

Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje

About the National Health Policy for Reducing Accidents and Violence Nowadays

Maria Luiza Carvalho de Lima⁴

A aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, inclui decisivamente a importância e o papel do setor saúde no enfrentamento dos acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, em conformidade com diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

A PNRMAV, ao incorporar os dois temas, acidentes e violências, como problemas de saúde pública, o faz ancorada no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a Legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também as relativas aos estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais, nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, se relaciona e projeta seu futuro.

Nessa perspectiva, ampliam-se as responsabilidades e compromissos com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população. Por outro lado, define-se o papel específico do setor saúde e os instrumentos que lhe são próprios para atuação: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, à recuperação e reabilitação.

A pesquisa que deu origem a esse artigo foi também uma estratégia de acompanhar como as cinco capitais mais violentas do país vêm estruturando a rede de atenção às vítimas de acidentes e violências após a instituição da PNRMAV em 2001, ou seja, quais os avanços e limites para a sua realização nesses municípios.

Ao assumir as diretrizes da PNRMAV como eixos orientadores para a realização do diagnóstico situacional e ao comparar com o quadro de morbimortalidade por acidentes e violências em cada um desses municípios, foi possível analisar a adequação das diretrizes à situação epidemiológica local.

A metodologia preconizada pela coordenação da pesquisa ao utilizar a abordagem quanti-qualitativa seguindo os princípios da triangulação de métodos possibilitou identificar o quanto se necessita avançar em termos de informações por parte dos profissionais de saúde que gerenciam a rede de saúde do SUS.

As autoras revelam mais uma vez que o perfil epidemiológico nessas cidades segue uma tendência nacional em que a agressão letal é a campeã, vitimizando mais os homens em idades jovens, seguido do segmento dos idosos. Essa situação, desde a década de noventa, vem sendo noticiada tanto pela mídia como pela literatura científica, mas ainda carece de medidas de intervenção concretas do ponto de vista estrutural, mais do que dos serviços de saúde. Esses, por sua vez têm recebido vítimas lesadas com armas cada vez mais agressivas que, na sua maioria, chega aos serviços de saúde com chances mínimas de sobrevivência.

A assistência pré-hospitalar fixa ainda se mostra pouco articulada intra e extra- setorialmente com outros setores institucionais, ONGs e do movimento social. Por sua vez, a identificação, o acolhimento e o tratamento das vítimas e agressores da violência, assim como a identificação de grupos vulneráveis prioritariamente na fase infanto-juvenil (meninos/as de rua, adolescentes em prostituição, drogadictos e outros) se revelam numa fase preliminar de estruturação. Ademais, esses serviços de atendimento muito pouco levam em conta a violência que ocorre no núcleo familiar. Os idosos, apesar de configurar uma população de

⁴ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz e Departamento de Medicina Social, UFPE. luiza@cpqam.fiocruz.br

risco para a morbimortalidade, não têm uma porta de entrada prioritária no sistema em todas as cinco capitais estudadas.

Na assistência pré-hospitalar, tanto a atenção dos serviços de atendimento móvel quanto o fixo, apresentaram avanços importantes possibilitando uma assistência mais rápida e articulada. Contudo, a integração com a assistência hospitalar ainda deixa muito a desejar.

Nos níveis de complexidade mais alta, o subsistema hospitalar e o de reabilitação têm ainda um longo percurso a percorrer, como o artigo aponta.

Quanto à implementação da diretriz “Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis”, a PNRMAV deixa bem explícito o papel do sistema de saúde. Mas, segundo o artigo, a implementação dessa diretriz ainda está à mercê de poucas iniciativas pessoais por parte dos gestores e profissionais de saúde. Ademais, há um enorme descompasso entre a literatura científica e a prática dos serviços. Estudos sobre resiliência, sobre empoderamento dos grupos sociais, sobre o papel da família e das redes sociais nos mecanismos pessoais e coletivo da promoção da saúde dos jovens, avaliação das experiências exitosas na prevenção da violência, entre outros, vêm contribuindo para subsidiar a reflexão sobre a mudança da prática nos serviços.

Enfim, vivemos tempos difíceis, mas não impossíveis para o enfrentamento dos acidentes e violências. E o artigo em debate possibilita nos situarmos quanto a uma questão fundamental: como está a PNRMAV em nosso país?

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Costa COM, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1101-1109.
4. Forget G. Le rôle de la famille: perspectives pour des mécanismes personnels et collectifs de promotion de la santé des jeunes. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1121-1123.