

## 10. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa

Simone Gonçalves de Assis  
Suely Ferreira Deslandes  
Maria Cecília de Souza Minayo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, SG., DESLANDES, SF., and MINAYO, MCS. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. 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. 193-218. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.7479/9788575415412](https://doi.org/10.7479/9788575415412). 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/).

# 10 | PREVENÇÃO, MONITORAMENTO, CAPACITAÇÃO E PESQUISA

Simone Gonçalves de Assis  
Suely Ferreira Deslandes  
Maria Cecília de Souza Minayo

Entendemos que a Política Nacional de Promoção da Saúde deve estar intimamente vinculada e informar as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001a). No entanto, para efeitos operacionais, seguimos a divisão estabelecida pelo documento oficial quando estabelece diretrizes para a ação setorial e intersetorial. Nos capítulos anteriores referimo-nos a (a) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; (b) assistência interprofissional e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; e (c) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação. Neste capítulo abordaremos outras diretrizes constantes da PNRMAV (Brasil, 2001: 25), tão importantes quanto as três primeiras, pois tratam de todo o ambiente necessário para colocar a violência como um problema que precisa ser previsto, prevenido e tratado com uma abordagem científica adequada aos marcos da promoção da saúde. Considerando-se a amplitude desse marco, este capítulo constitui apenas uma aproximação inicial cujos desdobramentos merecem estudos mais específicos e aprofundados. Vamos abordar, aqui, as seguintes diretrizes:

- promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;
- capacitação de recursos humanos;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

## PROMOÇÃO E ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS E DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

O conceito de promoção de saúde é um eixo central e filosófico da PNRMAV. O documento que a descreve destaca a integralidade do cuidado e da prevenção, o compromisso com a qualidade de vida por meio da participação fundamental da comunidade no

projeto de saúde (Ayres, 2004). Enfatiza o desenvolvimento de aspectos positivos da vida social brasileira, visando ao alcance de melhores condições de existência por meio de investimentos no fortalecimento da capacidade e da co-responsabilidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral, no sentido de desenvolver e manter condições e estilos de vida mais saudáveis. A intersectorialidade também é considerada ponto fundamental e tem posição de destaque na PNRMAV (Minayo & Souza, 1999).

As ações de promoção propostas na Política incluem: atividades dinamizadoras dos direitos e deveres da cidadania, do diálogo, da tolerância, da qualidade de vida e da paz; sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da mídia; ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências; reforço das ações intersectoriais relacionadas ao tema; divulgação técnica dos dados sobre acidentes e violências, apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e produzam edições temáticas; elaboração e divulgação de materiais educativos; capacitação de profissionais de saúde para disseminarem a noção de promoção à saúde como estratégia de enfrentamento dos acidentes e violências no Brasil. De forma geral, a política de promoção no que concerne à violência dá destaque à cidadania, às organizações de redes de proteção e ao estímulo à cultura da paz.

Quando analisamos os eixos citados há pouco na pesquisa realizada nas cinco capitais, observamos que há uma fala comum dos gestores sobre a fragilidade das ações de promoção à saúde em todos os âmbitos e também no que concerne aos acidentes e violências.

Em Manaus, os gestores assinalam que existe timidez quanto às ações empreendidas a partir do setor saúde para a modificação de contextos violentos. Elas não se efetivam concretamente. As ações de atendimento e atenção à vítima de lesões e traumas têm constituído a ênfase dos serviços, mesmo porque, elas correspondem ao “que fazer” tradicional do setor.

Os serviços de saúde de Recife, embora possuam projetos isolados visando à promoção de saúde e à qualidade de vida, não incluem o enfrentamento dos acidentes e violências.

Gestores de vários serviços de Curitiba reconhecem a relevância e apontam a prevenção e a promoção de saúde como grandes avanços da PNRMAV. Mas consideram-nas como noções para as quais não tem havido investimento concreto na definição de ações do setor. Por isso, do ponto de vista político e técnico, tais noções permanecem muito frágeis, são objeto de pouco investimento financeiro e falta-lhes pessoal preparado. Apesar da deficiência prática, a compreensão da importância e da centralidade do tema dos acidentes e violências para o setor saúde é hoje total por parte dos gestores de Curitiba, como lemos nestes depoimentos. Para os outros gestores, cujos fragmentos de discursos estão citados depois, o conceito de promoção da saúde é interpretado como necessidade de estratégias de prevenção:

*O aspecto mais importante desta política é a prevenção. Carece de uma sistematização e um investimento permanente de recursos e de administração do processo de capacitação das pessoas visando a diminuição da incidência dos acidentes e violência.* (Gestor Atendimento Hospitalar – Curitiba)

*Essa política, até onde eu conheço, não visa somente o atendimento à vítima, mas também a prevenção, que do nosso ponto de vista é a situação ideal (Gestor Atendimento Hospitalar – Curitiba)*

*Não tenho, neste momento, conhecimento de políticas que possam estar existindo na questão de prevenção (Gestor Reabilitação – Curitiba)*

*A política é bastante ampla e abrangente e foca muito o aspecto da promoção da saúde. Existe certa dificuldade em se estabelecer estratégias promocionais constantes, pela dificuldade até do próprio financiamento destas atividades. Não existe em Curitiba, um grupo formado e permanente de análise e discussão da violência dentro do município. (Gestor Pré-Hospitalar – Curitiba)*

Já no Distrito Federal são relatadas ações de promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis ligadas à Secretaria Estadual de Saúde, através do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências/Nepav (Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES) e da Vigilância Epidemiológica das Doenças Não-Transmissíveis/Vedant (Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica/VE/SES). Nessa Secretaria, existem duas redes voltadas para prevenção e promoção: a primeira diz respeito à Prevenção de Violência (coordenada pelo Nepav). A segunda é a Rede Interinstitucional Regionalizada, voltada para a garantia de direitos e da promoção da saúde, coordenada pela Vedant. As duas iniciativas contam com o apoio do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp-UnB).

Essas redes têm investido, em âmbito local e no entorno do Distrito Federal, no fortalecimento da capacidade e da co-responsabilidade dos indivíduos, das comunidades e da população, para que desenvolvam e mantenham condições e estilos de vida saudáveis, por meio das seguintes ações:

- Articulação inter e intra-setorial entre órgãos governamentais, não-governamentais e Conselhos: essa interação, na verdade, está em construção. Constatamos um processo lento e conflituoso de construção de parcerias, pois as relações de poder existentes, dependendo das alianças e correlações de forças, tendem para práticas institucionais conservadoras ou para a defesa de interesses individuais.
- Implementação de projetos voltados para a promoção da paz, dos direitos da cidadania, do diálogo, da tolerância e da qualidade de vida. O projeto Promoção da Paz trabalha todas essas questões de forma transversal em relação aos programas, projetos e ações que estão direta ou indiretamente realizando atendimento às vítimas de agravos por acidentes e violências.

Consideramos importante que haja investimento na articulação entre os setores da Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES-DF e da rede de atendimento às urgências e emergências já que os problemas cotidianamente enfrentados, para serem bem conduzidos, precisam de um encaminhamento referenciado e articulado. Os gestores do Distrito Federal pontuam, sobretudo, muitas dificuldades interinstitucionais para fazerem um trabalho integrado.

Na cidade do Rio de Janeiro, também se destacam algumas iniciativas de promoção à saúde, mas em estágio inicial. A coordenadora da Assessoria de Prevenção aos Acidentes e Violências da SES-RJ, que também atua na Assessoria de Promoção da Saúde da SMS-RJ, enfatizou o aspecto processual da promoção à saúde. Na sua visão a promoção é justamente o caminho que se faz ao caminhar, acontecendo então no trabalho cotidiano. “Mais importante do que o ponto em que se está é o que se almeja alcançar. É deflagrar e manter o processo para a mudança”.

O projeto Quali/SUS e a Política Nacional de Humanização, Humaniza/Sus, foram citados pelo Superintendente de Serviços de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro como exemplos de estratégias do Ministério da Saúde seguidas pela secretaria, voltadas tanto para os usuários como para os profissionais de saúde, em consonância com a promoção e a adoção de comportamentos e ambientes saudáveis.

Para o gestor estadual, a educação constitui o eixo estruturante para essa diretriz. Considera que a mudança de comportamento depende diretamente de campanhas educativas e de “medidas coercitivas” para disciplinar a população:

*A educação é fundamental. Só vamos melhorar realmente com a educação da população e com algumas medidas realmente coercitivas que acabam dando resultado: uso do cinto de segurança, limite de velocidade em determinadas áreas, uso de bebida alcoólica tudo isso tem que ser cada vez mais debatido e colocado.* (Gestor Estadual – Rio de Janeiro)

O Projeto Jovens Promotores de Saúde (SMS/RJ) é uma experiência inovadora e bem-sucedida, implementado pela Assessoria de Promoção da Saúde, em parceria com outras secretarias governamentais, ONGs e empresas do setor privado. Em consonância com a PNRMAV, constatou-se a existência de algumas iniciativas intersetoriais voltadas para a prevenção das violências ainda são incipientes no Rio de Janeiro.

A secretaria de Saúde em articulação com outras instâncias de Curitiba tem se destacado por realizar ações de prevenção, especialmente na esfera do trânsito. A partir de 2003, foi criado o Projeto Trânsito Saudável, visando à Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, implantado a partir de um convênio entre o Ministério da Saúde e a secretaria municipal de Saúde. As propostas deste Projeto previram: (a) desenvolvimento de ações preventivas e de mobilização da sociedade, contando com o apoio do Ministério da Saúde, da Educação, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, conforme citado na Lei 9.503; e (b) melhoria da qualidade das informações sobre os acidentes de trânsito, a partir da articulação dos órgãos produtores de informações nessa área, visando, sobretudo, ao planejamento e a execução de políticas públicas integradas.

Alguns êxitos foram atingidos nos anos seguintes, incrementando ações de parcerias conjuntas entre órgãos de saúde e trânsito, o exercício da crítica mútua e o estabelecimento de propostas comuns e coerentes. Embora as transformações na área dos registros dos dados tenham encontrado diversas dificuldades, houve importante investimento em ações de promoção envolvendo o poder público, as empresas, os grupos

mais vulneráveis, as ONGs e os serviços de prevenção e atenção à saúde e de engenharia de trânsito (Souza & Minayo, 2006).

Seguindo as indicações da PNRMAV e da Política Nacional de Promoção à Saúde, foram instituídos os Núcleos de Prevenção às Violências, acadêmicos e institucionais. Como já foi dito no capítulo 1, a Portaria Ministerial (n. 936, de 18 de maio de 2004), que diz respeito também à estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, da qual os 58 núcleos fazem parte, eles estão em níveis distintos de implementação, de organização, têm funções também diferenciadas e podem constituir uma estratégia de reflexão e de enfrentamento dos acidentes e violências. Nas cinco capitais analisadas foram estabelecidos núcleos ligados à Rede Nacional, embora nem todos recebam suporte financeiro do Ministério da Saúde. Também nesse pequeno universo, são muito distintos os níveis de implantação e desenvolvimento.

Em Manaus há dois núcleos: um localizado na Secretaria Municipal de Saúde, e outro, com proposta acadêmica, na Fundação Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Em Recife existem três: um voltado para os serviços, localizado na Secretaria Municipal de Saúde, e dois acadêmicos. Um na Universidade de Pernambuco (UPE) tem trabalhado com foco em publicação de material educativo, de forma articulada com a Secretaria Municipal de Saúde. Outro, chamado Saúde Pública e Desenvolvimento Social, da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp), vem priorizando ações de promoção para prevenção da violência, realizando treinamento de pessoas nos municípios do interior, promovendo fóruns de discussão, apoiando pesquisas e elaborando material educativo, entre outras atividades. Em Curitiba existe um núcleo institucional voltado para o diagnóstico da situação, dos serviços e acompanhamento das ações. Ele fica situado na secretaria municipal de Saúde.

No Distrito Federal existem dois núcleos: um voltado para os serviços, o Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências/Nepav da secretaria de saúde (SES/DF) e um acadêmico: Núcleo de Estudos em Saúde Pública/Nesp, da Universidade de Brasília. Na SES, como estratégia de descentralização local, foi implantado o Programa de Prevenção aos Acidentes e violências/PAV em 16 Regionais de Saúde, objetivando viabilizar ações de capacitação, prevenção, notificação, atendimento e encaminhamentos da população de risco. Com a implantação do Nepav e dos PAV, bem como da ficha única de notificação compulsória da violência contra criança, adolescente, mulher e idoso, a problemática da violência adquiriu visibilidade, representando importante desenvolvimento da área da saúde do Distrito Federal.

O município do Rio de Janeiro é o que possui mais núcleos, sendo um local de vanguarda no enfrentamento e prevenção à violência no país. Dois núcleos estão inseridos em Secretarias de Saúde: um sob coordenação da Assessoria de Prevenção às Violências da Secretaria de Estado da Saúde e outro na Secretaria Municipal de Saúde. Há também dois núcleos acadêmicos: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/Claves/Fiocruz e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc/UFRJ). Existem ainda outros três núcleos em ONGs: Viva Rio, Instituto Promundo e Ipas Brasil.

No Núcleo Institucional de Prevenção às Violências da SES/RJ, as ações de prevenção às violências são desenvolvidas por diversos setores e secretarias do município que atuam de modo integrado, não havendo, desta forma, um Núcleo de Prevenção às Violências formalmente implantado, e nem mesmo um plano de ação em separado. A coordenação informou que antes da criação desse Núcleo já eram desenvolvidas ações no sentido de prevenir as violências e promover a saúde e que, mesmo após a sua criação, este ainda não recebeu recurso financeiro do Ministério da Saúde.

Algumas das ações, realizadas em parceria com outras secretarias como as de Educação e Cultura, objetivam, por exemplo, o trabalho com crianças e adolescentes (palestras e discussões sobre o tema em escolas, com participação ativa desses jovens, com representação de peças teatrais, por exemplo) e profissionais de saúde (estudos de caso e discussões, objetivando a capacitação para o reconhecimento e o atendimento de pessoas vítimas de acidentes e violências).

O Núcleo Acadêmico de Prevenção às Violências, constituído pelo Nesc/UFRJ, está implantado, mas ainda não foi elaborado seu plano de ação para o município. A proposta é participar do treinamento dos profissionais de saúde da rede. As ações previstas são de sensibilização e capacitação dos profissionais. No momento há dois projetos em andamento, para treinamento de profissionais de saúde visando à prevenção da violência no Maranhão e no Piauí. Já foram repassados recursos para esses dois projetos que são anteriores à implantação do Plano de Ação do Ministério da Saúde. A expectativa é trabalhar com negligência e abuso contra crianças e adolescentes, suicídio, e também com a problemática da violência contra a mulher.

O Núcleo Acadêmico do Claves/Fiocruz tem uma história de 18 anos dedicados a estudos, pesquisas e assessorias sobre o impacto da violência sobre a saúde. Ao longo de sua existência, o Claves vem sendo centro de referência para o Ministério da Saúde e para outros órgãos federais e locais e, atualmente, faz parte dos núcleos acadêmicos que apóiam os projetos de atuação no âmbito do SUS, criados pelo Plano de Ação do Ministério da Saúde em 2005. Está atuando na elaboração de material de referência para capacitações, sensibilizações e assessorias aos núcleos institucionais, especialmente. Para o próximo ano prevê o apoio à elaboração do diagnóstico local de alguns municípios da região sudeste e de um curso à distância no âmbito do Programa de Ensino a Distância (EAD/Ensp) e com apoio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que avanços têm ocorrido de forma mais acelerada nos últimos anos. Todavia, há muito que ser realizado para assegurarmos ambientes mais saudáveis e para que criemos uma cultura de paz. Nas capitais estudadas observamos movimentos direcionados a algumas das ações de promoção previstas na PNRMAV. A reorganização dos serviços públicos para um atendimento mais eficaz às vítimas de acidentes e violências e um trabalho intersetorial e em rede se fazem necessários.

Estamos vivendo, conforme o local e o investimento no tema, fases concomitantes de campanha, sensibilização, de formação de profissionais, de atuação especializada. O reforço da ação comunitária é também uma meta proposta e realizada em poucos lugares, mas

na maioria do país e, em especial, nas capitais estudadas, é ainda um objetivo no qual há pouco investimento. Os dados aqui analisados indicam que temos uma orientação segura, mas há um longo caminho a percorrer para que as atividades de prevenção de violência se insiram nas práticas de promoção da saúde.

## MONITORAMENTO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

De acordo com a PNRMAV, a implementação da diretriz de “monitoramento da ocorrência de acidentes e violências” diz respeito, sobretudo, ao acompanhamento dos eventos, a sua notificação e ao correto diagnóstico da situação. Para isso, o documento insta aos gestores para que promovam a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nos níveis pré-hospitalar, de urgências e emergências.

A implementação do monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências se concretiza com o estabelecimento de ações de vigilância em saúde focada na morbimortalidade por esses eventos, levantando-se as causas específicas, as conseqüências e os recursos envolvidos nos tratamentos das lesões e traumas. Na década de 60, a vigilância recebeu o qualificativo “epidemiológica” (Raska, 1964), tão tradicional na nossa área e consagrado internacionalmente pela sua ampla utilização durante a campanha de erradicação da varíola.

No entanto, esse é um conceito restrito e Thacker e Berkelman (1988) fizeram a crítica do termo e propuseram a adoção da denominação de “vigilância em saúde pública” para a particular aplicação da epidemiologia em serviços de saúde, como forma de evitar confusões a respeito da sua precisa delimitação. Como conseqüência, generalizou-se internacionalmente a denominação “vigilância em saúde pública”, utilizada em praticamente todas as publicações sobre o assunto, desde o início dos anos 90, inclusive em documento recente da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (Teutsch & Thacker, 1995). Utilizando o enfoque sistêmico e sintetizando as diversas experiências e concepções da vigilância, segundo Waldman (1998), há dois subsistemas que compõem o conceito de vigilância em saúde. Para Waldman (1998), o subsistema de informações para a agilização das ações de controle situa-se nos níveis locais dos serviços de saúde e tem por objetivo promover rapidez no processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde. A equipe que faz parte desse subsistema deve estar perfeitamente articulada com a de planejamento e avaliação dos programas, devendo, portanto, assumir parte das responsabilidades pela elaboração das normas utilizadas no nível local dos serviços de saúde”; e o subsistema de inteligência epidemiológica é especializado e com função de elaborar as bases técnicas dos programas de controle de eventos específicos adversos à saúde a partir da análise sistemática do seu comportamento na comunidade, fundamentado no conhecimento científico e tecnológico disponível.

O subsistema de inteligência epidemiológica, além de identificar lacunas no conhecimento científico e tecnológico, também exerce função de incorporar aos serviços de saúde o “novo conhecimento” produzido pela pesquisa, com o objetivo de aprimorar continuamente as medidas de controle. Os dois subsistemas compõem, juntamente, a vigilância em



saúde que, munida desses instrumentos assume o papel de indutor de linhas de pesquisa e de incorporar à prática o conhecimento produzido.

Tendo em vista as premissas descritas, o primeiro passo diz respeito à melhoria das informações, uma vez que os dados atualmente existentes são subestimados e bastante imprecisos desde o início de sua geração. Ainda que haja fragilidade em todo o processo, os registros de acidentes, em geral, são mais bem feitos e circunstanciados que os de agressão.

Leal e Lopes (2005), por meio de um estudo etnográfico, analisaram os entraves para a notificação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde. Descobriram que existe maior comprometimento com o registro quando se trata de casos de crianças e adolescentes (especialmente nas situações de abuso sexual) do que quando as vítimas são mulheres. Observam, também, que os profissionais de enfermagem que atuam na emergência são os que melhor notificam, pois desenvolvem um grande domínio na interlocução com as vítimas de agressão, permitindo-lhes saber, a partir dos depoimentos dos usuários, as histórias, as causas e as situações em que as violências transcorreram. Contudo, esse precioso know-how não sustenta quaisquer atividades de monitoramento e prevenção posteriores. Sem apoio ou orientação institucional, o cotidiano da relação entre vítimas de agressões (muitos das quais também são agressores vitimados em confrontos policiais ou brigas entre grupos rivais) e trabalhadores de saúde é movida por preconceitos, medo e uso de estratégias de defesa dos profissionais na tentativa de se resguardarem (Leal & Lopes, 2005; Gonçalves & Ferreira, 2002; Deslandes, 2002).

Ora, na medida em que há falhas graves no processo de conhecimento dos agravos por violência, geralmente os diagnósticos situacionais são muito deficientes. No entanto, isso não ocorre só no Brasil, é universal. Mesmo os países que há muitos anos valorizam a prevenção e a notificação de casos de violência encontram dificuldades para ampla incorporação dessas práticas no setor saúde. Após duas décadas de grande investimento nos Estados Unidos e no Canadá, poucos critérios padronizados de anamnese e diagnóstico de violência (em particular, da violência doméstica) foram implementados no cotidiano do atendimento médico e de saúde. Thurston e Eisener (2006) avaliam que a maior parte das análises que criticam a postura de não envolvimento o faz pelo viés das características individuais dos profissionais.

Ainda que tais questões sejam importantes para a proposição de ações que visem a mudar tal quadro, as autoras pontuam que os fatores contextuais que também interferem nessa situação são pouco explorados, como é o caso da condição de gênero, a cultura e a estrutura organizacional. Entendemos, pois, que há muitas questões a serem analisadas no percurso do correto monitoramento e para isso é fundamental a sensibilização e a formação dos profissionais que notificam, visando a produzir um registro contínuo, padronizado e adequado. E principalmente, há que ter, como meta, o diagnóstico voltado para a prevenção e para um atendimento de qualidade.

A PNRMAV considera prioritária a melhoria das informações, à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, nesse sentido, é a promoção do registro contí-

nuo padronizado e adequado dos dados, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas. A partir da qualificação das informações o sistema poderá intermediar ações específicas e vai sendo retroalimentado pela atuação num círculo virtuoso.

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais e dirigentes de institutos de medicina legal, a respeito da importância da qualidade das informações sobre violências e acidentes é fundamental para o monitoramento adequado da ocorrência desses eventos.

Mas uma política de informação não se estabelece isoladamente. Pelo contrário, deve estar associada a diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde (Pires et al., 2005; Gonçalves & Ferreira, 2002).

Segundo o documento da PNRMAV, o monitoramento da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante (Brasil, 2001a):

- Promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas.
- Elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho.
- Criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar.
- Otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios.
- Efetivação do disposto na Portaria GM/MS n. 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar.
- Inclusão de “lesões e envenenamentos” com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial.
- Estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme.
- Criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no país, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis.

- Inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia – Centros de Notificação de Intoxicação –, em hospitais de atendimento médico de urgência.
- Identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

Em relação a acidentes de trânsito, está previsto que o sistema de vigilância epidemiológica deve promover a implantação de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Essa rede deve estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicam na definição de um boletim de ocorrência padrão e na formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito (Brasil, 2001a).

A Opas sistematiza, em um documento (Concha-Eastman & Villaveces, 2001), os objetivos de um sistema de vigilância para a área de acidentes e violências, que vão ao encontro do que está proposto na PNRMAV: (a) produzir informações confiáveis e estratégicas; (b) monitorar as transições, a magnitude e a distribuição da morbidade, mortalidade, impactos psicológicos, percepção e realidade sobre os acontecimentos, identificação de novos riscos e formulação de possíveis associações causais; (c) identificar padrões ou tipologias da violência; (f) gerar hipóteses sobre a causalidade da violência; (g) servir de fonte confiável para tomada de decisão; (h) estimular a formação de grupos de trabalho.

A PNRMAV dá destaque especial à questão do monitoramento por reconhecer a fragilidade histórica dos registros de acidentes e violências do país e nas conseqüências da discrepância entre informação e planejamento de ações. Por isso, o documento insiste na necessidade de: aumentar a cobertura do Sistema de Informação em Mortalidade – SIM, que abrange cerca de 80% dos óbitos no país (menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste); melhor qualificação da informação sobre causas externas nas declarações de óbito, reduzindo o número de eventos com intenção indeterminada e preenchendo não apenas a natureza da lesão, como também a causa que levou ao óbito por acidentes ou violência; otimização da informação em nível local; capacitação dos profissionais que lidam com os dados em nível local, com destaque para os que atuam nos Institutos Médicos Legais; e integração e comunicação entre as bases de dados sobre acidentes e violências que existem nas localidades (Souza et al., 1996; Kfoury et al., 2000; Gouvêa et al., 1997; Mendes et al., 2004).

Apesar de tantas limitações, tem havido evolução positiva na qualidade das informações sobre violências e acidentes no Brasil e em algumas capitais brasileiras (Njaine & Reis, 2005). A significativa melhoria da informação sobre mortalidade por causas externas em algumas capitais deveu-se principalmente à iniciativa das secretarias municipais de Saúde de buscar articulação com o setor de segurança pública e capacitar seus profissionais. Muitas das ações voltadas para qualificação das informações sobre causas externas foram, contudo,

viabilizadas pelo processo de municipalização da coleta e análise local dos dados, antes de serem encaminhados à Secretaria Estadual e por sua vez, ao Ministério. Porém, ainda persistem, especialmente em algumas localidades, problemas estruturais, funcionais, culturais regionalmente diferenciados e específicos em relação à qualidade dos dados (Gawryszewski, 1995; Mathias & Soboll, 1998; Souza, 2002; Njaine, 2006; Mello Jorge et al., 2003).

Além do SIM, são importantes para o monitoramento de acidentes e violências, a colaboração de outros órgãos e sistemas: o Boletim de Ocorrência Policial (BO); os Sistemas de Resgate; o Sistema de Informação Hospitalar (SIH); e a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). No documento dedicado à formulação da Política (PNRMAV) há uma análise sobre a contribuição e as limitações de cada um. Por isso, a orientação é mais que criar um sistema “total”, trabalhar com a integração das fontes.

Diversas ações têm sido desencadeadas ao longo dos últimos anos pelo Ministério da Saúde, visando a incrementar a melhoria da qualidade das informações sobre acidentes e violências.

Desde 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS – tem procurado capacitar profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos registros dos dados do tema aqui tratado, para que busquem qualificar os registros. Mas tem havido também tentativas de implantar experimentalmente fichas de notificação com perguntas mais adequadas e precisas.

Importante passo no monitoramento dos acidentes e violências foi dado com a Portaria n. 1.356 (Brasil, 2006e), que criou a Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências em alguns hospitais de todo o país. Essa iniciativa visou a conhecer a dimensão e o perfil dos agravos nas emergências hospitalares, bem como a captar o perfil das agressões que demandam serviços ambulatoriais. Para isso, destinou incentivo financeiro com vistas à implantação e implementação da proposta. No primeiro caso, uma ficha de notificação obrigatória de acidentes e violências foi aplicada em unidades de urgência e emergência, envolvendo hospitais a que se atribui o papel de sentinelas em 30 municípios de todas as regiões do país. A coleta foi feita por amostragem – 30 dias corridos em um ano (de 1 a 30 de agosto de 2006, por exemplo) e por pessoal externo ao atendimento de emergência (bolsistas, estagiários ou contratados), remunerado com recursos advindos do Ministério para implantar a Portaria n. 1.356 (Brasil, 2006e).

No segundo caso, o Ministério da Saúde tentou promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos – freqüentemente subdimensionados – por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais. Essa notificação deverá ser feita pelo profissional de saúde que atendeu à vítima. A Rede Sentinela encontra-se em processo de implantação. No ano de 2006, seu alcance foi reduzido. Entendemos que se trata de um processo lento e gradual em que os profissionais dos serviços se capacitem e assumam a importante função de monitoramento e de notificação. Para isso, uma nova cultura que inclui sensibilização e formação precisará se tornar rotina.

Nas cinco capitais estudadas há grupos que estão trabalhando na implantação dos instrumentos do Ministério da Saúde. Em Manaus, o núcleo de prevenção da Secretaria Municipal

de Saúde assumiu essa responsabilidade. Em Recife, os núcleos acadêmicos participam do Projeto Sentinela, sendo responsáveis pela implantação da ficha de notificação sobre violência doméstica. Para o período de 2006 a 2007 o Núcleo Acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) planeja atuar articulando projetos intra e intersetorialmente na prevenção da violência, tendo como prioridade a implantação do referido Projeto Sentinela, realização de pesquisas, publicação de material, participação em eventos e congressos, comunicação e assessoria e apoio à estruturação de núcleos de serviço de municípios vizinhos a Recife.

Quanto ao núcleo institucional de serviço de Recife (SMS), a principal meta para 2007 é a implantação do Sistema de Informações da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em três unidades (HR, Policlínicas Arnaldo Marques e Amaury Coutinho), atuando em conjunto com os núcleos de violência da UPE, UFPE, Prefeitura de Olinda e SES. Existe também por parte do núcleo institucional de serviços (SMS) a proposta de implantar dois Centros Especializados de Referência para prevenção da violência e capacitar profissionais da rede municipal de saúde (PSF, ACS) e de outras secretarias municipais: Educação, Política de Assistência Social, Direitos Humanos e Segurança Cidadã.

Os núcleos acadêmicos e de serviços do Distrito Federal, do Rio de Janeiro e de Curitiba também têm metas de realização de pesquisas visando ao aprimoramento das informações e mostram avanços na direção de implementar modificações na atual forma de monitoramento das violências e acidentes.

A situação de envolvimento na melhoria da qualidade das informações sobre violências e acidentes nas capitais estudadas é desigual, pois cada uma das localidades parte de um estágio diferenciado de desenvolvimento. Algumas capitais já vêm, há anos, investindo no monitoramento dos dados de acidentes e violências, enquanto outras dão seus primeiros passos. Vale lembrar que a maioria dos registros nas Unidades nas capitais analisadas ainda é realizada manualmente, sendo urgente um processo de informatização.

Podemos perceber, na tabela 71, o percentual de serviços do nível pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação que informaram a existência de: registro dos acidentes e violências de acordo com a CID-10, análise sistemática da informação; utilização dos dados no planejamento de ações locais e integração com outros bancos de dados existentes na localidade sobre a temática dos acidentes e violências. Desde já apontamos que as respostas dadas pelos gestores nos questionários são mais positivas que suas falas nas entrevistas e que a realidade observada pelos pesquisadores.

A análise sistemática dos registros é muito precária no Rio de Janeiro, onde apenas 20% das unidades processam seus dados sobre lesões e traumas por violências e acidentes corretamente. Em Manaus, Recife e Curitiba, o devido tratamento das informações é realizado entre 50% a 60% dos serviços, que, apesar de terem vantagem em relação Rio de Janeiro, também não as otimizam no planejamento e avaliação das ações. Em resumo, praticamente não são utilizados dados locais na organização das atividades, sendo o quadro mais grave em relação nível pré-hospitalar. Nesse âmbito, não existe integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes e violências com o de outras instituições e nem com os outros níveis que atuam no mesmo problema.

Tabela 71 – Percentual de registro de acidentes e violências nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação, nas cinco localidades estudadas – 2006

Níveis	Manaus		Recife		D. Federal		R. Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRÉ-HOSPITALAR										
N	(N=8)		(N=10)		(N=21)		(N=10)		(N=8)	
Registro de atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com a CID 10	7	87,5	5	50,0	16	80,0*	-	0,0	6	75,0
Análise sistemática dos registros de atendimento	4	50,0	6	60,0	14	66,7	2	20,0	5	62,5
Análises utilizadas para o planejamento das ações	3	37,5	6	60,0	14	73,7**	5	50,0	4	57,1*
Integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes/violências da unidade com banco de informações de outros serviços	1	14,3*	3	30,0	7	36,8**	2	20,0	4	50,0
HOSPITALAR										
N	(N=7)		(N=10)		(N=15)		(N=16)		(N=5)	
Registro de atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com a CID 10	7	85,7	6	60,0	13	86,7	7	43,8	3	60,0
Análise sistemática dos registros de atendimento	4	57,1	7	70,0	9	60,0	9	56,3	2	40,0
Análises utilizadas para o planejamento das ações	6	71,4	6	60,0	10	71,4*	10	62,5	2	40,0
Integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes/violências da unidade com banco de informações de outros serviços	3	42,9	6	60,0	7	50,0*	2	13,3*	3	60,0
REABILITAÇÃO										
N	(N=3)		(N=6)		(N=8)		(N=1)		(N=2)	
Registro de atendimento aos acidentes/violência classificados de acordo com a CID 10	1	50,0 <sup>1</sup>	1	16,7	7	87,5	1	100,0	2	100,0
Análise sistemática dos registros de atendimento	1	33,3	3	50,0	5	62,5	1	100,0	2	100,0
Análises utilizadas para o planejamento das ações	1	33,3	3	50,0	6	71,4	1	100,0	2	100,0
Integração do banco de dados de atendimento às vítimas de acidentes/violências da unidade com banco de informações de outros serviços	-	0,0	1	16,7	4	50,0	1	100,0	2	100,0

\*Informação ausente em um serviço.

\*\* Informação ausente em dois serviços.

No registro dos acidentes e violências, também é grande o percentual de serviços que não utiliza as categorias referentes a causas externas da CID-10 (OMS, 1996). Os percentuais dos serviços hospitalares que responderam afirmativamente à Classificação Internacional variam de 43,8% no Rio de Janeiro a 86,7% no Distrito Federal. A não adesão é particularmente crítica no nível pré-hospitalar (no Rio de Janeiro) e no nível de reabilitação (Recife). Se é fato que a lógica de atendimento nesses níveis não requer o uso da CID, os esforços para realizar um trabalho em rede exigem uma padronização das notificações.

Nas unidades de reabilitação os gestores de Manaus e Recife observam que não promovem integração entre as informações geradas nos vários serviços. Nas unidades do Rio de Janeiro e de Curitiba, em sua totalidade, existe articulação entre registros, análise e integração de dados entre os vários serviços, segundo os gestores.

As informações quantificadas podem ser mais bem qualificadas quando as contextualizamos com as falas dos gestores sobre a situação de cada localidade. As entrevistas dão ênfase às inúmeras limitações no sistema de registro e ressaltam que falta muito para um correto monitoramento e sua utilização no planejamento das ações.

*A princípio elas [as informações] têm sido usadas para informação hospitalar de morbidade, de atendimento de pacientes, de lesões, mas poderiam estar sendo utilizadas com esta intenção, se tivésemos um sistema de informação que colha dados epidemiológicos na entrada, e se toda a cidade estiver envolvida, não só os hospitais, mas também delegacias, IML e as organizações que atendem crianças e idosos, como a própria escola que atende a criança. Acredito que a partir daí o sistema seria mais completo e se teria um diagnóstico e uma articulação melhor para se fazer a prevenção. (Gestor Hospitalar – Curitiba)*

*Não existe um tratamento sistêmico destas informações, elas são colhidas quanto aleatórios, e normalmente o que acontece é que elas são utilizadas pelo próprio serviço, internamente, para gerenciamento. Não existe uma comparação global para a caracterização do quadro da violência. (Gestor Pré-Hospitalar – Curitiba)*

*Isso a gente ainda está bastante precário [informações utilizadas para monitoramento, vigilância e prevenção]. A gente começou, tem alguns trabalhos editados aqui, de acidente de motocicleta, em termos de intoxicação, em pacientes intoxicados, em vítimas com o uso de cinto de segurança, se diminui os traumas de impacto. Tem alguns trabalhos que estão começando a surgir com relação a isso aí. (Gestor Hospitalar – Recife)*

*Não existe no município um sistema de informações sobre o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar aos acidentes e violências. A gente tem algum tipo de informação, pela central de regulação do Samu. Tem um epidemiologista que trabalha lá, talvez você consiga informações melhores lá, que geraram até algumas sugestões, colocações de lombadas eletrônicas, mas também uma coisa que não tem ainda uma consistência importante. Não temos nenhuma informação que possa ser considerada de fato como definitiva em relação a fase pré-hospitalar, hospitalar ou pós-hospitalar. Do ponto de vista de sistema de informação precisa crescer muito. A gente tem informações isoladas feitas por um e por outro, através de pesquisas, de busca em prontuários, mas até o sistema que a gente tem integrado é difícil você mantê-lo adequadamente por dificuldade de capacitação mesmo, de profissional, de equipamento... (Gestor de emergência – Manaus)*

*Não, isso é precário [integração da informação]. Essas informações são utilizadas para o andamento. Hoje em dia você tá vendo o quê? Que a maior integração entre o Detran, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e o Corpo de Bombeiros. Hoje até começa, engatinha um entrosamento; mas o entrosamento ocorre na ponta; e não nas esferas altas. Os três secretários se juntam para discutir; que um tá bonito; que o outro vai ser eleito; e cada um sai pro lado e acabou. (Gestor Pré-Hospitalar – Rio de Janeiro)*

Observamos muita discrepância entre as informações quantitativas e qualitativas na cidade de Manaus. As respostas aos questionários levariam a concluir que há uma estrutura capaz de monitorar os vários níveis de ação relacionados ao atendimento dos acidentes e violências, inclusive integrando as informações numa rede que, longe de ser dispersa, possuiria uma estrutura viável para integração de comunicação. No entanto, as entrevistas apontam fortemente para entraves importantes, sobretudo, existe um nítido desconhecimento da utilidade dos registros nos vários níveis de atendimento. Os gestores consideram que não tem havido o devido investimento na capacitação de pessoal para que essa valorização ocorra. Também faltam profissionais para analisar dados do setor e intersetoriais e promover a sua integração no planejamento.

Os gestores atribuíram notas que variaram de 5 a 10 aos registros de atendimento, evidenciando que os serviços são percebidos pelos respondentes de forma desigual. A valorização generosa por parte de alguns contrasta com o que observamos no processo de coleta de dados. Pois constatamos falta de registros sistemáticos dos atendimentos e ausência de avaliação da qualidade dos mesmos.

Em Recife, inexistem ações de vigilância epidemiológica da morbidade por acidentes e violências. Quanto à mortalidade, apesar de o monitoramento ocorrer por busca ativa dos casos, ainda ocorrem elevadas taxas de notificação de “causas por lesões indeterminadas”, denotando muitas falhas no sistema. Existe uma congruência das deficiências nos dados quantitativos locais com as dificuldades aí encontradas por nós para a existência de um eficiente sistema de informação.

No Distrito Federal constatamos muita dificuldade de integração, tanto entre instituições como entre bancos de dados. A SAS-DF, por meio do Nepav e Vedant, tenta realizar uma articulação e comunicação entre os bancos dos vários setores que atendem aos agravos por violências e acidentes (Samu, Corpo de Bombeiros, IML, Secretaria de Segurança Pública). No entanto, esse processo vem acontecendo muito lentamente. As unidades que compõem a rede não apresentam, salvo exceções, equipamentos, infra-estrutura e recursos humanos capacitados e disponíveis para a análise e apropriação sistemática das informações.

Os gestores do Rio de Janeiro enfatizaram a importância do monitoramento das ocorrências de acidentes e violências, especialmente de investir no treinamento de técnicos para a realização correta dos registros e para informatização dos dados.

Os estudos epidemiológicos sobre acidentes e violências em Curitiba se ressentem da falta de dados confiáveis, especialmente quando se avaliam vítimas não-fatais. Os registros da área da saúde, mesmo no ambiente hospitalar, não privilegiam informações sobre os



mecanismos que provocaram as lesões e traumas ou as características e especificidade das ocorrências (Curitiba, 2002a). A análise epidemiológica das causas externas (acidentes e violência) no município é realizada principalmente a partir dos óbitos ocorridos durante o ano. Os dados de morbidade não são precisos e confiáveis para determinar a magnitude do problema.

Por outro lado, os organismos responsáveis pela área da segurança e pelo controle do trânsito (sendo o trânsito e o transporte processos sociais geradores de muitos acidentes e violências) não apresentam dados confiáveis para análises estatísticas. A maioria destes organismos não está informatizada, não tem tradição no trato com a informação estatística e, em alguns casos, não tem interesse em estabelecer formas de controle que a informatização possibilita (Curitiba, 2002b).

Segundo o estudo local, a análise dos dados relativos a acidentes e violência é considerada de difícil execução em Curitiba, pois inexistente um sistema de informações unificado que dê conta de mensurar a complexidade dessa realidade. Cada ponto de atenção pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação atua de forma independente criando seus próprios mecanismos de coleta e sistematização de dados. Na verdade todos os serviços possuem sistemas de registros sobre os atendimentos às vítimas de violência e acidentes, mas esses dados não são de fácil acesso à consulta, nem tampouco interagem numa análise mais aprofundada.

Ou seja, o município conta com um conhecimento parcial sobre os eventos violentos, uma vez que não há uma sistemática de acompanhamento da vítima nos diferentes pontos de atendimento. Na maioria dos serviços, as informações sobre os agravos não têm subsidiado o planejamento das ações e nem orientam os serviços de atenção às vítimas. Atendem prioritariamente às exigências administrativas e de faturamento.

Quanto ao registro dos atendimentos realizados nas instituições de Curitiba, embora os serviços possuam essa informação, ela não é repassada para Secretaria de Saúde, pois para fins de pagamento do SUS é necessário o dado sobre o diagnóstico primário que levou o paciente a necessitar de reabilitação sem informar a causa que levou ao diagnóstico produzido. Isto é, o diagnóstico secundário não é campo obrigatório. Necessidades de avanços no sistema de informação para vigilância e monitoramento são destacados como prioritários pela Diretora do Centro de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal da Saúde dessa capital.

As boas práticas de “notificação de violências contra crianças, adolescentes e mulheres” podem ser consideradas um indicador do melhor monitoramento da violência. Essa ação está respaldada em duas Portarias do Ministério da Saúde: a n. 1.968/GM (25/10/2001), que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde; e a n. 2.406/GM (5/11/2004), que institui o serviço de notificação e aprova o instrumento e o fluxo de atendimento (ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher e outras violências interpessoais).

Na tabela 72, observamos que a notificação sistemática de violências contra crianças e adolescentes é a ação mais institucionalizada e melhor implantada nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. Os serviços do Rio de Janeiro se destacam nesse sentido. Lembramos que esta cidade é pioneira no país na implantação da ficha de notificação sobre violências contra esse grupo específico. E há muitos anos, tanto a Secretaria Estadual como a Municipal de Saúde do Rio de Janeiro vêm investindo em capacitação dos profissionais tanto para que os registros sejam feitos corretamente como para atuarem frente aos agravos em pauta.

Em Recife, 28,6% dos serviços pré-hospitalares, 12,5% de Manaus e 6,6% do Distrito Federal não notificam violências contra crianças e adolescentes. Os percentuais dos serviços que o fazem, atuam de acordo com a consciência de cada profissional, uma vez que neles não há institucionalização desta ação. No entanto, a notificação acontece em 66,7% nos serviços pré-hospitalares e 78,6% dos hospitalares no Distrito Federal. Recife é outra cidade com percentuais elevados de notificação, embora ainda não de forma institucionalizada.

Geralmente, a notificação realizada numa instância dos serviços de saúde segue para o Conselho Tutelar da cidade onde o evento violento ocorreu, com cópia para a Secretaria de Saúde do Município. A principal finalidade desse ato é dar apoio e proteção à criança ou ao adolescente e a sua família. Para os serviços de saúde, o registro tem ainda o objetivo de gerar um perfil dos problemas e da demanda e assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo.

Tabela 72 – Distribuição das notificações de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, segundo nível pré-hospitalar e hospitalar em cinco localidades brasileiras – 2006

LOCALIDADES	Violência contra criança e adolescente			Violência contra a mulher		
	Sim, sistematicamente	Sim, dependendo do profissional	Não	Sim, sistematicamente	Sim, dependendo do profissional	Não
<b>PRÉ- HOSPITALAR</b>						
Manaus (N=8)	6	1	1	3	2	3
Distrito Federal (N=21)*	7 <sup>2</sup>	7 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	8 <sup>2</sup>	11 <sup>2</sup>	0
Recife (N=10)**	4 <sup>2</sup>	1 <sup>2</sup>	2 <sup>2</sup>	2 <sup>4</sup>	1 <sup>4</sup>	1 <sup>4</sup>
Rio de Janeiro (N=10)	9	0	1	1 <sup>3</sup>	4 <sup>3</sup>	2 <sup>3</sup>
Curitiba (N=8)	6	2	0	6 <sup>1</sup>	1 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>
<b>HOSPITALAR</b>						
Manaus (N=7)	6	1	0	1 <sup>2</sup>	2 <sup>2</sup>	2 <sup>2</sup>
Distrito Federal (N=15)	3 <sup>1</sup>	11 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	4 <sup>1</sup>	10 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>
Recife (N=10)	6	4	0	4 <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>
Rio de Janeiro (N=16)	13	2	1	7 <sup>1</sup>	3 <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>
Curitiba (N=5)	5	0	0	2 <sup>3</sup>	0 <sup>3</sup>	1 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Não se aplica para uma instituição; <sup>2</sup> Não se aplica para duas instituições;

<sup>3</sup> Não se aplica para três instituições; <sup>4</sup> Não se aplica para seis instituições.

\* Quatro instituições não responderam (violência contra criança);

\*\* Uma instituição não respondeu (violência contra criança).

Em Curitiba existe uma sólida Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para violência. Mesmo assim há lapsos, pois os serviços hospitalares notificam integralmente, ao passo que os pré-hospitalares não o fazem. Isso ilustra algumas das dificuldades encontradas nas realidades locais. A referida Rede criada nessa capital possibilitou a estruturação de um banco de dados unificado que reflete a realidade dos maus-tratos no município. Essa ação também tem possibilitado o acompanhamento de crianças e adolescentes maltratados, na medida em que os casos atendidos em qualquer ponto que compõe a iniciativa (escola, creche, unidade de saúde, hospital) são notificados, tratados e acompanhados. É enviada uma cópia da ficha de notificação à instituição de atendimento mais próxima à residência dessa criança ou adolescente.

Do ponto de vista da qualidade da informação, o bom sistema vem permitindo a compreensão da configuração dos maus-tratos empiricamente e em consequência, a reestruturação dos protocolos de acompanhamento e dos programas de prevenção.

O Distrito Federal se caracteriza, dentre as localidades estudadas por nós, como a de menor investimento na notificação sistemática de violência contra a criança e o adolescente. Recife apresenta patamares intermediários nessa estratégia, e, em Manaus, existe empenho dos profissionais para instituir essa ação específica. No entanto, nessas três capitais não existe uma política institucional de notificação compulsória. Sua realização, ficando a cargo da boa vontade e da consciência dos servidores, não garante nem qualidade e nem fidedignidade dos dados gerados, o que contraria a normativa já vigente. As dificuldades de implantação da notificação de violência contra crianças e adolescentes vêm sendo apontadas em todo o país (Gonçalves & Ferreira, 2002).

A notificação da violência contra as mulheres é uma norma mais recente e está ainda pouco absorvida pelos serviços de saúde, dificultando o monitoramento dos eventos, sua visibilidade e a indiscutível demanda de cuidado. Não se trata de uma prática de “denúncia” aos órgãos policiais – como freqüentemente vem sendo interpretada a prática dessa norma – e é importante respeitar a autonomia das mulheres em querer ou não registrar os maus-tratos que sofrem. No entanto, e apesar de visar apenas a criar uma nova cultura de atenção baseada nos fatos concretos, os registros adequados não são realizados por cerca de dois dos serviços pré-hospitalares e três hospitalares de Manaus; por cinco serviços hospitalares do Rio de Janeiro e por 25% dos serviços pré-hospitalares de Recife e do Rio de Janeiro.

A notificação sistemática de violência contra mulheres vem sendo realizada nos serviços pré-hospitalares e hospitalares de Curitiba. O Distrito Federal tem o mais elevado percentual de instituições que notificam. No entanto, na capital do país esse é ainda um compromisso dos profissionais, uma vez que a ação não está institucionalizada no sistema.

## CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Embora a capacitação de recursos humanos tenha ficado evidente na apresentação da estruturação dos serviços mostrada nos capítulos anteriores e tenha sido referida pelos gestores de várias unidades nas cinco capitais, ressaltamos que os investimentos são ainda

insuficientes para a implementação da PNRMAV ou são desigualmente direcionados aos diferentes níveis de atenção.

A PNRMAV preconiza que a preparação de recursos humanos deve atender a:

- Treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação visando à vigilância epidemiológica por causas externas.
- Criação de disciplina sobre emergência nos cursos superiores da área de saúde.
- Complementação curricular a serem homologada pelo MEC para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem.
- Criação e implementação de currículo mínimo padronizado, homologado pelo MEC, para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.
- Capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional. Tal capacitação deve incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além de habilidades para elaboração de material informativo e educativo.

Como notaremos a seguir, a maior parte das atividades de formação que vêm ocorrendo no país dá ênfase ao desenvolvimento de habilidades e competências para atuar com violências que atingem crianças, adolescentes, mulheres e com os registros de dados de morbimortalidade. Mas a maioria são cursos de curta duração. Poucos avanços ainda se notam na inserção do tema em currículos universitários ou para o atendimento de outros segmentos populacionais como os idosos, por exemplo.

Na cidade de Recife, quando perguntados, os profissionais declararam que procuram se capacitar por conta própria. Em Curitiba, as últimas atividades de formação oferecidas pelas instituições ocorreram há algum tempo.

Observamos que a capacitação dos profissionais através da implantação dos núcleos de educação em urgências nos municípios ainda é incipiente e necessita ser priorizada, uma vez que a falta de formação e de educação permanente dos trabalhadores resulta no comprometimento da qualidade na assistência e gestão na área pré-hospitalar. Os núcleos de educação em urgências foram criados tendo como um dos objetivos principais a necessidade de aprimorar a gestão das estruturas existentes.

Na tabela 73, vemos que todos os gestores dos serviços pré-hospitalares relataram que promovem capacitação em PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) para os profissionais de saúde. A exceção ocorre no Grupo de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar de Estado do Rio de Janeiro-GSE/CBMERJ, responsável pela área pré-hospitalar no município, que considera esse curso específico para atuação na esfera hospitalar, e não, pré-hospitalar.

Existe investimento adequado na formação para atendimento de urgência nas capitais que possuem Samu como modalidade de atenção pré-hospitalar. A exceção ocorre no Rio de Janeiro. O Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar (Cepap), pertencente ao GSE/CBMERJ é o que mais se aproxima aos propósitos de um núcleo como esse, mas se refere apenas à atenção pré-hospitalar. Contudo, profissionais de algumas instituições do Rio de Janeiro já participaram de treinamento para atendimento de urgência realizado em Brasília.

Tabela 73 – Distribuição percentual de serviços com pessoal capacitado para registro/atendimento a agravos de acidentes e violências nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação, em cinco localidades brasileiras – 2006

Níveis	Manaus		Recife		D. Federal		R. Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PRÉ-HOSPITALAR										
N	(N=7)		(N=10)		(N=21)		(N=10)		(N=8)	
Capacitação em PHTLS *	1	100,0*	1	100,0*	1	100,0*	1	-	1	100,0*
Capacitação por Núcleos de Educação em Urgências*	1	100,0*	1	100,0*	1	100,0*	-	0,0*	1	100,0*
Capacitação de pessoal para registro e sistematização de informação	4	37,5 <sup>1</sup>	3	30,0	10	52,9 <sup>2</sup>	2	20,0	5	62,5
HOSPITALAR										
N	(N=7)		(N=10)		(N=15)		(N=16)		(N=5)	
Capacitação de pessoal para registro e sistematização de informação	4	66,7 <sup>1</sup>	10	100,0	5	35,7 <sup>1</sup>	6	37,5	2	40,0
REABILITAÇÃO										
N	(N=3)		(N=6)		(N=8)		(N=1)		(N=2)	
Capacitação de pessoal para registro e sistematização de informação	1	33,3	1	16,7	4	50,0	1	100,0	2	50,0

\* Informação para o serviço Samu/Bombeiros de cada localidade.

<sup>1</sup> Informação ausente em um serviço.

<sup>2</sup> Informação ausente em dois serviços.

Os dados sobre capacitação em PHTLS e Núcleos de Educação em Urgências se referem a apenas um serviço de Samu de cada localidade, pois este tipo de capacitação só é relevante para os serviços pré-hospitalares móveis.

Na tabela 73, resumimos a situação, nas cidades estudadas, a respeito dos serviços com pessoal capacitado para registro e sistematização de informações e para o atendi-

to de emergência. Existem muitas lacunas e fragilidades nos conhecimentos e habilidades dos profissionais, para a construção de dados nos diferentes níveis de complexidade da atuação. Manaus, por exemplo, possui 33,3% de serviços de reabilitação e 37,5% de serviços pré-hospitalares com pessoal capacitado para registrar e sistematização de dados. O nível hospitalar dessa cidade mostra situação um pouco melhor: 66,7%. Já a capacitação em PHTLS e núcleos de educação em urgência foi realizada em todo os serviços de pré-hospitalar de Manaus e das outras três cidades que possuem Samu. Os índices de capacitação em registro e sistematização de informações são, de forma geral, baixos nos serviços das cinco localidades estudadas.

As falas dos gestores ilustram as dificuldades específicas que encontram para propiciar formação a sua equipe de trabalho. De forma geral, o treinamento para o nível pré-hospitalar é o mais continuado. No entanto, nos hospitais, esse processo é disperso, com foco nos aspectos clínicos e pouca ênfase em prevenção dos acidentes e violências e promoção da saúde.

*Isto é contínuo. Após a capacitação do bombeiro militar com 400 (quatrocentas) horas para socorristas, a cada dois anos ele recebe mais 200 (duzentas) horas de capacitação/recertificação. (Gestor Hospitalar – Curitiba)*

*As capacitações acontecem de modo a especializar cada profissional em sua área. Elas acontecem de acordo com a renovação do corpo profissional ou de acordo com o surgimento de novas técnicas. O curso é de cunho obrigatório e o período varia de acordo com a área do profissional. Não há capacitações especializadas em acidentes e violências, o que há é um aprofundamento do que cada profissional aprende em sua área. (Gestor hospitalar – DF)*

*Existe uma necessidade de um processo de educação continuada. Existem alguns treinamentos específicos para este tipo de atendimento a pacientes que o próprio hospital procura proporcionar para a equipe médica e de enfermagem. Surgem rotinas novas, uma nova demanda ou uma nova organização do sistema e a equipe tem que estar preparada sobre o ponto de vista técnico e profissional. (Gestor Hospitalar – Curitiba)*

Os gestores ressaltam que o processo de formação passa por muitas dificuldades operacionais. Liberar pessoal para se capacitar implica não contar com a equipe completa para atender uma demanda que tem de ser atendida imediatamente e que não cessa:

*A principal dificuldade para capacitação que eu vejo é a possibilidade das pessoas, estarem disponíveis para as atividades propostas. Para quem já está no serviço, essa dificuldade é enorme, por que o serviço precisa de gente, liberar gente, para estar reciclando, reformando, atualizando é muito difícil. Para quem está entrando é mais fácil, mas sempre tem umas premências, de que agente tem que colocar esse cara no mercado, na corporação para trabalhar, o mais rápido possível. (Gestor – RJ)*

Difícil também é adequar a especificidade do conteúdo e da prática para capacitação em atendimento a vítimas de violências e acidentes nos vários níveis de complexidade, principalmente pela ausência de normas e protocolos específicos.

*O nosso grande norte é a capacitação dos profissionais. Outro desafio é capacitar para a prevenção primária (baixa complexidade), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). (Gestor do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências/ NEPAV-DF)*

*Capacitação com 140 horas, sendo horas diretas e indiretas. E nossa clientela costuma variar, tem ano que grande parte dos treinandos é composta de profissionais do Corpo de Bombeiros que trabalham com bombeiros mirins. Esse ano teve uma grande demanda da escola Dom Pedro II, que é uma escolha de bombeiros, eles queriam implantar um trabalho sobre cidadania, sexualidade. E nós temos um grupo que é da Secretaria de Educação e que está sendo capacitado. Nessa capacitação é abordado o tema sobre a promoção da paz, cidadania, sexualidade, DST/Aids, prevenção de drogas, e metodologias com trabalhos de oficinas, e, eles saem do curso com uma proposta de trabalho que eles devem realizar com o seu público-alvo, no caso, adolescentes e depois eles vão trazer o resultado pra gente. Tudo isso faz parte do curso. (Gestor do Serviço de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis – Vedant – DF)*

Em Recife, as ações de sensibilização e de formação dos profissionais para notificação de acidentes e violências ainda não fazem parte de uma programação sistemática.

No Distrito Federal esse processo está mais organizado. De modo geral, todos os profissionais que atuam nos serviços da rede hospitalar são capacitados periodicamente pela secretaria de Saúde do DF. A maioria dos serviços funciona também como espaço de ensino, facilitando, em tese, a atualização do conhecimento. Mesmo assim, os gestores ressaltam que a capacitação é deficiente em outros níveis, tanto em PHTLS nas unidades de saúde pré-hospitalares como na que se destina aos profissionais que atuam em urgências. Na área da reabilitação, os gestores mencionaram que ocorrem cursos e treinamentos anualmente, realizados pela Secretaria de Saúde.

O Distrito Federal possui já o Núcleo de Educação em Urgências (NEU), proposta contemplada na portaria n. 2048 do Ministério da Saúde para efetivação da Política Nacional de Urgências, responsável pela formação de todos os profissionais da rede nesse nível. A Portaria prevê um currículo mínimo para médicos, técnicos e enfermeiros.

No caso do Distrito Federal, esse núcleo está em fase de implantação e trabalhando junto com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), órgão da Secretaria de Saúde responsável pela formação de recursos humanos. O NEU ainda se ressentia da falta de professores qualificados. No entanto, a capacitação está ocorrendo normalmente. Porém, a carga horária é menor do que as 200 horas que a Política preconiza, pois os gestores consideram que fazer um curso dessa duração desestabiliza o já precário quadro de funcionários das unidades de saúde.

Dessa forma, concluímos que o NEU ainda não é uma iniciativa estruturada e nem tem muita articulação com outros núcleos. Ressaltamos também que, embora a formação oferecida pelo NEU não seja específica para acidentes e violências, ela deveria levar em conta as diretrizes propostas na PNRMAV.

No Rio de Janeiro, a capacitação de recursos humanos foi mencionada pelos profissionais das várias instituições. A Superintendência Estadual reconhece a necessidade de elabo-

rar um plano mais definido de capacitação, numa perspectiva de hierarquia para promoção de funcionários. Para os bombeiros, a capacitação é contínua, facilitada pela existência do centro de aperfeiçoamento que, sistematicamente, escolhe profissionais que realizam o preenchimento dos registros de atendimento.

*A gente faz muita pressão pra conseguir que eles se disponham a vir para as entidades educacionais. É obrigatório, eles podem até ser presos se não participarem. Mas a gente não prende. Mas faz pressão; conta memorando. O cara tem que se explicar, então faz algum tipo de pressão.*  
(Gestor do GSE – Rio de Janeiro)

Quanto à capacitação dos profissionais que atendem nas emergências, a principal dificuldade relatada pelos gestores é sua liberação das atividades cotidianas, ficando à disposição das sessões de formação. “O serviço precisa de gente, liberar gente, para estar reciclando, reformando, atualizando, é muito difícil” (gestor do GSE do Rio de Janeiro).

Um gestor entrevistado informa a existência freqüente de capacitação nos hospitais para todo o pessoal da emergência, em conjunto com o GSE.

*Agora mesmo o auxílio geral está programando um seminário, um treinamento em relação às pessoas do seu serviço. Mas uma coisa isolada. Não existe um programa geral para essas pessoas todas. O centro de estudo treina: acadêmico, residente, algumas outras especialidades não médicas, como enfermagem, por exemplo, mas para os médicos especificamente, cada serviço faz seu treinamento separado e cada um tem a sua cota.*

Na área da reabilitação ocorrem capacitações direcionadas para terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, separadamente. Existe a intenção de que esse processo seja feito periodicamente, mas isso não está ocorrendo concretamente.

Curitiba destaca seu processo de formação para os profissionais de serviços integrantes da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência, desenvolvendo um manual explicativo sobre o correto preenchimento da Ficha de Notificação Obrigatória em casos de violência ou suspeita de violência. Há também capacitação para os profissionais que atendem mulheres vítimas de violência. A formação realizada para os profissionais do Samu é mais universalizada, atingindo também as Unidades de Saúde 24 horas que fazem parte do pré-hospitalar fixo do município. São treinados médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, bombeiros socorristas e condutores de viaturas.

Os profissionais de Curitiba ressaltam um aspecto importante para a formação de recursos humanos que atendem a vítimas de acidentes e violências no país, dizendo que esse processo que começa no pré-hospitalar e no hospitalar deve seguir uma lógica única, de forma que o paciente não passe por descontinuidade na atenção que deve lhe ser dispensada.

Em relação a todo o contexto que cerca o processo de formação para o atendimento e a prevenção das violências e acidentes nas cinco localidades, pontuamos que a qualificação profissional, em geral, está direcionada apenas para o tipo específico de violência atendido no serviço. No entanto, ela não chega de fato a ser eficaz, pois faltam protocolos e rotinas eficientes e, também, há um desconhecimento grande acerca da necessidade da notificação, há falhas nos registros e existe pouca articulação entre os setores.



Ressaltamos que, mesmo nos casos em que há um tipo de capacitação “instrumental” suficiente, falta uma visão filosófica, diagnóstica e contextualizada sobre acidentes e violências e sobre a PNRMAV, especialmente visando ao comprometimento com a filosofia de promoção de saúde. Desta forma, o processo de formação para atuação frente aos acidentes e violências ainda não alcança integralmente todos os profissionais envolvidos na atenção; os que são capacitados costumam carecer de continuidade no aprendizado e na reflexão, exceto em alguns lugares e em alguns serviços específicos.

## APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS

Desde a década de 1970 existem grupos e pessoas no país estudando o tema da violência sob a ótica da saúde. Todo esse movimento voltado para o conhecimento está registrado na pesquisa realizada por Minayo et al. (1990) e Souza & Minayo (2003). No início do século XX, violência era um tema pouco tratado pelos cientistas e pelos sanitaristas. Progressivamente, as investigações sobre o tema foram se tornando mais frequentes e mais abrangentes, de tal forma que ao final do século e atualmente elas vêm ocorrendo em todas as regiões do Brasil.

Esse movimento coincidiu com a democratização do país e também com o crescimento da criminalidade urbana, afetando a vida e a saúde das pessoas e criando uma demanda específica para os serviços de saúde, como analisamos no primeiro capítulo. Uma estratégia governamental que facilitou a propagação do desenvolvimento de investigações sobre o assunto no Brasil ocorreu em 2003, quando um edital específico da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, levando em conta as orientações do documento da PNRMAV, investiu recursos em pesquisas estratégias sobre acidentes e violências. Os primeiros resultados nacionais sobre essa iniciativa começaram a ser divulgados no início de 2007.

O apoio aos núcleos acadêmicos e de serviços, (também descritos no capítulo primeiro) componentes da Rede de Prevenção nos últimos dois anos, também vem propiciando investimentos na área do desenvolvimento de estudos e pesquisas. Todavia, nas capitais aqui estudadas e com certeza em todo o território nacional, ainda são necessários muito mais investimentos nessa diretriz da PNRMAV.

Na cidade de Manaus, a despeito da participação de entidades que desenvolvem atividades de pesquisa, como a Universidade Federal do Amazonas, a Fundação Hospital Adriano Jorge e a Fundação Oswaldo Cruz, ainda é precário o investimento no conhecimento da realidade local no tocante aos acidentes e violências e de toda a rede de serviços que promove atendimento dos agravos, traumas e atividades de prevenção.

Os gestores destacam a precariedade da produção científica local e a necessidade de apoiar iniciativas de desenvolvimento de estudos e pesquisas de cunho específico e que possam ocorrer em parcerias institucionais. Chamam atenção para a urgência de estudos que redundem na criação de um sistema de monitoramento tanto do fenômeno como dos serviços.

Apesar de assinalarem as deficiências, os gestores e profissionais entrevistados destacam a excelência do Programa de Atividades Motoras para Deficientes (Proamde) e do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Savvas). Ambos são iniciativas vinculadas à Universidade Federal do Amazonas e constituem projetos de extensão e de serviços prestados à comunidade. São também, espaços de estudos e construção de conhecimentos próprios sobre os processos com os quais lidam e sobre o impacto dos tratamentos para as pessoas.

Em Recife são relatadas várias iniciativas na área da pesquisa. Levantamentos locais mostram esforços desenvolvidos por meio de cursos de especialização, de residência, mestrado e doutorado em saúde pública que focalizam violências e acidentes. Atualmente, inicia-se um programa de formação específica sobre violência e saúde em nível de pós-graduação na UFPE.

No Distrito Federal, o apoio ao desenvolvimento pesquisas está localizado em algumas instituições. No Nesp-UnB, os pesquisadores priorizam a realização de estudos e investigações sobre os determinantes da violência, visando a subsidiar práticas socioinstitucionais. Recentemente o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc/UNB) realizou um mapeamento da rede de serviços de saúde, a respeito das condições de atendimento aos traumas e lesões por violências no Distrito Federal.

O Centro de Ciências da Saúde da UnB também participa do desenvolvimento de estudos e pesquisas no Distrito Federal. Oferece Cursos de Especialização sobre Gestão de Sistemas Locais de Saúde e de Saúde da Família para os profissionais que atuam na Região Integrada do Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF). Esses cursos têm por objetivo estabelecer estratégias de integração das ações de gestão e de atenção à Saúde. O tema dos acidentes e violências é abordado dentro das orientações para organização de sistemas locais de saúde.

No Rio de Janeiro, a maior parte dos entrevistados ligados aos serviços ressaltou as dificuldades de apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas relativas à atenção às vítimas de acidentes e violências no âmbito da atenção propriamente dito. O departamento de promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde se revelou uma exceção, por desenvolver ou apoiar estudos em conjunto ou em parceria com instituições de pesquisa.

No entanto, as universidades públicas (Uerj, UFRJ e UFF) e principalmente a Fiocruz vêm atuando em relação à formação de pessoal de alto nível nos cursos de especialização, atualização, mestrado e doutorado. Por meio do Claves, a Fiocruz há 18 anos atua não apenas em pesquisa, como na capacitação de profissionais, e a última iniciativa que esse centro organizou e acaba de se iniciar em 2007 é o curso a distância denominado o Impacto da Violência sobre a Saúde, tendendo a ampliar sua atuação.

Na cidade de Curitiba, gestores e profissionais são muito críticos quanto à contribuição das universidades. Gestores comentam a pouca participação das entidades acadêmicas na realização de pesquisas e formação de profissionais para atuar nessa área de conhecimento. Essa crítica foi referendada por levantamento que fizemos nas bibliotecas

das universidades locais onde foi encontrada apenas uma tese de doutorado e uma dissertação de mestrado, ambas relacionadas a acidentes de trânsito. Dos 64 trabalhos de conclusão de curso (TCC) analisados, 34 foram produzidos pelo curso de formação de agentes de trânsito e os 30, sobre violência, foram elaborados por estudantes das áreas de ciências jurídicas e sociais. Nenhum estava vinculado ao setor saúde.

Em resumo, nas capitais estudadas, a integração entre pesquisa e serviços é distribuída desigualmente e se mostra bastante tímida. Há muitas queixas, especialmente dos profissionais dos serviços, sobre a dificuldade em trabalhar de forma integrada com os centros acadêmicos. Esta análise assinala que é preciso priorizar, cada vez mais, pesquisas operacionais, específicas e locais que dêem respostas às demandas suscitadas nos serviços.

Não resta dúvida, no entanto, de que houve crescimento do investimento em pesquisas sobre violência na área da saúde no Brasil, contando especialmente com recursos de agências de fomento brasileiras como CNPq, Fapesp, Faperj e outras FAP e, também, com a contribuição de organismos internacionais.

Revisão da década de 90 sobre a bibliografia nacional em violência e saúde (Souza & Minayo, 2003) mostra que foram localizados e classificados 543 trabalhos, sendo 158 (29,1%) produzidos na primeira metade da década e 385 (70,9%), na segunda. Desde os anos de 1980 a produção vem crescendo significativamente. Pesquisa na base Scielo, realizada em dezembro de 2006, mostra que só nesse ano foram publicados 107 textos tendo as palavras acidentes ou violência no resumo.

Há, todavia, muito a ser alcançado nesta diretriz proposta pela PNRMAV, especialmente para suprir o desafio dos estudos locais, focalizados nos problemas dos municípios e apresentando diagnósticos e propostas frente a demandas concretas. Por outro lado, temos necessidade de desenvolver pesquisas de maior complexidade e de âmbito nacional que coloquem o país no topo do conhecimento científico mundial. Para tanto, investimentos no setor de pesquisa precisam ser incentivados e percebidos como essenciais para a construção de uma sociedade mais solidária e participativa.