
- Criar núcleos de prevenção dos acidentes e violências onde não existem e fortalecer os existentes
- Promover campanhas de prevenção dos acidentes e violências em parceria com as mídias tradicionais e digitais
- Investir na melhoria da rede de saúde mental
- Destinar recursos financeiros para as ações da PNRMAV
- Aumentar equipes de trabalhadores da saúde que atuam com foco no tema dos acidentes e violências e diminuir a rotatividade
- Atuar para o fortalecimento da atenção primária e seus profissionais visando as ações de promoção da saúde e prevenção da violência.

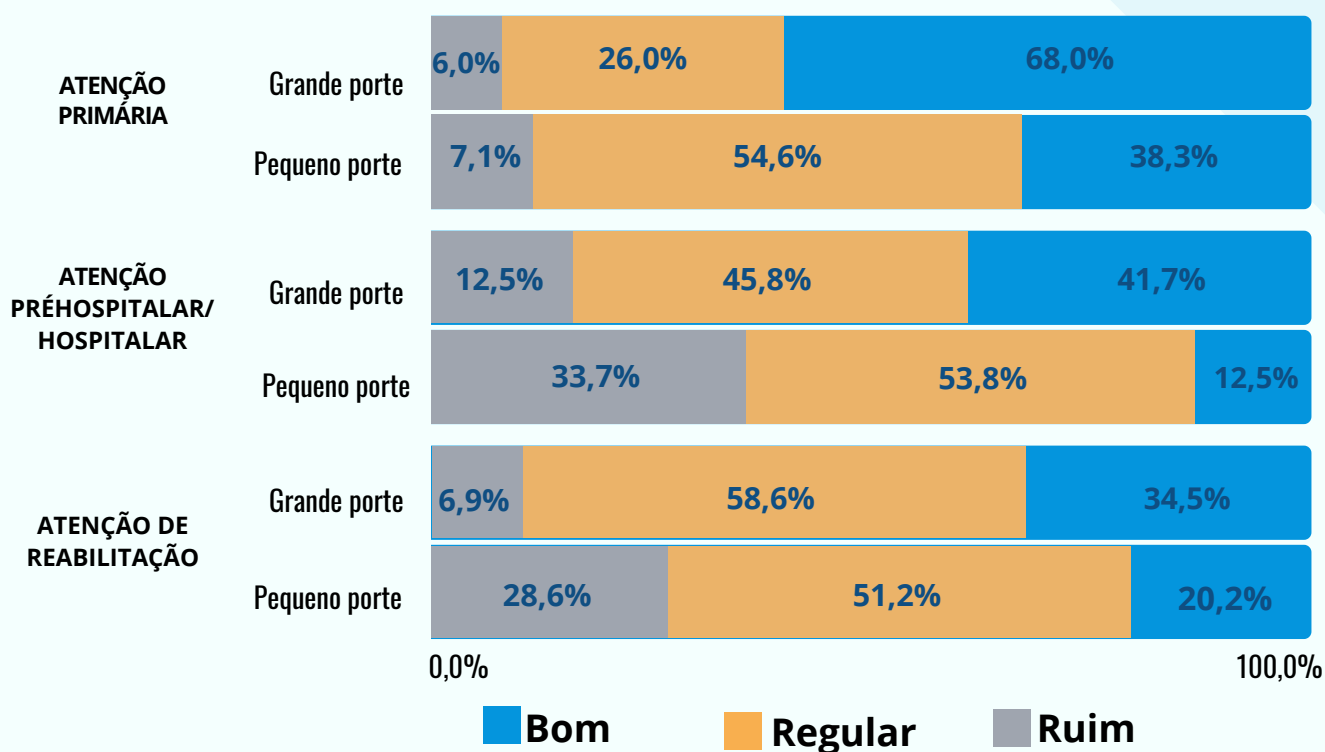
10. AFINAL, COMO ANDA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNMAV?



Ao considerarmos uma síntese geral das informações oriundas dos questionários, cabe apontar que a **análise dos indicadores** mostrou que a maioria dos municípios foi classificada como tendo **implementação regular da Política, nos níveis da atenção pré-hospitalar e hospitalar e na recuperação e reabilitação. A atenção primária teve a maior proporção de municípios com boa implementação** (gráfico 24).

Na atenção primária predomina a categoria bom entre os municípios de grande porte (68,0%) e a categoria regular nos de pequeno porte (54,6%). Para a atenção pré-hospitalar e hospitalar, predomina a classificação regular para ambos os portes; importante percentual dos municípios de pequeno porte (33,7%) apresentam implementação ruim nesse nível da atenção. A categoria ruim também predomina na atenção de reabilitação, perfazendo mais de 50,0% entre os municípios de ambos os portes populacionais. Novamente, observamos considerável percentual de municípios de menor porte com implementação ruim (28,6%).

Gráfico 24: Indicadores avaliativos da implementação da PNRMAV por nível de atenção e porte dos municípios



Fonte: Pesquisa Avaliativa da PNRMAV (CLAVES, 2023)

Como vimos ao longo deste Sumário, algumas diretrizes apresentaram resultados melhores do que outras: a Diretriz 2 – Monitorização da ocorrência de acidentes e violências - teve a maior proporção de municípios com boa implementação, enquanto a Diretriz 7 - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas - teve a maior proporção de municípios com implementação ruim. A capacitação de recursos humanos ficou em um ponto crítico em todos os níveis de atenção, mas a Atenção Primária também teve a melhor implementação dessa diretriz. A importância da existência das diretrizes foi apontada pelos respondentes, contudo, as dificuldades impostas pela carência de serviços, profissionais, infraestrutura, recursos, orientações e apoio político prejudicam a implementação efetiva da PNRMAV. Somado a isso, a pandemia de Covid-19, período em que esta pesquisa foi desenvolvida, trouxe ainda mais dificuldade para os serviços no que tange a atenção aos acidentes e violências.

Considerações finais

Desde a sua aprovação pela Portaria 737, do Ministério da Saúde em maio de 2001, e consequente implantação, essa Política representou um enorme avanço frente aos temas por ela tratados: acidentes e violências. Pela primeira vez, esses assuntos foram abordados no país com o referencial teórico e metodológico da saúde pública, cujas ações englobam a prevenção dos agravos e a promoção da saúde, a atenção integral nos serviços da Atenção Primária, Atenção Pré-Hospitalar, Hospitalar e de Recuperação/Reabilitação.

Seis anos após o início da implantação e implementação da Política, Minayo e Deslandes (2007) realizaram uma análise diagnóstica em cinco capitais do país (Manaus, Recife, Rio de Janeiro, Curitiba e Distrito Federal). Encontraram alguns avanços, mas também resistências e dificuldades. As autoras ressaltaram, à época, que o tema se encontrava bastante ausente no nível de Atenção Primária, e que o processo de implantação da PNRMAV se diferenciava dependendo do engajamento e dos investimentos dos gestores e dos profissionais nesse processo.

No ano de 2011, Souza e colaboradores realizaram uma avaliação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, idealizados como uma das principais estratégias para a implementação da PNRMAV. O estudo caracterizou e identificou as potencialidades e dificuldades para a implementação desses núcleos. Os autores observaram que mais da metade dos núcleos municipais avaliados apresentavam bom desempenho, segundo os critérios estabelecidos. Porém, um grupo considerável de 42,7% mostrava muitas deficiências na formação, na inadequação ou escassez de pessoas alocadas e no seguimento das diretrizes da PNRMAV (SOUZA et al, 2012).

Nesta pesquisa avaliativa, passados 22 anos da criação da PNRMAV, verificamos como se encontra o processo de implementação, na visão de seus gestores e representantes. Muitos avanços foram obtidos, mas muitas dificuldades e desafios permanecem e são incrementados por novos problemas.

É hora de retomar e criar novos acordos tripartite e o fortalecimento dos equipamentos de nível local e dos órgãos de controle social, sem os quais a sociedade seguirá apartada das decisões das políticas de promoção da vida e da saúde, dentre elas a PNRMAV, bens de direito preconizados pela Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde In: Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, v.1, p. 271-296.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048/GM/MS de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília (DF): MS; 2002c
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 936 de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7), 2006a.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Maria da Penha ou Lei n.º 11.340 de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2011

BRASIL, 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações. 2021 Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/sistemas-de-informacao-em-saude>

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União 2014; 27 jun.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 de março de 2015.

BRASIL. Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR,2015 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Norma técnica - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 2022

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-gestao-da-qualidade/nveh/violencia-sexual/norma-tecnica-prevencao-e-tratamento-dos-agravos-resultantes-da-violencia-sexual-contra-mulheres-e-adolescentes/view>.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

CAMPOS, W.G., BARROS, R.B., CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):745-749, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CEZAR, P. K., Arpini, D. M., & Goetz, E. R. (2017). Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicologia: ciência e profissão*, 37, 432-445.

COELHO Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no BRASIL?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(7)

DELANDES, SF., et al. O Processo de Construção dos Indicadores para Avaliação da PNRMAV. In: MINAYO, MCS., and DESLANDES, SF., orgs. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 47-68. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: 10.747/9788575415412. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub>.

DELANDES, SF., Mendes, C. H. F., Lima, J. D. S., & Campos, D. D. S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 1633-1645.

DONABEDIAN A. THE SEVEN PILLARS OF QUALITY. *ARCH PATHOL LAB MED* 1990; 114:1115-1119.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo (SP): Paz e Terra, 2006.

GALVÃO, Vanessa Almira Brito; DIMENSTEIN, Magda. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. *Mental*, v. 7, n. 13, 2009.

GARBIN, C. A. S., Dias, I. D. A., Rovida, T. A. S., & Garbin, A. J. Í. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1879-1890.

KIND, L., Orsini, M. D. L. P., Nepomuceno, V., Gonçalves, L., Souza, G. A. D., & Ferreira, M. F. F. (2013). Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1805-1815.

LOBATO, G., Moraes, C., & Nascimento, M. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1749-1758.

- NJAINE, Kathie et al. Impactos da violência na saúde. Editora Fiocruz, 2020.
- MARRIEL, N.S.M.; DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S. Análise da Implementação do Atendimento em Reabilitação. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F (Orgs). Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p.171-192.
- MENDONÇA, Carolina Siqueira et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Editora Fiocruz, 2007.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVA, MARTA MARIA ALVES DA; ASSIS, SIMONE GONÇALVES DE. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, p.2007 - 2016, 2018.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; ASSIS, SIMONE GONÇALVES DE. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). *Ciência & Saúde Coletiva*, 28 (06), 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- Organização Mundial da Saúde. Save LIVES - A road safety technical package ©, 2017
- RESTREPO, Helena E.; MÁLAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Pan American Health Org, 2001.
- SALIBA, O., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., & Dossi, A. P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41, 472-477.
- United Kingdom, HM Treasury, 2018. The Green Book: Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation. London. Crown Copyright. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/685903/The_Green_Book.pdf
- SILVA MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 26(1):183-194.
- SOUZA, E.R (Coordenadora) Avaliação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde do Brasil frente à Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2012
- Worthen, Blaine R, Fitzpatrick, Jody, e Sanders, James R. (2004), Avaliação de programas: Concepções e Prática. São Paulo: Editora Gente.
- ZUCKER, Lynne G. "Postscript: Microfoundations of institutional thought." Pp. 103-107 in Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, IL: University of Chicago Press. 1991