

## Perspectivas e rumos

Maria Cecília de Souza Minayo  
Suely Ferreira Deslandes  
Edinilsa Ramos de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., DESLANDES, SF., and SOUZA, ER. Perspectivas e rumos. 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. 219-230. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.7477/9788575415412](https://doi.org/10.7477/9788575415412). 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/).

# | PERSPECTIVAS E RUMOS

Maria Cecília de Souza Minayo  
Suely Ferreira Deslandes  
Edinilsa Ramos de Souza

## OBSERVAÇÕES SOBRE O PERFIL DE MORBIMORTALIDADE POR VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Estas conclusões constituem um resumo das principais questões que a análise da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências trouxe à consideração, em relação às cinco capitais estudadas: Curitiba, Distrito Federal, Manaus, Recife e Rio de Janeiro.

Apesar de ter sido realizado com foco em situações concretas de cada localidade, cremos que este trabalho retrata, pelo menos em parte, a situação geral do “estado” de implantação da política, em particular, nas grandes metrópoles e regiões urbanas.

Ademais, em anexo, oferecemos ao leitor um conjunto de “tecnologias leves” – como são chamadas as estratégias metodológicas tais como técnicas, escalas e indicadores para abordagem de campos específicos. No nosso caso, estão dispostos ao final do livro questionários, roteiros e indicadores, todos eles construídos coletivamente por nós com a colaboração de especialistas, pesquisadores e gestores que conhecem a problemática das violências e acidentes, assim como todo o processo de atendimentos às lesões e traumas provocados por esses agravos à saúde.

### Sobre o quadro de mortalidade

Como observamos no capítulo 5, jovens e idosos são os grupos sociais que continuam demandando especial atenção dos que atuam na prevenção da violência, dado que em todas as capitais estudadas, pessoas de 20 a 29 anos (sobretudo em Recife e no Rio de Janeiro) e de 60 ou mais anos de idade (especialmente no Distrito Federal, Manaus e Curitiba) são as mais afetadas pela mortalidade por causas externas.

Consoante à realidade nacional, nas capitais estudadas, os homens são os mais atingidos pelas agressões, pelas auto-agressões e pelos acidentes de trânsito. Esse panorama

constitui uma pista para o planejamento de ações e um alerta à sociedade e autoridades. Ressaltamos, porém, que a realidade de cada cidade exige iniciativas diferenciadas de atuação.

Em todas as localidades analisadas, as maiores taxas de mortalidade dentre as causas externas são devidas às agressões. Ressaltamos que em Recife e no Rio de Janeiro essas taxas atingiram patamares elevadíssimos e assustadores (65,4 por cem mil e 45,1 por cem mil, respectivamente). A cidade de Recife configura hoje uma situação de gravíssima violência urbana.

Mas a dinâmica da violência indicada pelos dados epidemiológicos é preocupante em todas as capitais analisadas. Por exemplo, no Distrito Federal, as agressões, juntamente com os acidentes de trânsito, perfazem cerca de 73% das mortes por todas as causas externas. Nessa capital, quase metade das mortes de jovens e adolescentes é causada por agressões. E em Curitiba, a tendência das violências letais está em franco crescimento. Igualmente, as maiores taxas de mortes por acidentes de trânsito e de transporte nas cinco capitais ocorrem em Curitiba (24,9) e no Distrito Federal (22,7).

Ao se analisarem esses dados, percebe-se a necessidade de investimento maciço nos processos de prevenção; para melhor adequação da oferta de serviços de saúde para o atendimento às vítimas e para metas específicas de redução dos desfechos fatais. Como temos repetido várias vezes, a violência não é uma fatalidade. Estudos históricos mostram (Chesnais, 1981) que tanto as mortes por agressão, por violência no trânsito, como por auto-agressão são passíveis de serem reduzidas e prevenidas.

## Sobre o quadro de morbidade

Quando analisamos os dados de internações hospitalares por violências e acidentes – ou seja, aqueles que dão visibilidade apenas aos tipos de agressões, lesões e traumas mais cruéis e visíveis e que exigem hospitalização –, observamos que grupos etários e de gênero diferentes conformam o perfil, em cada localidade estudada.

Os idosos são, proporcionalmente, os que mais se internaram por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro, onde as crianças de 0 a 9 anos são os principais pacientes e em Curitiba, onde crianças e adolescentes de 10 a 19 anos apresentaram as maiores taxas de hospitalização. Devemos ressaltar que no Rio de Janeiro, pessoas com 10 a 19 anos constituíram o grupo que teve mais elevadas taxas de internação por acidentes de trânsito. Já no Distrito Federal, são as agressões o principal conjunto de causas que levaram os jovens de 10 a 19 anos a buscar cuidados médico-hospitalares.

No grupo de adultos jovens de 20 a 29 anos, a maior taxa de internação por causas externas aconteceu em Curitiba. Em Recife, em termos absolutos, o grupo das pessoas com 30 a 59 anos foi o que mais se internou pelas várias causas externas (2.757). Mas proporcionalmente, o segmento mais vulnerável é o dos idosos, cujo perfil de vitimização ressalta a importância dos acidentes de transporte e das agressões.

Os adultos de 20 a 29 e de 30 a 59 anos são os que apresentam maiores taxas de internações por acidentes de transporte e agressões no Distrito Federal. Destacamos que a

capital federal, juntamente com o Rio de Janeiro e em comparação com as capitais estudadas, apresenta as mais elevadas taxas de tentativas de suicídio nas referidas faixas etárias.

Como já dissemos, os dados de morbimortalidade, em toda a sua complexidade, estão descritos no capítulo 5 deste livro. Apenas chamamos atenção para alguns aspectos descritivos que podem servir de hipótese para estudos locais mais aprofundados ou de cunho operacional, visando a um planejamento dos serviços e da atuação setorial e intersetorial referenciados no perfil epidemiológico. Ressaltamos, ainda uma vez, que o perfil de mortalidade e o de morbidade das capitais estudadas apenas evidencia as formas mais cruéis, visíveis e agressivas de violência. Precisa-se buscar, nos estudos locais, processos sociais e institucionais aparentemente banais e que alimentam a reprodução desses tipos de mortes e de lesões, afetando a integridade do corpo e do espírito dos indivíduos, bem como a qualidade da vida social.

## AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Apresentamos, a seguir, as principais conclusões sobre o desenvolvimento da PNRMAV nas cinco capitais. Destacamos obstáculos e avanços, e o fazemos dentro um pensamento estratégico, valorizando os pontos mais críticos apontados por esta avaliação.

### Adequação da oferta de serviços ao perfil epidemiológico

Consideramos ainda baixo o percentual de unidades das redes locais de saúde que realizam algum tipo de atendimento diferenciado às vítimas de acidentes e violências. Em termos percentuais, esses serviços não ultrapassam 10% da totalidade dos que foram analisados. Naturalmente a própria composição das redes tem como alicerce de sua pirâmide os serviços básicos, os centros de saúde e as unidades de saúde da família. Entretanto, justamente nesse nível seria de se esperar maior engajamento nas ações de prevenção e de acompanhamento das famílias e das vítimas. Tais unidades tiveram participação bem modesta em nosso estudo por não terem sido identificadas pelos gestores locais como atuantes diante da temática em pauta.

No outro extremo de complexidade da rede, a oferta de leitos de UTI é deficiente em todas as capitais estudadas, mas especialmente em Manaus. Essa deficiência hoje se configura como um grave problema para o adequado atendimento das vítimas de acidentes e violências.

Como pudemos constatar no capítulo 4, os idosos são, proporcionalmente, o segmento que mais se interna por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro. Entretanto, não verificamos nenhum tipo de atenção diferenciada para essa parcela da população. A necessidade de atendimento hospitalar a adultos e crianças também ganha destaque por causa do perfil de hospitalização nas cinco localidades. Porém, esses grupos encontram uma acolhida mais adequada nos serviços.

O atendimento às famílias ainda não constitui uma prática realizada nos serviços em qualquer nível, com parcial exceção para Curitiba, onde 58% das unidades estudadas cuidam dessa inclusão. Ora, internacionalmente, sobretudo nos casos de violência que incluem o âmbito privado – é o caso das situações que afetam crianças, idosos e mulheres – existem serviços associados aos hospitais e aos equipamentos de atenção básica que cuidam da prevenção, seja por meio de encaminhamentos, seja por atividades próprias, acompanhando o tratamento das lesões e traumas. Ao não dar atenção às causas dos problemas, os serviços perdem preciosa oportunidade de reversão dos quadros, contribuindo, por sua omissão, para sua reincidência.

## O atendimento médico

Seguindo uma linha tradicional de atuação – constitui a principal prioridade dos serviços que atuam nas consequências dos acidentes e violências. Tal foco é, literalmente, de vital importância. Contudo, a compreensão do complexo processo social envolto num caso de violência ou de acidentes sugere a necessidade de um atendimento multiprofissional. A parceria das unidades de saúde com as demais instituições que podem auxiliar no cuidado e acompanhamento das vítimas de acidentes e violência e apoiá-las na luta por seus direitos, precisa de maior investimento. Além da articulação com o Conselho Tutelar e com programas de assistência social, há uma grande diversidade de possibilidades pouco exploradas: interação com escolas dos bairros, com universidades, ONGs e grupos comunitários, entre outros. As unidades básicas e as unidades dos programas de saúde da família destacam-se no encaminhamento dos pacientes, mas são pouco articuladas para a contra-referência. Em outras palavras, estas unidades encaminham vítimas de acidentes e violências para os serviços conhecidos na rede para este tipo de atendimento, entretanto para as unidades básicas não são encaminhadas estas pessoas visando a um acompanhamento ou desdobramento da atenção.

Ações de prevenção são ainda muito pouco pensadas, institucionalizadas e empreendidas. Esta pesquisa mostra que apenas metade dos serviços que atendem as vítimas de acidentes e violência cuida dessa importante ação que tem centralidade na PNRMAV. Segundo o espírito dessa portaria, o foco do setor saúde precisa ser a promoção da qualidade de vida e não apenas contar ou tratar mortos e feridos.

## Sobre o pré-hospitalar

É fundamental que a parceria entre o Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) continue a ser fortalecida nos municípios estudados, especialmente no Rio de Janeiro, onde observamos acirramento das divergências na atuação. A competência e a experiência do Corpo de Bombeiros no Rio de Janeiro é um patrimônio local reconhecido em todo o país e precisa ser valorizado, inclusive do ponto de vista do suporte financeiro que o Ministério e a Secretaria de Saúde possam oferecer.

Como ponto positivo, destacamos a entrada do Samu nas cidades onde o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e do atendimento feito por médicos nas ambulâncias, como é o caso de Manaus. Apesar de alguns problemas localizados que a mudança tem propiciado, em todas as capitais estudadas, e especialmente em Manaus, a implantação do Samu representa considerável benefício para a população. No entanto, chamamos atenção de várias discrepâncias na estruturação dos serviços nessas localidades.

Em Manaus, onde o Samu está sendo implantado, os serviços ainda não possuem ambulâncias do tipo D e E que respondem pelo suporte avançado de vida. O Samu de Recife não tem ambulâncias do tipo C, dificultando o resgate de vítimas em locais de difícil acesso. E no Distrito Federal somente há ambulâncias do tipo B e D, evidenciando baixa diversidade de opções.

A articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde através de central de regulação é um ponto positivo apresentado nas capitais estudadas. Contudo, ao aferirem notas para essa interação, especialmente os gestores do Rio de Janeiro, do Distrito Federal e de Curitiba revelam insatisfação, atribuindo-lhe a nota 6,0. Nas entrevistas, os gestores também falam, especialmente no caso do Rio de Janeiro, de um sério entrave para a obtenção de vagas nos hospitais da rede que recebe as vítimas resgatadas. Esse aspecto interfere negativamente na rapidez do atendimento do o Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Rio de Janeiro, que, apesar de sua eficiência, perde tempo precioso até a entrega do paciente numa unidade de saúde.

As decisões tomadas pelos gestores do Rio de Janeiro para solucionar os problemas de vaga nas unidades não têm sido completamente eficazes. As reuniões entre diretores e chefes de emergência dos hospitais públicos e representantes do Corpo de Bombeiros na Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) vêm servindo para pactuar informalmente a oferta de leitos e trocar informações sobre a disponibilidade dos serviços. Entretanto, os acordos não instituem compromissos e responsabilidades formais entre secretarias, programas e hospitais.

Em resumo, o problema de baixa disponibilidade de vagas nos hospitais agrava a baixa articulação entre os setores de atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Esse é um problema estrutural do SUS que precisa de alternativas viáveis, sobretudo nos serviços de atenção às vítimas de violências e acidentes.

Já o pré-hospitalar fixo, no que diz respeito às unidades não-hospitalares (PS-24 horas) apresenta como maior problema a ausência de especialistas que são estratégicos para o adequado atendimento às vítimas de acidentes e violências: cirurgiões gerais, ortopedistas, cirurgiões ortopedistas e radiologistas. A falta do apoio de assistentes sociais e psicólogos nesses serviços também precisa ser ressaltada.

Devemos assinalar também que a atenção prestada no pré-hospitalar fixo é de modesta complexidade e não garante a interdisciplinaridade ou multiprofissionalidade preconizada pela PNRMAV. Igualmente, os níveis de atenção básica não estão preparados para assumir a demanda de atendimentos que poderia ter resolutividade aí, o que acaba por

convergir para os hospitais de emergência. No âmbito dos hospitais de emergência, por outro lado, existe uma disponibilidade maior e mais adequada de equipamentos e medicamentos, exceto no Distrito Federal e em Manaus, o que faz que essa instância acumule atendimentos, tendo em vista as deficiências dos outros níveis.

Os ambulatórios especializados, ainda que sejam poucos nas localidades analisadas, realizam um atendimento relevante, estratégico e específico para as vítimas de violência e suas famílias. No seu âmbito, são realizados cuidados médicos, suporte psicológico e social. Sugerimos a necessidade de apoio e valorização constante de tais iniciativas para que tenham continuidade, possam aprofundar e expandir seu trabalho e garantam aos pacientes uma ação de cunho interdisciplinar.

### Sobre o nível hospitalar

O pouco investimento na esfera de atenção básica, conforme já foi assinalado, aliado a uma cultura popular (que busca uma atenção pontual e imediata para seus males) que leva ao uso indiscriminado de utilização dos hospitais de emergência ocasiona uma considerável sobrecarga para os hospitais em geral e, sobretudo, no caso das que atendem a agravos provocados por violências e acidentes. Essa situação é encontrada em todas as cinco capitais estudadas, agravando a constatada insuficiência de leitos de emergência e de UTI.

Em Manaus, por exemplo, a referida situação é evidente, pois a estrutura precária e deficiente dos serviços de saúde nos demais municípios torna a rede da capital responsável pela atenção à saúde da população do Estado do Amazonas, sobretudo nos níveis de urgência e emergência. Mas, ainda assim, a esfera hospitalar é vista pelos gestores como o nível de atendimento mais adequado na prestação de serviços às vítimas de acidentes e violências.

Em Recife, a situação de superlotação também se evidencia no âmbito hospitalar e observamos déficit de leitos próprios no setor de emergência e de UTI.

No Distrito Federal, a maior dificuldade se evidencia nas áreas de UTI e de UTI semi-intensivo, onde faltam leitos e investimentos suficientes, e os leitos existentes de UTI não estão dispostos de forma adequada. Não cumprem as proporcionalidades para UTI adulta e pediátrica, tampouco estão de acordo como o nível de complexidade face ao número de leitos totais dos hospitais.

Mas o problema agravado no Distrito Federal está presente em todas as capitais estudadas. Nenhuma apresenta estrutura satisfatória e adequada dos serviços de UTI, devendo ser considerado um problema que exige solução.

Em relação à organização, no Rio de Janeiro, a rede se caracteriza por dispor de serviços de referência com alta qualificação técnica, mas atuando de forma bastante desarticulada. A capital apresenta serviços e recursos humanos qualificados, mas sempre insuficientes em relação à demanda. No âmbito de organização das informações, existem várias deficiências: faltam insumos, equipamentos e a manutenção dos mesmos é inadequada.

Em Curitiba, todos os hospitais estão articulados à central de regulação e a estrutura para atendimento é considerada adequada, mas os gestores reconhecem pontos de tensão e estrangulamento do sistema em determinados horários do dia e datas especiais. O consumo de álcool, um dos problemas que afligem os gestores locais por causa de sua associação com acidentes e agressões, é pouco tratado nos planejamentos e ações preventivas.

Todas as cinco localidades estudadas possuem deficiências importantes na articulação entre os serviços de referência e contra-referência. E as ações de prevenção e de promoção da saúde na esfera hospitalar ou são inexistentes ou não são registradas.

A composição das equipes nos diferentes níveis está muito longe de cumprir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Exceção seja feita à cidade de Curitiba, que possui o número adequado inclusive de especialistas.

Ressaltamos alguns pontos positivos encontrados nas cinco cidades estudadas. A maioria dos hospitais dispõe de mecanismos próprios de articulação com outros serviços para realização de transporte e transferência de pacientes, para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e de patologia clínica, além de estar articulada à Central de Regulação ou a uma rede pactuada pelo município.

Enfatizamos também que, em todas as capitais analisadas, a maioria dos hospitais dispõe de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais, embora nos tenha sido dito que poucos são os profissionais que consultam esses instrumentos disponíveis.

Igualmente positivo, constatamos que, nas cinco localidades, tem havido um trabalho intencional de adequar as estruturas e os recursos disponíveis visando a dar atenção às vítimas de acidentes e violências. No entanto, também em todas elas existe insuficiência tanto de estruturas como de recursos para atender adequadamente à demanda. Constatamos ainda e ressaltamos a disponibilidade e uso adequado de recursos tecnológicos nos hospitais da rede nas cinco localidades. No entanto, também nesse ponto, registramos insuficiência.

## Sobre atendimento de reabilitação

Observamos que a área de reabilitação necessita ainda de avanços consideráveis para que as principais diretrizes da PNRMAV sejam implementadas nas capitais estudadas. O desenvolvimento da Política na área de reabilitação requer que desafios, como a falta de interlocução entre os diversos setores envolvidos, sejam vencidos. Cada uma das cinco localidades apresenta peculiaridades que devem ser consideradas no planejamento e na organização dos serviços.

Para o adequado cuidado aos seqüelados por causa das violências e acidentes, algumas ações nas localidades estudadas buscam integrar o paciente e sua família ao atendimento hospitalar através de mecanismos de informação, sensibilização, educação. Existe, em todas elas, uma preocupação específica com a adequada informação aos gestores e aos profissionais de saúde sobre seus papéis na orientação dos portadores de seqüelas e seus familiares. Porém, isto acontece de forma tênue em Brasília, Manaus, Recife e de forma mais positiva



em Curitiba e no Rio de Janeiro. No entanto, nas capitais estudadas, a oferta de orientação não está institucionalizada e nem recobre todos os serviços.

Na estrutura dos serviços de reabilitação que atendem às vítimas de acidentes e violências, são muitas as debilidades constatadas. Destacamos, como muito problemáticos: fraco acompanhamento pós-hospitalar; deficiente transporte de pacientes seqüelados; descontinuidade na distribuição de medicamentos e no treinamento para uso de órteses e próteses.

A rede de atenção em reabilitação é pequena para a dimensão do problema na população e tem privilegiado o atendimento de pessoas com deficiências físicas – havendo um hiato sobre as seqüelas mentais – em detrimento do acompanhamento, valorização e suporte às vítimas e a suas famílias. Além disso, a contratação de novos profissionais para a rede pública se faz necessária já que aumenta, a cada dia, a fila de espera para reabilitação e para a dispensação de órteses, próteses e cadeiras de rodas.

Outros problemas como a falta de melhor aporte financeiro para esta área, a definição de protocolos assistenciais de atendimento específicos para esta clientela e melhoria nos registros das informações geradas foram também apontados por gestores nas cidades analisadas como ‘nós críticos’ que impedem avanços necessários.

### Sobre promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis

Se são ainda incipientes ou insuficientes as iniciativas e ações voltadas para as três grandes áreas de atendimento as vítimas de acidentes e violência, mais o são as ações relacionadas à promoção e à prevenção desses agravos nas cidades investigadas.

No entanto, algumas propostas já vêm sendo implementadas, apesar de tímidas. No Distrito Federal, são relatadas ações de promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, através do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências (Nepav), na Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES, e do setor de Vigilância Epidemiológica das Doenças Não-Transmissíveis (Vedant) na Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica/VE/SES.

Os Núcleos de Prevenção às Violências nos municípios que funcionam com apoio do Ministério da Saúde também possuem uma linha de ação estratégica voltada para prevenção e promoção de ambientes saudáveis. No entanto, esses núcleos estão em estágio de implantação e desenvolvimento ainda muito distintos nas localidades avaliadas.

### Capacitação de recursos humanos

Para que se realize a plena implementação da PNRMAV (Brasil, 2001a) é necessário investimento contínuo na formação e treinamento dos profissionais. A capacitação em núcleos de educação em urgência hoje é realizada em quatro das cidades estudadas que apresentam o Samu como responsável pelo atendimento pré-hospitalar. A exceção se encontra no Rio de Janeiro, onde ainda não está implantado um Núcleo de Educação em Urgências.

Em compensação, existe um excelente serviço de treinamento em nível pré-hospitalar a cargo do GSE-RJ. O pré-hospitalar também possui um processo de formação permanente de seus quadros para o registro e a sistematização das informações.

Nos hospitais, a capacitação para o atendimento e o adequado registro das causas externas são processos muito dispersos. Nesses serviços observamos grande resistência dos gestores para liberação de seu pessoal, pois isso implica uma queda de produtividade no atendimento, sendo importante obstáculo para a participação dos profissionais nas várias formas de capacitação.

## Monitoramento de acidentes e violências

Entendemos que o monitoramento dos acidentes e violências é fundamental para desenvolver ações de acordo com a realidade local. Para que essa adequação ocorra, existe necessidade de aumento de cobertura do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/SUS); melhor qualificação da informação sobre causas externas nas declarações de óbito, reduzindo-se o número de eventos com intenção indeterminada; capacitação dos profissionais que lidam com os dados em nível local, com destaque para os profissionais dos Institutos Médicos Legais; e integração e comunicação entre as bases de dados sobre acidentes e violências que existem nas localidades.

Observamos avanço positivo no processo de monitoramento dos dados de acidentes e violências no Rio de Janeiro, em Manaus e em Curitiba. No Distrito Federal e Recife esse processo precisa ser incrementado. E em todas as cinco localidades existe muito a ser melhorado nesse particular. Por exemplo, é uma realidade constatada em toda a área de pré-hospitalar móvel a não utilização dos dados locais para planejamento, organização e análise dos serviços de atendimento as vítimas de violências e acidentes. Nesse mesmo nível de atenção, não existe integração do banco de dados específico com bancos de outras instituições. Quando existe, essa interação é bastante precária.

O sistema de registro sobre acidentes e violências – nos três níveis de atenção – é ainda muito pouco fidedigno e pouco eficiente, pois existem problemas desde a origem e geração dos dados até a sua consolidação. Inúmeras limitações que incluem a visão do profissional que registra sobre o fato, o que freqüentemente é feito com um subjetivismo inaceitável até o puro e simples descaso na notificação, indicam um longo caminho a ser sistematicamente seguido nesse processo. Mas, infelizmente, temos de ressaltar a falta de investimento na capacitação de pessoal para a execução de registros eficientes. Nesse particular, observamos uma exceção positiva em Curitiba, onde todos os serviços possuem sistemas de registros sobre os atendimentos as vítimas de violência e acidentes. Porém, mesmo aí, os dados não são de fácil acesso à consulta e à análise por parte dos profissionais que atendem.

Analisando a situação de notificação (obrigatória) sistemática de violências contra crianças e adolescentes nas diferentes cidades, observamos que este dispositivo está sendo mais bem cumprido nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. O Rio de Janeiro se destaca pela qualidade dos registros nesse particular.

Avaliando os dados de mortalidade por acidentes e violências nos municípios estudados, constatamos que no Rio de Janeiro, 10,9%, e em Recife, 8,5% dos óbitos por causas externas não tiveram a causa básica esclarecida, o que indica um espaço potencial e necessário para o investimento na melhoria dos registros. Em Manaus, os dados de morbidade referenciam elevadíssimas proporções de eventos cuja intenção “é indeterminada”. Esse grupo de informações imprecisas abrange mais de 80% das internações por causas externas na capital. Nesta cidade também chama atenção a ausência de registros de suicídio, em todas as faixas etárias. Tais deficiências estão clamando por urgente necessidade de investimento na formação de pessoal para qualificação dos registros.

### Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

Nas cinco cidades estudadas, observaram-se iniciativas para o desenvolvimento do conhecimento acerca dos acidentes e violências. Destaque deve ser dado ao Rio de Janeiro, do ponto de vista acadêmico. Mas nessa capital, como nas outras, é necessário que tal diretriz se insira dentro das políticas públicas locais, voltadas para o tema, propiciando a realização de estudos que sejam capazes de aprofundar problemas específicos e modos peculiares de atuação local frente a eles.

É preciso também haver uma continuidade de investimentos em pesquisas nacionais nas diferentes vertentes tratadas pela PNRMAV, a modo do que foi feito em 2003 pelo Ministério da Saúde em cooperação com o CNPq. Recomendamos que os estudos tanto locais como nacionais, além de responderem aos problemas levantados pela prática, tenham cunho estratégico, voltado para a solução de problemas. Entendemos ser de fundamental importância pesquisas avaliativas que monitorem e acompanhem os núcleos de prevenção que estão sendo implantados pelo Ministério da Saúde. E também que sejam incentivadas parcerias das universidades com os serviços e redes de saúde.

### BALANÇO DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNRMAV NAS CINCO CAPITAIS

Em Manaus, a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é um processo bastante recente, que se iniciou em 2006. O ponto que vem apresentando uma perspectiva positiva é a implantação do Samu, substituindo o sistema anterior de atenção pré-hospitalar, bastante precário.

Em Recife, o processo vem se aprofundando há mais tempo e podemos registrar já alguns avanços. Na área pré-hospitalar, a estruturação do Samu e a criação do comitê gestor responsável pela Rede Pactuada de Atendimento às Emergências do Estado. Esse comitê vem discutindo a organização dos hospitais gerais e de emergência com ênfase na recuperação de toda a rede hospitalar da Região. Na formação de recursos humanos, tem avançado o processo de capacitação dos profissionais através dos núcleos de educação em urgência já implantados no município. Na integração das ações, tem havido avanço na articulação entre a área do pré-hospitalar fixo com algumas unidades básicas que atendem crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violência.

No Rio de Janeiro tem avançado a diretriz da PNRMAV concernente à promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis por meio do projeto Qualisus; da Política Nacional de Humanização (Humanizaus) e do Projeto Jovens Promotores de Saúde. Esse avanço ocorre também na organização dos serviços que prestam o atendimento pré-hospitalar móvel. Porém, fatores como a complexidade do sistema de saúde no município; a precariedade e insuficiência da rede de atenção básica (que resulta na sobrecarga de demanda nas emergências, retarda as altas hospitalares. Também prolonga a ocupação dos leitos hospitalares com pacientes cujo tratamento e pós-operatórios poderiam se dar na rede básica e ambulatorial). Existe ainda a fragmentação e desarticulação dos serviços de saúde; a complexidade da rede hospitalar formada por instituições governamentais municipais, estaduais e federais, cada uma delas dependente de autoridades diferentes que muitas vezes não se entendem. Por fim a demanda da população proveniente de outros municípios aos serviços da capital é apontada pelos gestores como entraves que dificultam a implantação efetiva da PNRMAV no município.

Das cinco capitais, Curitiba é a cidade com melhor nível de implementação da PNRMAV. Seu atendimento pré-hospitalar móvel é bastante organizado e compatível com as normas técnicas do MS para esta área. Além do Samu, esse município conta com o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate), realizado pelo corpo de bombeiros para o atendimento às vítimas. Tem avançado também na área do pré-hospitalar fixo, com unidades básicas prestando atendimento as vítimas de acidentes e violências apesar das dificuldades relacionadas, principalmente, ao número insuficiente de profissionais, de estrutura física e de equipamentos. A área hospitalar, apesar de mostrar adequação, também sofre com problemas relacionados às instalações físicas, número de profissionais e insumos. O setor de reabilitação ainda necessita de maiores investimentos.

A implantação das diretrizes da PNRMAV no Distrito Federal é bastante incipiente. A falta de articulação intersetorial entre gestores tem dificultado a efetiva aplicação da Política. Além disso, questões relacionadas à falta de recursos humanos, de recursos orçamentários e de participação dos usuários no processo decisório vêm sendo apontadas por gestores e profissionais como fatores limitantes cruciais.

Com relação aos avanços na implementação das principais diretrizes da Política Nacional, destacamos, no Distrito Federal: (a) a criação, pela SES, do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências (Nepav) que tem realizado ações voltadas para promoção e prevenção aos agravos provocados por acidentes e violências; (b) a Rede Intersetorial de Atenção as Vítimas de Violência, que reúne mensalmente órgãos governamentais e não-governamentais (Secretaria de Educação, Segurança Pública, Ação Social, entre outros) objetivando a articulação das ações e a busca por alternativas conjuntas de prevenção e atendimento as vítimas de acidentes e violências. Como estratégia de descentralização local para viabilizar ações de capacitação de profissionais para prevenção primária e secundária, notificação, atendimento e encaminhamento de vítimas e população de risco, o Distrito Federal possui implantado o Programa para Prevenção aos Acidentes e Violência (PAV).

Conta também com o Núcleo Acadêmico ligado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB), que realiza estudos e pesquisas voltadas para os determinantes da violência na cidade.

Em geral, os gestores das três grandes áreas de atendimento às vítimas de acidentes e violências nas diferentes cidades reconhecem importância dessa política na estruturação e articulação intersetorial e apontam a diretriz de prevenção e promoção de ambientes saudáveis como o grande avanço para redução da morbimortalidade por acidentes e violências nas cidades.

A falta de investimento, seja através de recursos financeiros ou de capacitação de pessoal, tem sido apontada como fator que dificulta a implantação da política em sua integralidade. Além disso, por se tratar de uma política multissetorial, não ser exclusiva do setor saúde e demandar a integração de várias instâncias para sua efetiva implementação nos municípios, a PNRMAV é um desafio crucial para o setor saúde.

Temos de confessar que investimos pouco em questões relativas aos agravos emocionais provocados por violências e acidentes. Se há tantas lacunas em relação aos aspectos biomédicos, com certeza, são maiores as atinentes ao campo do sofrimento mental. Acreditamos que este seria um tópico específico para pesquisas futuras.

Entendemos que, mesmo com todos os percalços constatados, este estudo apresenta passos importantes realizados na direção da implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. E queremos, ao encerrar, reconhecendo a importante contribuição de todos os atores – políticos, gestores, profissionais, pesquisadores, membros da sociedade civil – responsáveis pelo processo de inclusão desse tema no setor saúde. Não tem sido uma construção fácil.

A partir dos dados encontrados, podemos concluir que as dificuldades são diferentes em cada local e que falta ainda um longo caminho a ser percorrido no processo de institucionalização dessa política. Por outro lado, resultados conseguidos em aspectos específicos do cumprimento das diretrizes, em cada uma das capitais estudadas, indicam que o longo caminho não é um infinito em abstrato e de alcance impossível. Pelo contrário, os sucessos parciais reconhecidos pela avaliação das ações propostas pelo PNRMAV são prova de que é possível realizá-las, ampliá-las e universalizá-las a favor da vida dos cidadãos brasileiros.