

Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios

Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges

Maria Cecília de Souza Minayo¹
Edinilsa Ramos de Souza¹
Marta Maria Alves da Silva²
Simone Gonçalves de Assis¹

Abstract *This article reflects on the evolution of the theme of violence within the field of public health. It provides an overview of the strategies and actions developed within Brazil's Unified Health System developed in response to the country's main guiding policy on violence, the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality due to Accidents and Violence, drawing on baseline documents, national and international research, data from the country's main violence information systems, and the firsthand experiences of the authors from their participation in the abovementioned actions. Violence against children and adolescents, women, and older persons have assumed a prominent position on the health agenda, while other forms of violence, such as child labor, human trafficking, homophobic and racial violence, and violence against street dwellers and people with disabilities, who are deprived of their liberty, are gradually finding their way onto the agenda. Despite undeniable progress in institutionalizing the theme, there is a need for greater investment in various areas including out-of-hospital emergency, rehabilitation, and mental health services. It is also necessary to incorporate the theme into the training and development of all of healthcare professionals and intensify continuing training to enhance capacity for detecting and reporting violence and delivering adequate care to victims.*

Key words *Violence, Health policy, Morbidity, Mortality*

Resumo *Realiza-se uma reflexão sobre o percurso histórico de inserção do tema da violência no campo da saúde pública. Busca-se oferecer um panorama das estratégias e ações implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, tomando como norte a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, além de documentos, estudos e artigos, dados dos principais sistemas de informação e a participação das autoras em muitas das ações mencionadas. Os temas da violência contra crianças e adolescentes, contra a mulher, contra a pessoa idosa tiveram prioridade na agenda de saúde. Outros como: prevenção do trabalho infantil, do tráfico de pessoas, da violência homofóbica, racial, contra a população de rua e portadoras de deficiências, população privada de liberdade foram sendo aos poucos incluídos na pauta. Apesar de grandes avanços inegáveis na institucionalização do tema, observa-se a necessidade de mais investimento quanto aos serviços pré-hospitalares, de reabilitação e de saúde mental, por exemplo. É preciso também incluir a violência que impacta a saúde como tema na formação em todas as carreiras da área do setor saúde e na formação continuada, pois sem pessoas bem preparadas para implementá-lo, esse tema sempre será um estranho à racionalidade biomédica.*

Palavras-chave *Violência, Política de saúde, Morbidade, Mortalidade*

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro RJ Brasil. maminayo@terra.com.br
² Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

Introdução

Este artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o percurso histórico da inserção do tema da violência no campo da saúde pública. Para isso, busca fornecer um panorama das estratégias e ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, tomando como norte sua principal balizadora, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV).

O texto está constituído por uma retomada histórica da entrada do tema na pauta do setor saúde no Brasil, a partir da homologação da PNRMAV e o debate da sociedade em torno de determinados grupos e temas específicos. Após, realiza-se uma breve incursão nas ações que se estruturaram e se desenvolveram a partir das diretrizes da Política, buscando demonstrar os avanços e os limites em cada uma delas nos 16 anos de sua vigência. A narrativa tem como base documentos, estudos e artigos nacionais e internacionais, levantamento de dados dos principais sistemas de informação do país sobre violência, além da menção sobre a participação efetiva das autoras em muitas das ações mencionadas. Ao final tecem-se considerações sobre alguns avanços e sobre as limitações existentes, agravadas pela crise econômica, política e social que assola o SUS.

Aproximação da área da saúde com o tema da violência

A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. No entanto, é recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde.

A entrada oficial da violência na pauta do setor saúde no Brasil foi em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)¹, 13 anos depois da instituição do SUS e cinco anos após a Organização Mundial de Saúde (OMS) colocar essa questão como prioridade para o setor, na Assembleia Mundial de 1996². Ambas as agendas oficiais tanto a nacional como a internacional foram precedidas por um vasto conhecimento

acumulado na área, tanto no Brasil³ como no mundo⁴.

Os tópicos principais da progressiva pauta brasileira foram: violência contra a criança e o adolescente; violência de gênero; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais recentemente, violência étnica, contra a população portadora de deficiências e LGBT.

A violência contra crianças e adolescentes entrou na agenda do setor pelas mãos dos pediatras, psiquiatras e outros profissionais de saúde e de assistência social que lidavam com esse grupo etário. Esse conjunto de atores, seguindo os passos de Kempe *et al.*⁵ chamaram atenção para os prejuízos ao crescimento, ao desenvolvimento e à saúde física e mental que a violência proporciona, podendo levar até ao comportamento suicida^{6,7}. No Brasil, foram pioneiros os estudos, as atividades e o suporte a políticas sociais dos Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância em São Paulo (CRAMI); da Associação Brasileira Multiprofissional para Proteção das Crianças e Adolescentes no Rio de Janeiro (ABRAPIA); e da Associação Brasileira de Prevenção de Abusos e Negligências na Infância (ABNAPI) em Minas Gerais. Esse conjunto de instituições e de profissionais engajados na proteção da infância teve papel fundamental na construção do Estatuto da Criança e do Adolescente⁸. O tema da prevenção da violência na infância ganhou grande interesse científico e militância específica nos últimos 40 anos⁹. Liderados por profissionais de saúde e movimentos sociais, programas de prevenção primária, secundária e intervenções passaram a compor a pauta de instituições públicas, privadas e de organizações não governamentais. As iniciativas brasileiras sempre estiveram em sintonia com o movimento internacional.

Nos marcos legais de proteção de crianças e adolescentes destacam-se: a Lei 12.015/2009 que dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de crianças e adolescentes e define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis; a Lei nº 13.010/2014 (Lei “Menino Bernardo”) que estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Destaca-se a instituição da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências”¹⁰ como um dispositivo orientador visando a uma ação contínua de atenção integral.

O segundo tema da agenda do setor é a violência contra a mulher. O qual aparece no Pro-

grama de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Essa iniciativa incorporou os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e deu ênfase à violência de gênero, seguindo uma tendência do movimento feminista mundial¹¹. É o que se pode observar também em vários documentos da Organização Mundial de Saúde^{2,12}. Em 2004 o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹³, sendo uma de suas prioridades a assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência. No campo legal, o Brasil promoveu importantes avanços, como a promulgação da Lei Maria da Penha¹⁴, um marco político de mudança de paradigma no enfrentamento à violência contra as mulheres; a lei que determina a notificação compulsória das violências contra a mulher em serviços sentinela¹⁵; o decreto que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado e obrigatório às vítimas de violência sexual pelo(as) profissionais da segurança pública¹⁶; a Lei do Feminicídio¹⁷, que trata esse tipo de homicídio como crime hediondo, entre os vários outros planos e programas que se seguiram.

O Estatuto do Idoso, com força de lei, foi promulgado em 2003¹⁸. Para sua incorporação nas políticas sociais brasileiras foi fundamental a liderança dos próprios movimentos de idosos, de profissionais da assistência e do apelo dos movimentos internacionais. Em 2006, o MS promulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁹, criando normas para hospitais, clínicas e instituições de longa permanência a respeito da prevenção da violência. Internacionalmente, esse tema foi nomeado pela primeira vez em 1975²⁰, sendo aos poucos incorporado em pesquisas e programas de ação. Cita-se, pela sua importância, a *International Network for the Prevention of Elder Abuse*²¹, rede de *advocacy*, pesquisa e de subsídio à formulação de políticas, criada em 1997. Marco fundamental é a chamada Declaração de Madrid na qual a questão da prevenção da violência foi colocada como prioridade pela ONU. No Brasil, a notificação de violência contra a pessoa idosa passou a ser obrigatória a partir do Estatuto do Idoso¹⁸.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Foi com a colaboração de profissionais de várias áreas, com a experiência de tratamento das sequelas da violência nos serviços de urgência, emergência e reabilitação, com apoio de mo-

vimentos sociais e com a reflexão acadêmica já acumulada no país desde 1970³ que, em 2001, o Ministério da Saúde promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)¹.

Logo após, criou-se no MS uma área técnica para cuidar de sua implantação. A primeira iniciativa foi um programa de prevenção de acidentes e mortes no trânsito. À época, o foco maior foi na assistência às vítimas de acidentes e violências, tendo sido instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)²².

Diversas ações vieram em seguida visando a melhorar a notificação de mortes e agravos, a introdução do tema nas rotinas dos serviços por meio de normas técnicas relativas ao diagnóstico dos traumas e lesões, à especificação dos eventos e à notificação dos casos em geral relativos às crianças, adolescentes e mulheres, pessoas com deficiência, com problemas mentais, idosos e outros.

Em 2003, com a criação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT) do Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, as ações de enfrentamento das várias expressões de violência começaram a ter um foco maior na vigilância e prevenção de agravos.

Após esta breve introdução histórica sobre a inserção do tema no campo da saúde, serão destacadas algumas das principais ações relativas às diretrizes da Política.

- *Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis*

Em 2004 foi instituída a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Brasil, 2004) em estados e municípios. Sua efetivação foi mais intensa nos anos de 2005 e 2006 com a promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde²³. Nesse ano, foram impulsionados pelo MS, além da Rede, um conjunto de 15 Núcleos Acadêmicos escolhidos como Centros Colaboradores. A referida Rede chegou a alcançar 1.300 municípios e era financiada pelo MS no período de 2006 a 2012.

O Relatório Mundial da OMS sobre Prevenção de Lesões no Trânsito²⁴ desde 2004 vem chamando atenção para a epidemia de mortes nos países em desenvolvimento, sendo os motociclistas, pedestres e ciclistas os mais vulneráveis. Em 2009, na primeira conferência global sobre o assunto realizada em Moscou, a ONU declarou de

2011 a 2020 a “Década de Ação pela Segurança no Trânsito”. O Brasil e outros países participaram e assumiram compromissos. Em 2015 ocorreu a segunda conferência global, em Brasília, na qual se buscou analisar os resultados alcançados no percurso, evidenciando que o patamar alcançado estava distante das metas almejadas²⁵.

Na perspectiva da OMS, no Brasil se desenvolveu o Programa Vida no Trânsito (PVT) em cinco capitais, com o apoio de um consórcio de instituições governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, coordenadas pelo MS. Essa iniciativa tinha como objetivo, reduzir acidentes e atuar em fatores de risco como velocidade e uso de equipamentos de segurança. As ações foram monitoradas e avaliadas, mostrando que melhorou a qualidade das informações sobre esses acidentes²⁶.

- *Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências*

Em 2005, foi estabelecida uma agenda estratégica que priorizou a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS. Implantada em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes tem como objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção. O sistema foi concebido com dois componentes: os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) e a notificação de violências (VIVA Contínuo). Em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA²⁷.

Foram realizadas cinco edições do VIVA Inquérito em 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. O VIVA Contínuo, em 2009, foi incorporado à notificação compulsória de violências registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), passando a ser denominado VIVA Sinan Net. O objeto de notificação compulsória de violência foi sendo ampliado, incorporando situações não previstas na legislação em função da necessidade de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos, como nas situações de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, população indígena entre outras²⁷.

O investimento no VIVA Sinan Net obteve frutos nos dados demonstrados na Tabela 1. Em seis anos o número de municípios notificantes cresceu 370% e o percentual de notificações de

violência doméstica, sexual e/ou outras violências aumentou 343%. Dados semelhantes foram destacados por Ribeiro et al. em Brasil²⁸. Essa tendência demonstra claramente a adesão crescente dos municípios à proposta do VIVA, dando visibilidade a violências até então não registradas nem monitoradas; outro benefício é que, uma vez diagnosticados os casos, é possível prestar atendimento adequado às vítimas nos serviços da atenção primária.

São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná são os estados que mais registraram casos no período de 2009 a 2014. Rio de Janeiro aparece na 5ª posição em número de registros. Acre, Roraima, Amapá, Rondônia e Sergipe são os que menos notificaram casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no período analisado.

De 2009 a 2014, as violências física, psicológica/moral e sexual são as mais registradas no Sistema VIVA Sinan Net. Além delas, a lesão autoprovocada, a negligência/abandono e o grupo das outras violências também são bastante frequentes nesses registros (Tabela 2).

O sexo feminino apresenta o maior número de atendimentos em relação a todas as violências, exceto as referentes ao trabalho infantil. A intensidade da vitimização feminina se expressa, sobretudo, na violência sexual quando chega a ser 6,5 vezes maior do que a masculina, e na violência psicológica/moral que é 5 vezes maior no sexo feminino, o que também acontece em relação à tortura e ao abuso financeiro/econômico que são, cada um, cerca de 4 vezes maior no sexo feminino, comparado ao masculino.

Em relação à morbidade hospitalar e à mortalidade foram feitos grandes esforços na melhoria da informação. Do ponto de vista das internações hospitalares buscou-se qualificar o diagnóstico primário e secundário, o que ajudou a identificar não apenas o procedimento empregado, mas também a causa externa que provocou a lesão. Em relação à mortalidade o investimento ocorreu junto aos Institutos Médico Legais, visando a esclarecer a causa externa causadora do óbito e diminuir a participação das mortes classificadas como eventos cuja intenção é indeterminada.

Nos 15 anos que abrangem os dados da Tabela 3, foram computadas 13.161.006 internações hospitalares e 2.065.189 mortes por acidentes e violências, indicando uma morbidade hospitalar 6,4 vezes maior do que a mortalidade. Os acidentes representam 80,2% das internações hospitalares por causas externas e 46,2% dos óbitos por esse grupo de causas. No mesmo período, as

Tabela 1. Número de municípios notificantes e de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasil, 2009 a 2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de municípios notificantes	680	1.362	2.047	2.769	3.262	3.194
Número total de notificações	36.604	66.091	101.403	163.919	189.783	162.276

Fonte: Ministério da Saúde/SVS- Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Tabela 2. Registros dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências atendidos nos serviços de saúde do Brasil, segundo natureza da violência e sexo, 2009 a 2014.

Natureza da violência	Sexo			Total
	Masculino	Feminino	Ignorado	
Física	169.120	320.776	72	489.968
Psicológica/Moral	31.448	154.219	25	185.692
Sexual	13.229	86.763	8	100.000
Lesão autoprovocada	32.533	60.870	10	93.413
Negligência/Abandono	42.096	43.374	365	85.835
Outra violência	18.311	35.344	13	53.668
Tortura	3.735	15.090	3	18.828
Financeira/Econômica	2.119	9.260	2	11.381
Trabalho infantil	1.118	971	-	2.089
Intervenção legal	818	1.094	1	1.913
Tráfico de seres humanos	106	378	-	484

Fonte: Ministério da Saúde/SVS- Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Tabela 3. Morbidade hospitalar e mortalidade por causas externas no Brasil, segundo sexo, 2001 a 2015.

Grupos de causas	Morbidade hospitalar				Mortalidade			
	Masc	Fem	M/F	Total	Masc	Fem	M/F	Total
Acidentes	7.436.124	3.156.415	2.3	10.597.862	747.713	205.330	3.6	953.549
Acidentes de transporte (V01-V99)	1.699.677	500.976	3.4	2.200.654	478.924	106.724	4.5	585.902
Outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59)	5.736.447	2.655.439	2.2	8.396.908	268.789	98.606	2.7	367.647
Violências	862.967	280.106	3.1	1.142.995	841.207	99.297	8,5	941.525
Lesões autoprovocadas (X60-X84)	85.520	55.345	1.5	140.786	108.926	29.142	3.7	138.086
Agressões (X85-Y09)	554.629	113.600	4.9	668.230	714.169	63.352	11.3	778.450
Eventos com intenção inde- terminada (Y10-Y34)	465.766	174.782	2.7	661.948	124.861	37.771	3.3	163.040
Intervenções legais (Y35-Y36)	2.313	930	2.5	3.243	8.338	82	101.7	8.420
Complicação da assistência médica (Y40-Y84)	281.207	204.719	1.4	485.931	8.455	9.625	0.9	18.175
Sequelas de causas externas (Y85-Y89)	214.960	102.515	2.1	317.477	3.815	1.652	2.3	5.469
Total(*)	9.234.429	3.202.170	2.9	13.161.006	1.716.367	346.954	4.9	2.065.189

Fonte: DATASUS - Sistema de Internações Hospitalares - SIH; e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

(*) No ano de 2014 não foram contabilizadas 4.573 internações por fatores suplementares relacionados a outras causas (Y90-Y98), sendo 3.010 de pessoas do sexo masculino e 1.563 do sexo feminino, e 17.832 internações por causas externas não classificadas (S-T), das quais 11.151 foram hospitalizações de pessoas do sexo masculino e 6.681 do sexo feminino. No ano de 2015, os valores não contabilizados para essas mesmas causas foram, respectivamente: 6.132, sendo 4.075 internações de pessoas do sexo masculino e 2.057 do sexo feminino, e 4.550, sendo 2.794 de pessoas do sexo masculino e 1.756 do sexo feminino.

lesões autoprovocadas e as agressões responderam por 6,1% das hospitalizações e por 44,4% das mortes por causas externas. O sexo masculino representa 70,2% das internações e 83,1% das mortes por todas as causas externas, tendo sido 11,3 vezes mais vitimado do que o sexo feminino pelas agressões letais.

Merece ser comentado o grupo das complicações da assistência médica (Y40-Y84) e o das sequelas de causas externas (Y85-Y89) que aparecem tanto na mortalidade como na morbidade. Nessa última, esses dois grupos têm significativa presença, porém não têm sido objeto de pesquisa. Sua abordagem poderá desvendar questões cruciais relativas à qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde.

Também merece destaque o grupo dos eventos com intenção indeterminada (Y35-Y36), o qual tem sido analisado como um indicador da qualidade da informação sobre acidentes e violências. Nos anos aqui investigados, esse grupo representa 5,0% das internações e 7,9% das mortes por causas externas no Brasil, indicando um bom esclarecimento acerca do evento acidental ou violento que levou à internação ou ao óbito. É importante destacar que esses percentuais são bem heterogêneos nas regiões brasileiras revelando que essa qualidade da informação ainda é um desafio.

No Gráfico 1 pode-se verificar a ascensão das taxas de mortalidade e de morbidade por causas externas no Brasil no período de 2001 a 2015. As taxas referentes aos óbitos passam de

68,6 para 74,4 por 100.000 habitantes nos anos extremos da série (de 120.954 para 152.136 mortes nos anos sinalizados). As taxas de morbidade, expressas através das internações hospitalares, mostram aumento mais significativo: passam de 396,2 para 547,2 por 100.000 habitantes nos mesmos anos e o número de pessoas internadas por causas externas, que era de 696.866 em 2001, chega a 1.118.717 em 2015. A análise da tendência temporal realizada no pacote R (versão 3.4.3) encontrou coeficiente de correlação de Spearman positivo e significativo ao longo do período para as taxas de morbidade e de mortalidade ($\rho = 0,917$ e $0,746$, respectivamente).

- *Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar*

O crescimento das violências e acidentes forçou a ampliação das emergências na década de 1980, a especialização das equipes para atender aos casos de vítimas de acidentes de transporte e de lesões por projéteis de arma de fogo, na maioria das vezes com fraturas múltiplas e com ferimentos e lesões de vários órgãos. E a PNR-MAV sinaliza que o atendimento pré-hospitalar é dimensão fundamental para a diminuição do tempo de internação, das sequelas e mortes. Destaca sua importância para melhoria do registro dos eventos violentos e necessidade de padronização da estrutura de atendimento por centrais de regulação.

Revisão bibliográfica sobre serviços de saúde que atendem pessoas em situação de violência mostra que a atenção pré-hospitalar fixa e móvel

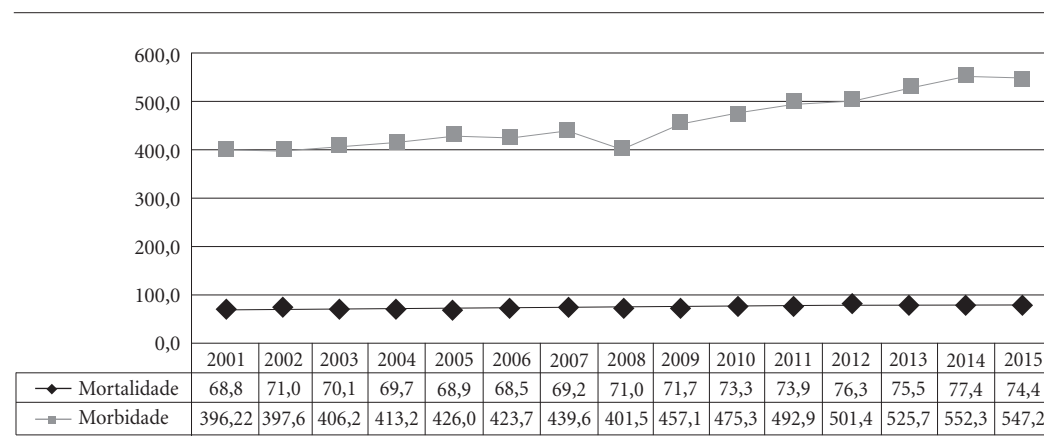


Gráfico 1. Taxas de mortalidade e de morbidade (internação hospitalar) por causas externas (100.000 habitantes). Brasil, 2001 a 2015.

desde a década de 2000 apresenta profundas deficiências estruturais, de articulação dos serviços e de contrarreferência, agravados ainda mais no contexto de crise financeira e política atual⁹.

- *Assistência interdisciplinar e intersetorial*

As violências e os acidentes têm forçado o setor saúde a organizar uma nova lógica de atendimento com equipe interdisciplinar, articulada em rede, com as unidades do setor e com os serviços de outros setores da sociedade que também atendem às vítimas.

A imposição dessa nova realidade demandou cuidados de saúde diferentes daqueles fornecidos às tradicionais doenças infecciosas e parasitárias, gerou a urgência de capacitação das equipes para atender às especificidades dos casos de crianças e adolescentes, mulheres e pessoas idosas vítimas, sobretudo, de maus tratos domésticos e das instituições de abrigo. Desse modo, foram feitos vários investimentos em cursos de capacitação em serviço, conforme relatado na diretriz referente à formação profissional.

Minayo e Assis⁹, revisando publicações científicas de 2001 a 2013 comprovam o elevado número de trabalhos que retratam o atendimento às pessoas em situação de violência nas estratégias de saúde da família, ambulatorios e centros especializados. As autoras destacam que o crescimento de produção reflete o desenvolvimento do SUS no que tange às vítimas de violência.

O aspecto intersetorial é ainda um grande desafio para essa Política. O que não é um problema específico, pois reflete a fragmentação dos saberes e das práticas do setor.

- *Estruturação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação*

Além das ações desenvolvidas pelo setor, o MS fez várias parcerias com programas de outros setores ligados às questões de trânsito, como a Lei Seca e com organizações não governamentais destinadas a atuarem na redução e prevenção de acidentes e sequelas deixadas por esses eventos. Minayo e Assis⁹ salientam a precariedade de ações e de publicações sobre o tema. Lamentavelmente, este nível de atenção foi o que mais retraiu nos últimos anos, com o desmantelamento e fechamento de vários dos serviços destinados à recuperar e reabilitar as vítimas dos acidentes e violências. Os poucos existentes possuem uma extensa lista de espera e não conseguem prestar os cuidados pelo tempo necessário, tendo que dar alta prematura aos pacientes.

- *Capacitação de recursos humanos*

As dificuldades dos profissionais e serviços de saúde para o atendimento às vítimas de violências têm sido evidenciadas por vários estudos²⁸⁻³¹.

No entanto, muitas foram as parcerias estabelecidas para capacitar gestores e profissionais de saúde. A exemplo do ensino à distância (EAD) realizado pelo Claves, nas modalidades aperfeiçoamento, desde 2006, e especialização, desde 2009; Mestrado Profissional em “Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG; EAD do Vida no Trânsito (PVT) e Guia do PVT pela UFG, em 2015; avaliação dos Núcleos realizada pela UNB e Claves e outros. Minayo e Assis⁹ apresentam vários estudos sobre iniciativas nesse sentido, indicando evolução significativa.

- *Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas*

O MS realizou várias pesquisas específicas sobre violência, em parcerias com outras instituições, como o INCA, MEC, IBGE, Fiocruz, USP, Unicamp, dentre outras. São exemplos: o Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, em 15 capitais e Distrito Federal, entre 2002-2003, a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (Pense), realizada em 2009, 2012, 2015; a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que em 2013 incorporou o tema dos acidentes e violências; a Vigilância de Fatores de Risco de Doenças e Agravos não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada anualmente desde 2006, que inclui o uso abusivo de bebida alcoólica e sua associação com condução de veículo e violência. Buscou também avaliar a implantação e a implementação do programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito^{32,33} e dos núcleos de prevenção aos acidentes e às violências³⁴. Esses estudos têm sido divulgados em publicações do MS, em artigos científicos, na grande imprensa e também em mídias sociais.

O CNPq foi parceiro em alguns editais de pesquisa sobre o tema da violência, a Capes contribuiu com a abertura de cursos sobre essa temática, assim como foram relevantes para o desenvolvimento desta diretriz as fundações de amparo à pesquisa nos estados brasileiros. Todavia, o incentivo às atividades de capacitação que vem do início dos anos 2000 tem se rompido nos últimos anos, devido à redução do investimento no SUS e, particularmente, quanto às ações de enfrentamento à violência.

Considerações finais

Neste texto que retrata a forma como o tema da violência entra no pensamento e nas práticas do setor saúde, os parâmetros são o direito à vida e a inclusão na cidadania.

Com a organização do setor para o atendimento, a formação dos profissionais, o desenvolvimento de estudos e pesquisas, constata-se que muitos resultados positivos têm sido alcançados em âmbito internacional e nacional, demonstrando que é possível prevenir e reduzir a violência que mata e lesiona³⁵⁻³⁸. Inúmeras dessas ações não são de responsabilidade do setor saúde, mas o impactam. É o caso de marcos regulatórios que contribuíram para a redução das mortes violentas no trânsito, a chamada Lei Seca e na vida social, o Estatuto do Desarmamento. No entanto, muitas das ações desenvolvidas pelo Ministério ainda não foram avaliadas quanto à sua efetividade. Os dados em relação ao Sistema VIVA Sinan Net apontam para algumas constatações. A primeira diz respeito ao incremento da adesão dos serviços à notificação dos casos de violência, que se faz acompanhar pelo aumento dos registros. É importante considerar que houve, especialmente nos primeiros anos do século XXI um possível incremento da capacidade diagnóstica dos casos por parte dos profissionais, graças à formação continuada e ao maior acesso aos serviços, nos quais as vítimas puderam ser atendidas e os casos, notificados. Entretanto, é importante registrar que a adesão ao sistema ainda está aquém do desejado.

Violência contra crianças e adolescentes, contra a mulher, contra a pessoa idosa tiveram prioridade na agenda de saúde. Outros temas, como prevenção do trabalho infantil, do tráfico de pessoas³², da violência homofóbica³³, racial³⁴ e contra a população de rua³⁵ e pessoas portadoras de deficiências³⁶, população privada de liberdade³⁷, dentre outros, foram sendo incluídos na pauta. Sua presença na agenda pública depende muito da pressão da sociedade civil e dos organismos internacionais que advogam essas causas.

Com apoio em alguns estudos¹², destacam-se pontos que merecem maior investimento para a efetiva implementação da PNRMAV: incentivos para a melhoria do sistema de informação, particularmente no que articula o sistema pré-hospitalar e hospitalar; investimento nos serviços pré-hospitalares e de reabilitação, em especial na descentralização e provimento de serviços para locais mais próximos aos usuários do SUS; reforço aos serviços de saúde mental; inclusão do tema na formação em todas as carreiras da área de saúde e intensificação nos processos de capacitação continuada.

Nos 16 anos da homologação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o país pode comemorar por ser um dos poucos a ter uma política de saúde especificamente dirigida a este problema social. Vários foram os avanços, conforme aqui relatados, mas muitos desafios ainda persistem, demonstrando que a violência, em suas distintas formas de expressão necessita tornar-se parte da agenda prioritária do setor saúde, conforme ainda demonstram sua magnitude e impactos na qualidade de vida da população.

Colaboradores

MCS Minayo, ER Souza, MMA Silva e SG Assis participaram igualmente da concepção, delineamento, redação, montagem e revisão do artigo, sob a coordenação de MCS Minayo e todas aprovaram a versão final.

Agradecimento

Thiago de Oliveira Pires, pela realização da análise temporal dos dados de morbi-mortalidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). *Diário Oficial da União* 2001; 17 maio.
2. World Health Organization (WHO). *World Health Assembly: Prevention of violence: public health priority (WHA 49,25)*. Genève: WHO; 1996.
3. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG. *Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP; 1990.
4. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339):1083-1088.
5. Kempe H, Silverman F, Steele B, Droegemueller W. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181(1):17-24.
6. Assis SG. Abused Children and Adolescents: past, present, and prospects for the future. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl.1):126-134.
7. United Nation (UN). *World report on violence against children*. Genève: UN; 2006.
8. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
9. Minayo MCS, Assis SG, organizadoras. *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*. Brasília: MS; 2010.
11. Heise LL. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):S135-S145.
12. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.
14. Brasil. Lei nº 11.340, de 07 Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União* 2006; 08 ago.
15. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.
16. Brasil. Decreto nº 7.958, de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 14 mar.
17. Brasil. Lei Nº 13.104, de 9 de Março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Diário Oficial da União* 2015; 13 mar.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estatuto do Idoso*. Brasília: MS; 2003. (Série E. Legislação de Saúde)
19. Brasil. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
20. Baker AA. Granny-batterin. *Modern Geriatrics* 1975; 5:20-24.

21. World Health Organization (WHO). International Network for the Prevention of Elder Abuse. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Genève: WHO; 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: MS; 2003.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006.
24. World Health Organization (WHO). *World Report on Road Traffic Injury Prevention*. Genève: WHO; 2004.
25. Pavarino Filho R. As Declarações de Moscou e Brasília sobre a segurança no trânsito. *Cien Saude Colet* 2016; 21(12):3649-3660.
26. Moraes Neto OL, Silva MMA, Lima CL, Malta DC, Silva Júnior JB, Grupo Técnico de Parceiros do Projeto Vida no Trânsito. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(3):373-382.
27. Silva MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 26(1):183-194.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Morbimortalidade por violências no Brasil: um retrato de contornos em construção. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza Saúde Brasil*. 10ª ed. Brasília: MS; 2014. p. 151-176.
29. Souza ER, Ferreira AI, Santos NC. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. *Rev. Brasileira de Educação Médica* 2009; 33(3):329-338.
30. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
31. Lima MLLT, Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Kelly A. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):33-42.
32. Minayo MCS, Souza ER. *Avaliação do Processo de Implantação e Implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito*. Rio de Janeiro: Claves; 2006.
33. Souza ER. *Avaliação do Processo de Implantação e Implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito 2012/2013*. Rio de Janeiro: Claves; 2013.
34. Souza ER, coordenadora. *Avaliação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde do Brasil frente à Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Claves; 2012.
35. Nardi ACF, Malta DC, Duarte E, Garcia LP. Segurança no trânsito: tempo de resultados. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(4):593-594.
36. Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, Abera SF, Abraham JP, Adofu K, Alsharif U, Ameh EA, Ammar W, Antonio CA, Barrero LH, Bekele T, Bose D, Brazinova A, Catalá-López F, Dandona L, Dandona R, Dargan PI, De Leo D, Degenhardt L, Derrett S, Dharmaratne SD, Driscoll TR, Duan L, Petrovich Ermakov S, Farzadfar F, Feigin VL, Franklin RC, Gabbe B, Gosselin RA, Hafezi-Nejad N, Hamadeh RR, Hajar M, Hu G, Jayaraman SP, Jiang G, Khader YS, Khan EA, Krishnaswami S, Kulkarni C, Lecky FE, Leung R, Lunevicius R, Lyons RA, Majdan M, Mason-Jones AJ, Matzopoulos R, Meaney PA, Mekonnen W, Miller TR, Mock CN, Norman RE, Orozco R, Polinder S, Pourmalek F, Rahimi-Movaghar V, Refaat A, Rojas-Rueda D, Roy N, Schwebel DC, Shaheen A, Shahrzad S, Skirbekk V, Søreide K, Soshnikov S, Stein DJ, Sykes BL, Tabb KM, Temesgen AM, Tenkorang EY, Theadom AM, Tran BX, Vasankari TJ, Vavilala MS, Vlassov VV, Woldeyohannes SM, Yip P, Yonemoto N, Younis MZ, Yu C, Murray CJ, Vos T. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease. *Injuries Prevention* 2016; 22(1):3-18.
37. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; 377(9781):1962-1975.
38. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, Morais Neto OL, Melo AP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2017; 20(Supl.1):142-156.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 27/02/2018