

1. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde

Maria Cecília de Souza Minayo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. 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. 17-29. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.747/9788575415412](https://doi.org/10.747/9788575415412). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1 | TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE³

Maria Cecília de Souza Minayo

Neste capítulo, acompanharemos o percurso de legitimação do tema “violências e acidentes” no âmbito do pensamento e das práticas do setor saúde. Violência e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e no mundo.

Nesse novo perfil, ressaltamos o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade na qualidade de vida, exigindo novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado. Desde as décadas de 60 e 70 do século passado, houve um grande esforço teórico-metodológico e político para se compreender a saúde como uma questão ampliada, sobretudo, por causa da complexa transição epidemiológica pela qual o país tem passado (Barreto & Carmo, 1995; Omram, 1971).

No entanto, nunca um tema provocou e continua a provocar tantas resistências em relação à sua inclusão na pauta do setor como o da violência e acidentes. Por causa disso, é muito importante realizarmos freqüentes monitoramentos e avaliações que permitam perceber os lentos movimentos de inclusão, bem como encontrar as melhores estratégias para acelerar esse processo. Trataremos aqui de dois aspectos. O primeiro é a dinâmica social e setorial de inclusão e da paulatina legitimação do tema no âmbito internacional e nacional do campo da saúde; o segundo é uma descrição analítica de documentos, planos de ação e iniciativas brasileiras, que demonstram a trajetória sinuosa, lenta, mas persistente de legitimação do tema no interior do pensamento e das práticas de saúde, oferecendo parâmetros, diretrizes e exemplos de possibilidades.

³ Parte deste texto foi publicada em número temático sobre violência e saúde da revista *Ciência & Saúde Coletiva* (Minayo, 2006).

INCLUSÃO DO TEMA VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NA PAUTA DO SETOR SAÚDE

É bem verdade que, em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública (Brasil, 2001a; Minayo & Souza, 2006; Minayo, 2005). No entanto, ela se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

Existem inegáveis evidências nacionais e internacionais de que o setor saúde deva assumir, na sua pauta, a temática da violência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) que, em 1993, escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde, repetia em sua justificativa uma frase atribuída a William Forge, segundo o qual: “desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras” (OMS, 2003: 3).

Atualmente, a OMS revela, em seu *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais”, por causas violentas (Krug et al., 2002: 5). Só no Brasil, na década de 1990, ou seja, no espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes. Dessas vítimas, cerca de 400 mil tiveram, como causa de morte, o homicídio (Minayo, 2005).

Tanto no mundo como no país, os óbitos infligidos por outros ou auto-infligidos têm intensas repercussões para a sociedade. No Brasil, desde o início da década de 1980, acidentes e violência passaram do quarto para o segundo lugar na mortalidade geral. De 1979 a 1986, registrou-se um aumento de 21% na ocorrência de acidentes de trânsito, e os homicídios foram incrementados em 56%, sendo 90% do grupo etário de 19 a 24 anos, e em 136% de 15 a 18 anos. Na ampla faixa de 5 a 39 anos, as causas externas são o principal problema de vitimização que leva à morte (Minayo, 2005).

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violência correspondem a altos custos emocionais, sociais e para a manutenção de aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. As conseqüências da violência que chegam ao sistema de saúde, dentre outros aspectos, evidenciam aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, itens muito mais onerosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (Minayo, 2005).

Com base em cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento, citados por Briceño-León (2002), estima-se que 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro são gastos com custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos. Esse autor, falando da América Latina como um todo, afirma que os danos e as transferências de recursos que aqui se processam por causa da violência atingem 14,2% do PIB dos países que a compõem. Para se ter uma idéia do

significado da cifra estimada para os custos diretos da violência no Brasil (3,3% do PIB), ela é três vezes mais elevada do que o valor investido no país, atualmente, em Ciência e Tecnologia.

Apesar de todas as razões citadas, a inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo muito lentamente. A primeira forma de introdução do tema, à qual se refere William Forge, vem se dando, secularmente, dentro da própria lógica biomédica no atendimento pontual e específico das lesões, traumas e mortes. Essas categorias são tradicionalmente incluídas na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID) com a denominação “causas externas” (OMS, 1996). O conceito de mortalidade por causas externas sempre incluiu os homicídios, os suicídios e os acidentes; e o de morbidade, as lesões, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais e coletivas. O adjetivo “externas” apostado ao termo “causas” na definição da CID tem uma conotação muito asséptica para definir os processos violentos aí classificados. Mas, principalmente, quer dizer que a violência não advém de distúrbios orgânicos e funcionais, mas é fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de disposição da vida. Por causa dessa “intencionalidade” histórica, as questões da violência devem ser tratadas por meio de intervenções políticas e sociais que contribuam para a construção da convivência, da sociabilidade e da paz.

A sensibilização em relação à relevância do tema como pauta para ação de saúde se inicia pioneiramente com a questão da violência contra crianças. Embora existam alguns documentos históricos que mostrem, desde a Antiguidade, uma preocupação da sociedade em regular a aplicação de castigos e maus-tratos na infância, os primeiros textos que vinculam este tipo de violência com a saúde procedem dos levantamentos de Tardieu em 1880 (Assis, 1994). Nos anos 60 do século passado, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, e a influência negativa para seu crescimento e desenvolvimento (Kempe et al., 1962).

Uma década depois de os pediatras Kempe et al. (1962) cunharem a expressão “síndrome do bebê espancado”, vários profissionais, em distintos países, passaram a reconhecer e a diagnosticar este tipo de agravo como um problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções, principalmente nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, têm sido instituídos, desde então, na pauta de serviços de instituições públicas, privadas e de organizações não-governamentais (ONGs).

Diferentemente da militância que brotou da corporação médica na última metade do século 20, denunciando os abusos que vitimam crianças e adolescentes e buscando solução para o problema, a introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e pressiona o setor saúde para que atue de maneira efetiva e dê respostas concretas,

não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações.

Foram endereçadas à área de saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. A força do feminismo na abordagem do diagnóstico situacional e nas propostas de ação, relativas a gênero, aparece claramente nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde, como o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington, em 1994 (Opas, 1994; Heise, 1994).

Os maus-tratos contra idosos foram, pela primeira vez, nomeados em um periódico inglês, em 1975, por meio da categoria “espancamento de avós” (Baker, 1975; Burston, 1975), e o tema lentamente foi aparecendo na bibliografia internacional, nacional e nas práticas de proteção, prevenção e atenção. Na área de saúde, os estudos e ações são ainda muito tímidos, mesmo na literatura de países onde tradicionalmente existe forte tradição de pesquisa (Wolf, 1995).

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a OMS começaram a falar especificamente do tema “violência” (e não apenas “causas externas”), congregando as várias discussões (sempre dispersas e com pouca legitimidade institucional, até então) que vinham ocorrendo em diferentes âmbitos e em alguns países.

Em 1994, a Opas convocou os ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas para uma conferência sobre o tema (Minayo & Souza, 1999). Nos documentos preparatórios e no documento final desse evento, estão incluídos os aspectos tradicionais que sempre marcaram a atuação do setor e várias outras problemáticas que, pela primeira vez, foram incluídas na pauta, de forma orgânica. Os participantes da conferência entenderam que a transição epidemiológica dos países da região apresentava uma questão antiga com novas cores e evidências, e era preciso defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la, para que fosse tratada com as distinções próprias do setor e nos aspectos da intersectorialidade:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (Opas, 1994: 2)

Em 2002, a OMS produziu um *Relatório Mundial* (Krug et al., 2002) em que o termo “causas externas”, usado tradicionalmente para categorizar o tema na CID (OMS, 1996),

foi substituído pela expressão “violência e saúde”. Em 1997, a OMS já havia realizado uma Assembléia Mundial com ministros de Saúde de todos os países-membros da ONU, em que esse assunto fez parte da pauta. E, em suas recomendações para a região das Américas, a redução da violência já entrara como uma das cinco prioridades (Minayo & Souza, 1999). No documento de 2002, porém, não resta dúvida de que o tema passa a fazer parte do campo de preocupação das organizações internacionais de saúde, merecendo definições, categorizações, problematizações e encaminhamentos concretos. Análises minuciosas (embora de caráter aglomerado foram apresentadas, e no relatório há uma série de recomendações para todo o setor. Uma delas é de que cada país faça o próprio diagnóstico e plano de ação.

Atendendo a esse chamado, em 2005, o Ministério da Saúde, junto com a representação brasileira da Opas e do Claves/Fiocruz, produziu e divulgou um relatório, seguindo mais ou menos a linha do texto internacional, denominado *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (Souza & Minayo, 2005). Além disto, está sendo implantado um plano de ação, como veremos a seguir.

TRAJETÓRIA DE INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE DO BRASIL

No Brasil, a inclusão da violência e da criminalidade na agenda da cidadania coincide com o término (oficial) da ditadura militar. Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública.

Na área de saúde, no país, a consideração do tema da violência vem se fazendo de forma fragmentada e progressiva. Primeiramente, pediatras epidemiologistas e psiquiatras trouxeram o problema ao debate, embora enfermeiras, assistentes sociais e demais profissionais do campo da assistência tivessem consciência dele. Os primeiros, seguindo as trilhas de Kempe et al. (1962), como já demonstrado (Minayo, 1990); os segundos, produzindo importantes estudos de magnitude e evidenciando tendências Minayo (1990); os últimos, analisando as relações das agressões com enfermidades mentais, com ênfase em estudos sobre suicídio (Minayo, 1990). Os trabalhos de pesquisa, sobretudo no Brasil, que vêm legitimando o tema da violência na área da saúde se iniciam nos anos 1970, mas o incremento maior da contribuição acadêmica é recente. Em comparação com o período histórico até 1980, nos últimos 25 anos, o aporte da produção científica corresponde a 90% do total (Minayo, 2003).

Do ponto de vista da atuação, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais onde trabalhavam e fundaram algumas ONGs, com o propósito de tratar de temáticas peculiares, dentro de propostas que incluíam e também ultrapassavam os marcos tradicionais do setor saúde. Assinalamos o pioneirismo das atividades dos

Crami (Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância), em São Paulo; da Abrapia (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência), no Rio de Janeiro; e da ABNAPI (Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância), em Minas Gerais (Minayo & Souza, 1999), como exemplos de entidades surgidas nos anos 80, com intervenções abrangentes, que pensavam atuavam e produziam, especificamente, dando assessoria a políticas públicas no tema da violência na infância e na adolescência.

No âmbito da proteção à infância, profissionais comprometidos com a saúde e com o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes participaram ativamente de um forte movimento em prol da cidadania deste grupo, que redundou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990. Hoje existe um número bastante significativo de programas e iniciativas da sociedade e do Estado que focalizam o problema em pauta, e estudos que revelam vários exemplos exitosos de atuação (Gomes et al., 2006; Njaine et al., 2006). Um documento importantíssimo da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça com caráter intersetorial e, portanto, contando com a contribuição do Ministério da Saúde e de profissionais da área, é o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002 (Brasil, 2002). Construíram-se, também, indicadores para monitoramento e comprovação da efetividade da ação nacional.

A participação do movimento de mulheres brasileiras na introdução da violência como tema de saúde no Brasil teve expressão fundamental na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), promulgado em 1983 (Brasil, 1983). Esse programa incorpora de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, que dá lugar de destaque à reflexão sobre a violência de gênero. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1983) leva em conta a relevância do tema da violência e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público. É importante acrescentar que o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (Brasil, 2004a) e um plano de ação que contempla o período de 2004 a 2007 aprofundam as proposições do Paism. De acordo com os princípios e diretrizes dessa política e do plano de ação, o Ministério da Saúde estabeleceu como meta aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência nos municípios pólos de microrregiões, apoiando-se na organização de redes integradas, nesse período de quatro anos.

A promulgação do Estatuto do Idoso pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, em 2003 (Brasil, 2003a), trouxe o tema da violência como problema a ser enfrentado, inclusive propondo intervenções do setor saúde. Em 2005, foi oficializado um plano de ação intersetorial (Brasil, 2005b), cabendo, ao setor saúde, ações de promoção, prevenção de agravos, atendimento às várias formas de violência e normalização das casas e clínicas de longa permanência.

Já na metade dos anos 90, muitas secretarias de saúde municipais, em articulação com organizações da sociedade civil, criaram estratégias e serviços de prevenção e de assistência

às resultantes da violência. Tais iniciativas se multiplicaram desde então, geralmente congregando instituições públicas, ONGs e institutos ou grupos de pesquisa. Destacamos a Faculdade de Saúde Pública da USP (Minayo, 1990), que tem uma linha de investigação sobre “causas externas” desde a década de 1970, e a Fundação Oswaldo Cruz que, em 1989, criou, na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), com a função de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, formar profissionais e assessorar as políticas públicas do setor (Minayo & Souza, 1999).

Atualmente, o Claves está associado ao Instituto Fernandes Figueira, dentro dos mesmos objetivos, com o Centro de Informação, Comunicação em Saúde e com a Bireme (Opas), para a construção e alimentação de um núcleo de documentação e divulgação científica e de uma biblioteca virtual. É também centro colaborador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça.

Em 1998, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com a assessoria do Claves, instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com a Unicef e a Unesco, incluindo orientações gerais para o conjunto dos municípios (Conasems, 1988). Nos últimos quatro anos, essa organização passou a fazer parte da Rede Gandhi – entidade não-governamental formada de parceiros individuais e institucionais que buscam por ações concretas a paz – como âncora desta instituição, e, a partir de então, o tema da não-violência e da cultura da paz foi incluído na pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse conselho, que reúne os mais de 5.500 secretários de Saúde do país.

Ainda em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Em maio de 2001, foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde oficializando o documento de definição da política (Brasil, 2001a), com desdobramentos em todas as áreas de atenção à saúde, informação em saúde, bem como nas linhas de prevenção. E, recentemente, em 2005, foi também promulgado um plano de ação setorial. Desses dois últimos dispositivos falaremos mais detalhadamente. Essa e as outras iniciativas dos órgãos públicos nasceram da pressão e articulação de movimentos sociais e internacionais e de intelectuais que passaram não só a evidenciar a magnitude do problema como a propor estratégias, em diferentes níveis, para reduzir ou superar a violência.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (Brasil, 2001a), aprovado por portaria do Ministro da Saúde em maio de 2001, trata o tema em pauta, em primeiro lugar, como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Quando trata seu propósito, a PNRMAV define os três princípios básicos que a norteiam: 1) a saúde como direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; 2) o direito e o respeito à vida como valores éticos da cultura e do setor saúde; e 3) a promoção da saúde como a base de todos os programas, projetos e

atividades de redução de violências e acidentes (Brasil, MS 2001a). É no mesmo sentido que são definidos os conceitos de “violência” e “acidentes”, (uma vez que, tradicionalmente, esses dois termos vêm juntos na CID sobre causas externas).

A seguir, faz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde, e como este próprio setor, por ser parte da sociedade em que a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Analisa as fontes de informação e documentação oficial, aceita sua importância e suas deficiências. No diagnóstico situacional, embora se referenciem dados aglomerados que dizem respeito ao Brasil como um todo, apresentam-se, detalhadamente, as várias formas de manifestação do problema (agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência). Também distingue as formas como a violência incide em homens e mulheres e nas diversas faixas etárias.

Analisando esse texto oficial, observamos um processo crescente de tomada de consciência sobre o problema, deixando aberturas para novas inserções. Quando foi escrito, por exemplo, eram quase inexistentes os programas ministeriais que levavam em conta violência e discriminações por raça/etnia/cor e opção sexual (a não ser no tema específico da Aids), assim como para com a população portadora de necessidades especiais. Desta forma, a política nacional não trata especificamente desses assuntos, que, inquestionavelmente, devem ser incluídos na pauta.

O PNRMAV descreve e analisa também as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem com as informações do setor saúde e sua prática, como é o caso, em termos de legislação, do Código Nacional do Trânsito promulgado em 1997. Quanto aos dispositivos, o documento trata da declaração de óbitos, dos boletins de ocorrência policial, dos boletins de registro de acidentes de trânsito; da certidão de acidente de trabalho (CAT). E sobre os dados existentes, refere-se aos sistemas de informação do SUS para mortalidade (SIM), morbidade (SIH/SUS) e envenenamentos e intoxicações (Sinitox). No texto, constata-se a falta de um dispositivo nacional que sistematize e analise os acidentes de trânsito. O mesmo ocorre com as informações da área de segurança pública. As CAT, por sua vez, são insuficientes, pois apenas informam os dados dos acidentes e violência no trabalho para os que possuem carteira assinada.

Os princípios que fundamentam o documento de políticas são os mesmos que orientam o SUS: saúde como direito fundamental e como requisito para desenvolvimento social e econômico; direito ao respeito à vida como valor ético; promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução da violência e acidentes. Esses princípios baseiam as diretrizes a serem seguidas nos planos nacionais, estaduais e municipais.

As diretrizes condizentes com os princípios assim se resumem: 1) promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; 2) monitoramento da ocorrência de acidentes e violência; 3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violência e acidentes; 5) estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;

6) investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente, o local.

No texto da Política, estão distribuídas responsabilidades institucionais, tendo como critério a articulação intersetorial nos âmbitos dos governos federal, estaduais e municipais e com a sociedade civil, nas áreas de desenvolvimento urbano, justiça e segurança, trabalho, emprego e previdência social, transportes e ciência e tecnologia. Nele, refere-se, especificamente, o papel das universidades, recomendando que elas não fiquem alheias a este problema que atualmente afeta profundamente a sociedade brasileira. Propõe-lhes, nesse sentido, que promovam formação de recursos humanos para lidar com os problemas específicos de violência e atuem em pesquisas de caráter estratégico, para que haja impacto positivo sobre o problema tratado, a partir de diagnósticos cientificamente informados.

Por fim, consta do documento um capítulo dedicado ao tema do acompanhamento e da avaliação como forma de atuar na implantação e na implementação monitorada da política pública, sobretudo pelo fato de a violência ser um tema relativamente novo para o setor saúde. Esse monitoramento necessita ser encarado de forma muito diferente da tradicional na área nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente, o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica.

É preciso ressaltar que o PNRMAV foi escrito por uma equipe de especialistas de várias áreas (seguindo o critério de que a violência é um problema complexo, e qualquer atuação precisa ser desempenhada de forma intersetorial), junto com técnicos do Ministério da Saúde. Antes de ser promulgado, foi analisado em um abrangente seminário nacional com estudiosos, profissionais que atuam nos vários tipos e níveis de atendimento na área de saúde e membros da sociedade civil. Por isso, o documento configura uma produção coletiva.

Depois desse processo, a proposta foi encaminhada à Comissão Tripartite e aprovado por esta instância do SUS, que reúne os mais importantes representantes do Ministério da Saúde, os presidentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde confirmou o parecer da Tripartite, e, em maio, o texto foi aprovado oficialmente por meio da Portaria MS/GM n. 737, de 16/5/01, publicada no Diário Oficial n. 96, seção 1e, de 18/05/01.

Desde que a portaria do Ministério da Saúde foi promulgada, a partir do nível central do SUS, foi organizada a Área Técnica para Acidentes e Violências. Seu objetivo foi mobilizar, articular e pactuar ações integradas intra e intersetoriais, orientando parcerias técnicas, institucionais e financeiras para a estruturação de uma rede nacional de enfrentamento dessa questão. Foi construído um Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, com recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres). Foram incentivadas várias ações locais em estados e muni-

cípios, dentre elas, a implantação de um programa específico para coleta de dados, contemplando variáveis que não vinham sendo levadas em conta nos sistemas tradicionais. Também foram realizados, em 2002, quatro seminários macrorregionais sobre violência urbana e saúde pública, em uma parceria entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Congresso Nacional.

Um dos passos mais importantes, no entanto, foi a formulação do Plano de Ação, que teve sua construção iniciada em 2003 e sua implantação e implementação, em 2005. O processo de sua construção envolveu muitos atores governamentais e não-governamentais. Esse plano foi formalizado pela portaria 936 do Ministério da Saúde, de 18/05/2004, 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.

Para a formulação desse instrumento, inicialmente, foi feito um diagnóstico, por meio do qual, aliado a um indicador composto, o Ministério da Saúde estabeleceu um *ranking* dos municípios com mais de 100 mil habitantes, onde a situação de violência (configurada por taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídio) fosse mais dramática.

Por contar com poucos recursos orçamentários para a execução do plano, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, onde o programa de redução de acidentes e violências está alocado e onde foram estabelecidos Núcleos de Prevenção, incluiu: 1) os 40 primeiros municípios do ranking (negativo) de causas externas, aqueles com as taxas mais elevadas; 2) os municípios onde vinham sendo desenvolvidas ações do Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Nacional (Pair), 3) os municípios de fronteira, nos quais já vinham sendo realizadas ações integrais de prevenção da violência e promoção da saúde e 4) estados com mais de um município selecionado pelos critérios citados. Todos contam com fundos para a criação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, com objetivo específico de atuação (de acordo com um plano de ação local), de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisas, tendo seu funcionamento orientado por diretrizes do Ministério da Saúde.

Durante o ano de 2005, se deu a configuração dessas iniciativas, implementadas em 2006. Criaram-se também, como parte do plano, núcleos em universidades das distintas regiões do país, com missões diversas, de acordo com suas competências e com uma encomenda específica do Ministério da Saúde para cada uma: criação de redes, apoio na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, monitoramento da implantação dos núcleos de atuação e avaliação das ações de redução.

Atualmente já estão implantados 58 núcleos, sendo que 15 deles estão em universidades e centros de pesquisa. Essa iniciativa está, pois, em processo de implementação, e, certamente, serão necessários pelo menos de dois a três anos para que as atividades apresentem resultados.

Assinalamos, como relevante, um edital específico da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde em 2004, que, levando em conta as orientações do PNRMAV, passou a investir em pesquisas estratégicas sobre a problemática. A proposição dos temas do edital foi precedida de um seminário que reuniu especialistas de todo o país, visando a estabelecer prioridades de investigação, correspondendo às amplas necessidades de conhecimento estratégico e básico. Os resultados dessa importante inflexão em nível nacional já estão à disposição do público em 2007, pois o edital selecionou projetos para serem realizados em dois anos, 2005-2006.

Em resumo, no período de 2001 a 2006, o Ministério da Saúde apresentou importante evolução na legitimação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001a): 1) a Portaria 1.968/2001 (Brasil, 2001b), que trata da notificação obrigatória pelos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes; 2) a Portaria 1.969/2001 (Brasil, 2001c), que dispõe sobre o registro e o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas; 3) as Portarias SAS/MS n. 969 (Brasil, 2001d) e 970/2002 (Brasil, 2002), que disponibilizam uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar com mais qualidade os dados sobre os que sofreram acidentes e violência. São passos importantes, pois legitimam a atuação voltada para esse tema. No entanto, não são ações suficientes, pois esse aumento de ‘normalização’ pode redundar apenas em maior burocratização do problema, se ele não se torna centro de um debate público e um pólo dinamizador de ações.

Observamos avanços também em outras áreas do setor saúde a partir do ano 2001: a área de Saúde Mental passou a discutir a inserção do atendimento a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência nos Centros de Apoio Psicossocial (Caps); o Programa de Saúde do Adolescente e do Jovem começou a apoiar atividades de protagonismo juvenil como prevenção da violência; os programas de Saúde do Idoso e do Portador de Deficiência inseriram a temática da violência em suas linhas de atuação. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual (Brasil, 2005c); sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes (Brasil, 2005d) e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez previstas em lei (Brasil, 2005e). Em 2004, a Portaria GM/MS 2.406 disseminou a notificação compulsória da violência contra a mulher, de acordo com a lei 10.778/2003 (Brasil, 2003c) que estabelece essa forma de registro, e a lei 10.886/2004 (Brasil, 2004b), também chamada Lei Maria da Penha, que tipifica a violência doméstica. Mais recentemente, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a ‘matriz pedagógica’ para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (Brasil, 2006).

Ressaltamos que existe um grande número de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo o país, e algumas delas têm sido analisadas (Gomes et al., 2006; Ramos, 2006; Njaine et al., 2006). Todas são intersetoriais, articulam ações do estado e da

sociedade civil e contam com o apoio das universidades. Algumas intervenções, em que a questão da cidadania e o cuidado com os jovens são os focos, já mostram impacto na diminuição das taxas de homicídio em nível local, como é o caso das experiências ocorridas em Diadema, São Paulo, e em Belo Horizonte. No âmbito dos acidentes de trânsito, que matam cerca de 30 mil brasileiros por ano, as atividades com múltiplos focos e parceiros também evidenciam resultados positivos em municípios onde as taxas de óbito são altas, como é o caso de Recife, Curitiba, São Paulo, Belo Horizonte e Goiânia (Minayo & Souza, 2006).

Por fim, assinalamos que foi iniciado, em 2007, um curso a distância (Programa de Educação a Distância – EAD – da Ensp/Claves/Fiocruz, em convênio com o Ministério da Saúde) visando à formação, inicialmente, de quinhentos gestores e profissionais, para que elevem a qualidade das informações sobre violência e acidentes, sejam capazes de produzir diagnósticos locais e promovam ações de prevenção nos marcos da promoção da saúde. Com certeza, essa iniciativa, prevista para ter continuidade, significará um passo importante na socialização e na internalização do tema pelo setor.

Nossa intenção ao apresentar a trajetória do tema “violências e acidentes” na área de saúde foi mostrar as dificuldades de sua legitimação, sobretudo nas instâncias que dão diretrizes para a atuação do setor. A maioria dos entraves decorre das dificuldades que o setor, profundamente marcado pela racionalidade biomédica, tem de aceitar, em seu modelo e dinâmica, problemas complexos cuja tônica são questões da vida social e não doenças.

Freqüentemente ocorre-nos perguntar se morrem mais vítimas de Aids ou câncer do que de acidentes de trânsito ou homicídio. Nesta pergunta não vai uma valorização somente da quantidade – pois o número de pessoas que vão a óbito por essas doenças é muito menor do que as vitimadas por violência. Tampouco está em jogo uma oposição entre os que passam por grande sofrimento com enfermidades degenerativas ou incapacitantes e os que sofrem violência, mas o seguinte princípio ético: se todos morrem e todas as vidas são preciosas, o investimento nas várias áreas é importante e crucial.

Continuam sendo muito escassos os recursos (financeiros, de gestão, humanos e culturais) investidos na construção da complexa problemática da violência e na busca de soluções adequadas que devem ser desenvolvidas dentro do setor ou em colaboração com outros âmbitos, como é o caso da segurança pública.

Quisemos também valorizar o caminho já percorrido, do qual o estudo deste livro faz parte, na medida em que se dedica a investigar o que vem sendo implantado, realizado e seus avanços e contradições. A experiência mostra que, quando há ganhos e resultados positivos provenientes dos difíceis passos dados, as pessoas se dispõem a continuar com mais ânimo e coragem. Por isso, nos empenhamos em evidenciar os caminhos lentos e tortuosos pelos quais vai passando a inclusão do tema na pauta do setor. Há pelo menos três fatos que se constituem em símbolo dos resultados que vão sendo alcançados ao longo do processo. O primeiro é a construção coletiva e a promulgação da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências, pois, ao que parece, o país é pioneiro em adotá-la.

O segundo é a elaboração de um plano nacional para aplicação da política, fundamentado em estudos e bases epidemiológicas. Igualmente, parece que o Brasil saiu na frente nessa ação planejada. E, em terceiro lugar, o documento denominado *Impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros* (Souza & Minayo, 2005) atende a uma recomendação da OMS de que cada país promova o seu diagnóstico para fundamentar suas ações. A iniciativa brasileira é também pioneira.

Oxalá todos os esforços empreendidos para criar parâmetros e diretrizes, frutos de tantas vozes simultâneas clamando por qualidade de vida e sob o influxo de tantas mortes evitáveis, sejam acompanhados de ações setoriais e intersetoriais condizentes e necessárias. O setor Saúde, além da tradição de prevenção, tem a ótica do cuidado como *ethos*, no que se diferencia da práxis da segurança pública, que visa a reprimir crimes e contravenções. Essa tradição do cuidado e da prevenção pode fazer toda a diferença! É isso que buscaremos mostrar nas páginas deste livro.