

Avances y desafíos de la Política Nacional de Reducción de Accidentes y Violencia: el punto de vista de sus implementadores

Maria Cecília de Souza Minayo (<https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>)¹

Kathie Njaine (<https://orcid.org/0000-0003-3250-2331>)¹

Edinilsa Ramos de Souza (<https://orcid.org/0000-0003-0903-4525>)¹

Resumen Estudio cualitativo que analiza avances y desafíos en la implementación de la Política Nacional de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad por Accidentes y Violencia, desde la perspectiva de 63 implementadores de las regiones de Brasil. Se discuten aspectos de institucionalización de políticas públicas complejas que requieren coordinación interorganizacional. Los resultados muestran que la Atención Primaria es el nivel que más desarrolló los lineamientos de la Política, y el sector de Rehabilitación es el menos comprometido. De la coordinación nacional destacan: procesos de formación; formalización de compromisos en todos los niveles; mecanismos de decisión y negociación; consultoría permanente; creación de centros de prevención; fortalecimiento de los sistemas de información y subsidios financieros. De las coordinaciones locales destacan: actores de los centros de prevención y vigilancia; capacidad de liderazgo, fomento de formación e integración con otras áreas; realización de diagnósticos locales; elección de prioridades; creación de redes y mecanismos para rutinarizar procedimientos. También se abordan los obstáculos a la implementación del PNRMAV, que hoy puede verse como un vaso medio lleno y medio vacío. Sin embargo, existe capacidad institucional y humana en el país para institucionalizarla.

Palabras clave SUS, Política de Salud, Evaluación

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. maria.cecilia.minayo@gmail.com

Introducción

Este artículo trata del proceso de implementación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV)¹, buscando comprender y analizar este movimiento desde el punto de vista de los profesionales y gestores de salud responsables por su puesta en práctica. Este año, esta política cumple 23 años. Y es a petición del Ministerio de Salud que se realiza el análisis de cómo el SUS la está absorbiendo e institucionalizando.

La implementación, como señala Barbosa², es una fase del ciclo de las políticas públicas cuyo desafío es transformar intenciones y propuestas en acciones y resultados. En general, el proceso de implementación involucra actores de diferentes niveles de gobierno y organizaciones con diferentes intereses, experiencias y formatos institucionales. Su concretización tiene lugar a través de arreglos interorganizacionales. Su estructura y formas de interacción influyen en su desempeño².

La gobernanza de una política pública se refiere a la regulación de las relaciones a través de mecanismos que incluyen autoridad y coordinación. La autoridad es la ley transformada en gobernanza. La coordinación es un aspecto de esta gobernanza, pero no la constituye en su totalidad, ya que su función es ejecutiva. Sin embargo, según Kooiman³ y Barbosa², la coordinación es crucial en contextos complejos que requieren la integración de actores interdependientes que deben adaptarse entre sí³.

La perspectiva de investigación del proceso de implementación de la PNRMAV¹, promulgada por el Ministerio de Salud el 16 de mayo de 2021, por medio de la Ordenanza 737/2001, se centra en la gestión de las interdependencias entre los implementadores que componen el arreglo interorganizacional. Esta política, que representó un enorme avance con relación a lo que venía siendo abordado por el sector salud bajo el título de “causas externas”, trajo consigo un gran desafío: introducir en el marco teórico, metodológico y práctico del área una cuestión social de extrema relevancia que es la violencia. Aunque considerada un problema de seguridad pública, la PNRMAV¹ entiende que la violencia repercute en la calidad de vida, es actualmente la tercera causa de muerte en el país y que el sector salud es donde desaguan sus consecuencias. Los accidentes sí aparecían más claramente entre los problemas de salud y causas de muerte, pero también han pasado a ocupar un lugar – junto con la violencia – en los temas de promoción de la salud, y ambos son objeto de atención

en Atención Primaria, Atención Prehospitalaria y Hospitalaria, y Recuperación y Rehabilitación.

La aplicación de la PNRMAV¹ en todos los niveles del sector, por articular necesariamente problemas sociales y problemas de salud, siempre ha sido lenta y fuente de controversias y resistencias. Algunas barreras se redujeron en 2002, cuando la OMS publicó el documento “*World Report on Violence and Health*”⁴, que reforzó la PNRMAV¹. Fruto de la construcción y discusión colectiva, esta Política de salud tiene el deber de prevenir la violencia, así como los accidentes, con instrumentos propios de prevención y promoción y en interacción con otros órganos y la sociedad civil. Su foco es la protección de la vida.

Seis años después de la promulgación de la PNRMAV¹, Minayo y Deslandes⁵ analizaron su implementación en cinco capitales de distintas regiones del país (Manaus, Recife, Río de Janeiro, Curitiba y el Distrito Federal). Constataron algunos avances en su internalización, pero también muchas resistencias y dificultades. Por ejemplo, constataron que el tema estaba ausente del nivel de Atención Primaria.

En 2012, Souza *et al.*⁶ realizaron una evaluación de los Centros de Prevención de la Violencia y Promoción de la Salud, concebidos como una de las principales estrategias para consolidar la implementación de la PNRMAV¹. Este estudio también identificó el potencial de la propuesta y las dificultades para hacerla viable. Por ejemplo, los autores observaron que más de la mitad de los centros municipales obtuvieron buenos resultados, según los criterios establecidos para el análisis. Sin embargo, el 42,7% de ellos presentaba muchas deficiencias en la formación de sus miembros, en la adecuación de las actividades y en la escasez de profesionales.

Más de 20 años después, un nuevo estudio verifica el estado de la implantación de la PNRMAV¹. Este artículo forma parte de esa última investigación. El objetivo es comprender lo que ha funcionado y las dificultades y obstáculos encontrados en su materialización, desde el punto de vista de los implementadores.

Método

Los datos sobre los avances y dificultades en la aplicación de la PNRMAV¹ se examinaron por nivel de asistencia sanitaria en las principales regiones y capitales. Se entrevistó a 63 personas de las 26 capitales y del Distrito Federal que tenían algún grado de responsabilidad en la implementación de la política: gestores de los nive-

les municipal, estatal y federal; miembros de los centros de prevención municipales y estatales y del sector de vigilancia.

El enfoque cualitativo acompañó a un estudio de base cuantitativa que no se abordará en este artículo. En el abordaje comprehensivo de la implementación de la PNRMAV¹ desde la perspectiva de los principales actores implicados en la acción se empleó una técnica de entrevista semiestructurada basada en un guion común, adaptado en función de las especificidades de cada uno de los actores clave: (1) cómo fue la trayectoria histórica de la implementación de la PNRMAV¹ en su localidad; (2) si se adoptó el uso de formularios de notificación e información sobre esos problemas de salud; (3) cómo se estructuró la atención a las víctimas; (4) cómo se está llevando a cabo la formación de los profesionales; (5) qué acciones de prevención, monitoreo de eventos y medios de tratamiento se están desarrollando; (6) qué avances, dificultades y perspectivas futuras hay con relación a la concretización de la Política.

Todas las interlocuciones con los entrevistados tuvieron lugar a distancia, debido a la imposibilidad de comunicación presencial, ya que la investigación ocurrió durante la pandemia de COVID-19. Las conversaciones se realizaron a través de la plataforma *Google Meet* y se grabaron con el consentimiento de los entrevistados, que firmaron y enviaron al equipo que coordinaba la investigación el formulario de consentimiento informado que habían recibido previamente.

Los audios de las entrevistas se enviaron a una empresa especializada en transcripciones para que realizara esta operación. El acervo se procesó y se sometió al análisis de contenido en la modalidad temática, como propone Minayo⁷: (1) organización del material recolectado; (2) categorización de las relevancias, enfatizando el significado de las declaraciones de los entrevistados; (3) interpretación de los datos y su cotejo con el marco teórico, componiendo una narrativa sobre dos cuestiones: el estado de implantación de la PNRMAV¹ y los obstáculos y dificultades encontrados en ese proceso.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la ENSP/Fiocruz bajo el dictamen 4.732.884 del 25/05/2021. Él ofrece al lector una visión posible y bastante plausible – considerando toda la información recopilada.

Resultados

Se decidió presentar los resultados por regiones, ya que, si bien la investigación era muy detalla-

da, las declaraciones convergían. Se dio mayor énfasis en las cuestiones planteadas por quienes ejercen la Política sobre el terreno, ya que en sus relatos se encuentran las reflexiones más sustanciales.

Avances en opinión de los entrevistados

En el *Norte*, los gestores fueron los que menos se pronunciaron sobre la implantación e implementación de la PNRMAV¹, aunque los que sí lo hicieron alabaron su importancia, reconociendo el peso de la violencia y los accidentes en el perfil de morbimortalidad y la demanda que estos problemas provocan en el sector. En cambio, los técnicos que trabajan en los centros de esta región fueron mucho más elocuentes al relatar sus experiencias.

Los principales avances mencionados por los técnicos fueron su propia sensibilización sobre cómo trabajar para reducir los accidentes de tránsito, la acogida de personas en situación de violencia y la importancia del trabajo en red. Los grupos sociales más citados como destinatarios de la atención fueron las mujeres y los niños. Gestores de varios centros informaron de una ampliación del trabajo intersectorial a través de acciones conjuntas con las áreas de educación, servicios sociales (Centros de Referencia de Asistencia Social - CRAS y Centros de Referencia de Asistencia Social Especializada - CREAS) y consejos tutelares. El *Programa Vida no Trânsito* (Vida en el Tránsito) fue la iniciativa más mencionada por los entrevistados, destacando su eficacia en términos de los resultados positivos observados en la reducción de muertes y lesiones. Este programa, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inició en Brasil en 2010 en cinco capitales: Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Campo Grande y Curitiba. Hoy está presente en la mayoría de las capitales y se ha ampliado a municipios con más de un millón de habitantes.

Los profesionales que trabajan en los ámbitos prehospitario, hospitalario y de rehabilitación en la región norte mencionaron muy pocas de las acciones previstas por la PNRMAV¹ que van más allá de los cuidados curativos.

En el *Norte*, Belém y Manaus destacaron por su capacidad para implementar la política. En Manaus, la técnica entrevistada subrayó la integración que existe entre las personas que trabajan en el tema y el apoyo que reciben de los gestores. El centro de Belém también señaló el apoyo institucional y la formación para cada nuevo técnico que se incorpora al programa. En las demás capitales también hay señales im-

portantes de progreso. En Palmas y Macapá, los entrevistados destacaron el refuerzo de las acciones de vigilancia, notificación y organización de datos. También en Macapá, se mencionó que existe un monitoreo de los casos de violencia contra mujeres, niños y ancianos a partir de una fructífera asociación entre el municipio y el estado, así como la inversión en la cualificación de los técnicos. Las informaciones sobre Boa Vista también apuntan en la misma dirección.

En Rio Branco, el tema fue introducido en las escuelas, servicios y en la formación de los estudiantes de ciencias de la vida durante sus estudios de pregrado. La entrevistada de esta capital dijo que la coordinadora del Centro de Prevención comentó que había promovido la capacitación de profesores en las escuelas de esta capital en 2019, con el apoyo de la Secretaría Municipal de Salud. Como resultado, *“los profesores ya conocen la PNRMAV¹, realizan notificaciones, solicitan la intervención del Consejo Tutelar cuando es necesario: también son multiplicadores”* (Profesional de Rio Branco-AC). En Rondônia, una técnica de vigilancia estatal destacó que el camino a seguir era realizar un trabajo integrado. Indicó la existencia de dos redes para combatir la violencia contra las mujeres y los niños en la capital, que se apoyan mutuamente; mencionó la inclusión de una persona del Programa Salud en la Escuela (PSE) en el sector de vigilancia, y recalcó también el esfuerzo por mejorar la notificación: *“hoy ya estamos alcanzando el 80% de municipios notificantes”* (Técnico de Rondônia-RO).

En el Nordeste, los avances en la implementación de la PNRMAV¹ fueron considerados muchos y relevantes por los entrevistados: *“Estamos en otro nivel en la institucionalización de la política que ha colocado los accidentes y la violencia en la agenda pública como un problema no sólo del individuo, sino social”* (Profesional de Recife-PE). Las personas entrevistadas resaltaron la creación de centros de referencia, el establecimiento de flujos de derivación de casos, el aumento de la producción científica y de material educativo y la organización de la vigilancia para consolidar los datos. También se mencionó la importancia del Programa *Vida en el Tránsito*, con la interacción entre los profesionales de la salud, la educación y el DETRAN (departamentos estatales de tránsito) y los efectos prácticos en la reducción de los accidentes. Asimismo, todos los entrevistados enaltecieron el hecho de haber aprendido a trabajar de forma intersectorial, hecho que también destacaron los profesionales de las regiones Norte y Centro-Oeste. Uno de los aspectos que diferencia la situación en el Nordeste de las otras dos

es el hecho de que hay más personas trabajando en el tema y existe un proceso de institucionalización cuyos elementos son más claros.

En vigilancia municipal de Recife-PE, una de las profesionales entrevistadas afirmó que los mayores avances fueron: la mejora de las notificaciones, el establecimiento de flujos de derivación, el trabajo en red, el enlace con los servicios de referencia y la inversión en educación permanente. Esta entrevistada comentó que la capital cuenta con muchos equipamientos sociales como CRAS y CREAS, lo que facilita la implementación de una política pública intersectorial. Esta técnica consideró un éxito el trabajo del sector de vigilancia articulado con los servicios prehospitalarios. Otra técnica comentó que en los comités en los que participa siempre lleva el debate sobre violencia y salud. Ambos enfatizaron que hoy la PNRMAV¹ tiene gran visibilidad, independientemente de la obligación de notificar, porque la Política ha fortalecido mucho la mirada hacia la situación de las mujeres y de los niños, y también hacia otros grupos vulnerables como la población LGBTQIA+, las personas con discapacidad y los indígenas.

Centrándose en el punto crucial de la institucionalización, la técnica entrevistada de Rio Grande do Norte consideró que su centro ha recibido apoyo de la gestión y tiene un canal de difusión dentro de la Secretaría de Estado. Evaluó como un aspecto positivo de la pandemia la incorporación de la discusión sobre la violencia y reforzó el papel de las acciones intersectoriales. Sin embargo, cree que aún queda mucho por hacer: *“hay regiones en las que tenemos que insistir incluso para impartir formación. [...] Son más de 30 municipios, y tenemos que integrar a varios actores, cualificar la percepción y la importancia de la vigilancia de la violencia”* (Profesional de Natal-RN).

También en Paraíba, el movimiento de institucionalización está muy presente. Según una entrevistada, la combinación de articulaciones institucionales y personales viene funcionando muy bien: *“A veces no funciona en la administración pública, así que recurrimos a un socio que ya forma parte de ese servicio”* (Profesional de João Pessoa-PB). Esta técnica resalta que las acciones diseñadas en red han permitido construir colectivamente herramientas, cartillas, guía de orientaciones para las mujeres y hay un enfoque en las mujeres negras, tema que ha ganado terreno en la gestión municipal y estatal.

Dos profesionales entrevistadas de Aracaju-SE evaluaron los avances de la política en el Centro Municipal de Prevención y en la red de emergencia. Para la profesional del Centro, la

PNRMAV¹ puso en evidencia el impacto trágico de los accidentes y de las violencias en el SUS. También señaló que el centro se ha centrado en la información que están obteniendo y sobre la que están trabajando, con el fin de planificar mejor sus acciones. Una entrevistada que trabaja en el servicio de urgencias elogió el trabajo que viene realizando el Centro de Prevención, yendo a los hospitales y tratando de sensibilizar a los profesionales para mejorar la atención y las notificaciones. Ambas comentaron que el centro estatal aún no se ha formalizado por ordenanza.

En Piauí, las personas entrevistadas citaron como avances de la política: la estructuración del servicio prehospitalario móvil, SAMU; el Programa Vida en el Tránsito; las capacitaciones a distancia de profesionales municipales para discutir sobre accidentes y violencias; y la divulgación de datos sobre estos temas en los boletines del estado. Para una técnica de Teresina/PI, un logro importante fue poder plantear el tema de la violencia y los accidentes en diferentes espacios, incluidos los medios televisivos: *“Ya no hablo sólo con la salud, sino también con la policía, conseguimos dialogar”* (Profesional de Teresina-PI). Ha aumentado el número de servicios de acogida a las víctimas, especialmente a las mujeres. Otra acción que consideró que está progresando es una mayor atención a las violencias autoinfligidas.

Una técnica de vigilancia de Maceió-AL resaltó que este servicio ha avanzado en cuanto a la proximidad con los profesionales de primera línea. Comentó que acompaña con ellos a las personas en la red de atención a las violencias y los accidentes. Destacó que ha recibido mucho apoyo de los gestores, a pesar de que su equipo es pequeño: *“intentamos construir un proyecto que reúna a todos los sectores, como la secretaría de la mujer, de la infancia y la adolescencia, de la tercera edad y el PSE”* (técnico de Maceió-AL).

La vigilancia estatal en Ceará señaló la creación de un observatorio de causas externas como uno de los éxitos de la PNRMAV¹. Citó otras actividades dirigidas a mujeres, niños y adolescentes víctimas de violencia. Destacó las alianzas con la universidad estatal para crear estrategias de afrontamiento a la violencia y a los accidentes en los municipios. También resaltó la implantación de formularios de notificación en varias escuelas. En Fortaleza-CE, la entrevistada de la vigilancia epidemiológica dijo que un punto positivo habían sido las acciones del Comité de Accidentes de Tránsito, que implicaba a muchos socios y actividades en las calles.

En el estado de Bahía, la mayor ganancia que tuvo la PNRMAV¹, como dijo una técni-

ca, fue la creación de grupos de trabajo para dar visibilidad a la violencia y a los accidentes. Destacó el *Programa Vida en el Tránsito*. También mencionó la importancia de crear, mantener y ampliar los servicios prehospitalarios en la zona. Y destacó el papel de la vigilancia para entender los contextos específicos de la violencia y los accidentes, el trabajo intersectorial y las asociaciones. En su opinión, a lo largo de los 20 años de la política, el estado de Bahía ha conseguido agregar a multiplicadores y compartir experiencias.

Se puede concluir que los estados del Nordeste se han comprometido con la institucionalización de la PNRMAV¹. Esto ha sido gracias sobre todo a los técnicos asignados a los Centros y al sector de la Vigilancia, a pesar de todas las dificultades para conseguir que los profesionales sanitarios acepten el tema. Existe empeño notorio para ofrecer servicios de atención y prevención a la población. Al igual que en las regiones Norte y Centro-Oeste, hay muy poca información sobre los servicios prehospitalarios, hospitalarios y de rehabilitación.

En todos los estados del Sudeste hubo inversión en la implementación de la PNRMAV¹. Se analiza la información sobre la región y las capitales.

Una persona entrevistada en Espírito Santo consideró que uno de los avances promovidos por la PNRMAV¹ fue la implantación de la vigilancia de accidentes y violencias como especificidad del sector, así como la incorporación del formulario de notificación, la apertura de la comunicación con las unidades de salud y otros sectores de la sociedad. Comentó que el trabajo intersectorial fue el aspecto más positivo. Esta entrevistada destacó que en los cursos de formación que imparten todos los años se informa a los socios sobre los tipos de sucesos y perfiles de violencia y accidentes más comunes: *“hemos conseguido salir del cajón de la salud para ir más allá, y lo hacemos muy bien, somos una referencia”* (Profesional de Vitória-ES). Subrayó que gestores de los sectores de educación y justicia llaman a menudo para discutir casos y pedir orientación: *“entonces creo que somos reconocidos y también tenemos demanda. Y eso implica confianza y credibilidad”* (Profesional de Vitória-ES). El Centro Estatal de Espírito Santo ha conseguido consolidar vínculos con socios del Ministerio Público, la Defensoría Pública, la Asamblea Legislativa y las universidades.

En el estado de São Paulo, el equipo de vigilancia consideró que invertir en la cualificación de la información junto con los socios ha sido uno de los principales avances con relación

a la PNRMAV¹. Un profesional destacó que la disponibilidad del Tabnet digital (Sistema de Tabulación de Datos Genéricos Datasus) fue una gran ganancia y el resultado del trabajo de un equipo consistente. Esta entrevistada afirmó que la retroalimentación de los interlocutores en relación con la sistematización de los datos ha sido muy buena y que *“la mayoría entiende que se trata de una directriz para que empiecen a apropiarse de los datos y a transformarlos en información”*. Otra persona del equipo opinó que la consistencia del trabajo tiene que ver con la continuidad de las acciones, ya que el canal de comunicación que existe actualmente es un gran facilitador.

En São Paulo, la capital, una profesional del sector de vigilancia del municipio mencionó la notificación como un avance importante: *“trajo la posibilidad de discutir la violencia dentro de la salud, como un problema de salud, lo que fue fundamental”* (Profesional de São Paulo-SP). La entrevistada recordó que, al principio, los gestores se resistían a hablar de violencia y a notificar esos hechos, porque no consideraban que fuera un problema del sector. Otro punto que considera crucial es la creación de los Centros de Prevención de la Violencia. Enfatizó que se trata de una línea de trabajo que necesita continuar y ser reforzada: *“es necesario que haya responsables por las articulaciones, tanto en los estados como en los municipios”* (Profesional de São Paulo-SP). La ciudad de São Paulo destaca por organizar los servicios relacionados con el tema en las 32 subprefecturas y promover un flujo integrado entre las diferentes subsecretarías y organismos gubernamentales que trabajan en la misma línea.

En Belo Horizonte, ha habido un movimiento amplio de sensibilización de los profesionales, especialmente con relación al empobrecimiento de las familias, el trabajo infantil, la violencia contra niños y adolescentes y contra las mujeres. Las personas entrevistadas relataron sobre todo que realizan un trabajo intersectorial y centrado en los jóvenes. Informaron de que el municipio tiene una cobertura del 100% en Atención Primaria, y en los barrios más vulnerables socialmente el equipo, junto con el ayuntamiento y los Centros de Referencia de Asistencia Social, han desarrollado actividades como deportes y ocio para jóvenes en situación de riesgo.

En Río de Janeiro, la capital, la responsable de esta política destacó que uno de los principales avances fue la creación de grupos articuladores en diversas zonas de la ciudad. Esta estrategia se basa en la idea de construir diagnósticos del territorio de forma más ágil y puntual, traba-

jando en asociación y no en una relación jerárquica. Consideró que la política despertó el debate y hoy el problema es uno de los temas más discutidos en los medios de comunicación y por los profesionales de la salud como una cuestión social y una preocupación sobre cómo derivar y tratar los casos en el ámbito de la salud. Asimismo, la descentralización hacia los municipios a través del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN Net, sigla en portugués) informatizado es un gran avance, así como la creación de Centros de Prevención tanto en la capital como en el interior.

La región Sur también ha logrado institucionalizar la PNRMAV¹ mediante acciones muy concretas y con el respaldo de las Secretarías de Estados y Municipios. Una entrevistada del Centro estatal de Rio Grande do Sul afirmó que sus esfuerzos han sido reconocidos y que muchos municipios solicitan apoyo y asesoramiento, y han avanzado en asociaciones con diversos sectores. Hay un trabajo colectivo con el apoyo de *“esta red intersectorial toda reunida, especialmente en lo que se refiere a la cuestión del afrontamiento del suicidio, lo que es un gran avance para el PNRMAV”* (Profesional de Rio Grande do Sul-RS).

Para una profesional de vigilancia de Porto Alegre-RS, los avances relacionados con la PNRMAV¹ se evidencian en *“una línea de atención a las violencias”* (Profesional de Porto Alegre-RS), transversal e intersectorial. En cuanto a los accidentes, consideró que el Programa Vida en el Tránsito es muy reconocido en la capital y que trabaja en estas acciones desde hace 10 años. Tanto el PVT como la cuestión de la vigilancia de las violencias son reconocidos por la gestión estatal y por otros municipios del estado *“podemos decir que tenemos una metodología que funciona, que previene y que los accidentes están disminuyendo”* (Profesional de Porto Alegre-RS).

Los profesionales de la Atención Primaria de Florianópolis-SC afirmaron que la sensibilización de los equipos de salud a los accidentes y a las violencias fue un avance importante. Según la técnica entrevistada, los profesionales son ahora capaces de mirar estos eventos y hacer un diagnóstico situacional y construir flujos de atención. La madurez de la red asistencial ha permitido profundizar en la discusión de estos problemas, mejorar las estrategias de trabajo y la cualificación de los profesionales.

Una gestora del Centro de Prevención de la Violencia de Paraná afirmó que *“desde que se implantó la Política, el estado avanzó mucho”* (Profesional de Paraná-PR). Para esta entrevistada, su estado tiene una estructura organizada con

“enfoque en la prevención, promoción de la salud y cultura de paz” (Profesional de Paraná-PR). Elogió a los equipos pioneros que estructuraron el trabajo y evaluó como resultados positivos: el concepto de red intersectorial; la creación de servicios de referencia para personas en situación de violencia sexual; los servicios de interrupción del embarazo; la elaboración de protocolos, cartillas temáticas y boletines epidemiológicos con datos sobre violencias y accidentes; y las capacitaciones que la Secretaría ha desarrollado con toda la red de protección.

Los avances señalados por dos profesionales del Centro Municipal de Prevención de la Violencia del municipio de Curitiba/PR fue la construcción de una red de protección para niños y adolescentes, que se consolidó y se convirtió en referencia para otros estados y municipios. Otros éxitos alcanzados por este equipo a lo largo de los 20 años de la PNRMAV¹ han sido su participación en las encuestas de Vigilancia de Violencias y Accidentes (VIVA) y en la Encuesta y VIVA Continua, ampliando la mirada hacia los registros de violencia contra mujeres, niñas y ancianos. Estas entrevistadas creen que todo fue posible con el apoyo de la administración federal y de las instituciones académicas que construyeron la PNRMAV¹. Una de las profesionales del Centro que trabaja directamente en la red de protección relató uno de los logros, en colaboración con un foro estatal de prevención del trabajo infantil: la construcción de un foro de recolectores de residuos reciclables. Los socios capacitaron a las unidades de salud para que todos los recicladores de la zona pudieran ser registrados. “Conseguimos llegar a 70 unidades de salud, fue una experiencia muy chula, porque así conseguimos que estas unidades ampliaran su visión del territorio” (Profesional de Curitiba-PR). La acción destinada a identificar a los niños que trabajaban en la calle como recolectores de basura reciclable implicó a toda la red de protección, incluidas las escuelas, y “fue una experiencia muy importante que también forma parte del tema de los ODS⁸. Todo está conectado” (profesional de Curitiba-PR).

En el Centro-Oeste, se citaron como avances de la PNRMAV¹ la creación de grupos de promoción de la salud con resultados positivos en acciones relacionadas con accidentes y violencias. En lo que se refiere a los accidentes, en Mato Grosso se realizaron acciones de monitoreo y capacitación en algunos municipios sobre tránsito, instalación de semáforos, pasos peatonales y actividades con motociclistas. En cuanto a la violencia, se han creado centros de apoyo a las mujeres víctimas y comisarías, y los equipos

que aplican la política cuentan con la colaboración de los medios de comunicación.

Una técnica de vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) de Cuiabá/MT señaló que son impartidas capacitaciones a través de cursos en línea para los profesionales de la salud y de otras áreas para trabajar con la violencia. También mencionó la mejora en la atención a las víctimas, que ha ganado visibilidad a través de campañas en las redes sociales, la televisión y otros medios de comunicación. Esta técnica recordó que hubo un aumento del apoyo a la investigación en el estado.

En el Distrito Federal, la persona que coordina el Centro cree que allí ya establecieron una red de protección: “logramos establecer una comunicación mucho más asertiva con las demás secretarías, porque no abarca sólo salud” (profesional de Brasília-DF). En alianzas con las áreas de seguridad pública, justicia y Secretaría de la Mujer, el Centro busca fortalecer las notificaciones y conocer mejor los casos de violencia para atender adecuadamente a las personas, en propuestas que se construyen independientemente de los gobiernos de turno. Es decir, esa persona está hablando de institucionalizar la Política.

El Centro de Vigilancia de Goiânia-GO citó el aumento de la visibilidad de la violencia en el sector de salud y cómo eso impacta en las acciones. Tanto allí como en Campo Grande, las técnicas mencionaron el aumento del número de cursos de formación, el reconocimiento de los problemas por parte de los servicios de salud y la mejora de las notificaciones, entendiendo estas acciones como fundamentales para la planificación de la atención. Las entrevistadas dijeron que cuando miran la serie histórica de notificaciones, verifican un aumento que refleja sus esfuerzos en esta área. Otro punto positivo citado por una de las entrevistadas de Campo Grande es la sostenibilidad del Centro de Prevención. Se creó oficialmente y forma parte del organigrama de gestión “Tiene su propia cajita, es un servicio” (Técnica de Campo Grande-MS).

El Programa Vida en el Tránsito también se creó por decreto, al igual que el comité intersectorial que lo gestiona y el grupo de análisis de datos. Esta entrevistada destacó que la sostenibilidad a través de la legislación garantiza que, aunque cambien los gobiernos, las acciones seguirán adelante. Y resaltó la importancia de la intersectorialidad y de la investigación: “aquí creo que hay tres o cuatro profesionales que están haciendo residencia en salud familiar, solamente investigando el área de violencia, en una maestría y así sucesivamente” (Técnica de Campo Grande-MS).

En resumen, la inversión en difusión, formación, articulación con otras áreas y agentes, y vigilancia e información también fue visible en la región Centro-Oeste. En particular, es notoria la idea de red, la acción interdisciplinaria y la búsqueda de la oficialización de estrategias para que la PNRMAV¹ se institucionalice.

Dos notas importantes: la primera es que todos los entrevistados de todas las localidades citaron el éxito del Programa Vida en el Tránsito, una propuesta en la que hubo gran inversión. La segunda, es importante mencionar que la supervisión por parte del Ministerio de Salud de la PNRMAV se estancó durante el gobierno anterior a partir de 2019. Todas las personas entrevistadas lamentaron esta paralización, que puede haber provocado retrocesos, sobre todo para locales y centros que aún se encuentran en una fase inicial de actividad.

Dificultades de aplicación en opinión de los entrevistados

Las referencias más urgentes a las dificultades de implementación de la PNRMAV¹ se concentran en el *Norte*: pocos profesionales para atender a personas que viven en zonas muy alejadas; alta rotación de equipos y gestores; falta de renovación de los equipos; otras prioridades reclamadas por los gestores que no ven la violencia como un tema a tratar por el sector sanitario; falta de un indicador específico para valorar la atención; falta de organización e integración de los servicios de salud entre sí y con otros sectores; resistencia de los profesionales a notificar la violencia; incompreensión por parte de la sociedad de la violencia y de los accidentes como hechos evitables; falta de estructura para una atención adecuada; falta de recursos financieros; pérdida de financiación específica del Ministerio de Salud.

En el *Nordeste*, los problemas más mencionados fueron las dificultades para llevar a cabo un trabajo integrado intra e intersectorial; la falta de infraestructuras para trabajar; el hecho de que los profesionales tengan que trabajar en zonas donde hay conflictos armados; la falta de propuestas que tengan en cuenta algunos grupos vulnerables específicos como los ancianos, la población negra, LGBTQIA+ y las personas con discapacidad; la falta de comprensión entre los profesionales sobre la importancia de la notificación y, en línea con la región Norte, contar con equipos reducidos para tratar problemas tan complejos que afectan a tantos segmentos sociales.

En el *Sudeste*, las principales quejas fueron: la falta de comprensión por parte de la gestión

estatal y municipal de la cuestión de los accidentes y la violencia; la falta de financiación específica para la PNRMAV a nivel federal, estatal y municipal; la dificultad para trabajar con la población en situación de calle y los que usan drogas; la presencia de traficantes de drogas (y milicias) en las periferias, lo que hace que el trabajo del área de salud sea menos eficaz; la sobrecarga de trabajo; el machismo aún muy presente, incluso dentro de las unidades de salud, especialmente en relación con la situación de las mujeres que sufren abusos y los grupos LGBTQIA+.

En la región *Sur*, las personas entrevistadas también relataron la falta de apoyo político y financiero para la implementación de la PNRMAV¹; la elevada rotación de personal en el sector sanitario; la escasez de profesionales; la deficiente articulación intrasectorial e intersectorial; el silenciamiento de las situaciones de violencia por parte de las familias; y el hecho de que los más afectados por la violencia, los jóvenes, son los que menos acuden a los servicios; falta de servicios de rehabilitación para las personas con secuelas; incompreensión por parte de la sociedad de que la violencia y los accidentes son hechos evitables; aumento de la población en situación de calle y que consumen alcohol y otras drogas; inexistencia o ineficacia de los servicios de salud mental y prevención del suicidio.

En el *Centro-Oeste*, las mayores quejas contemplaron la falta de personal; la falta de infraestructuras para trabajar con las personas y acompañarlas; la falta de recursos materiales y humanos para la formación; el hecho de que haya personas postradas en cama sin acceso a rehabilitación; el hecho de que haya personas con enfermedades mentales, ideación suicida e intentos de suicidio sin atención; y la falta de espacio con privacidad para la atención. Dijo un entrevistado: “*Los retos son enormes*”.

Puntos para Discusión

Todo el trabajo aquí descrito puede considerarse una indagación sobre el camino hacia la institucionalización de la PNRMAV¹. La institucionalización se refiere al proceso por el cual las normas, valores, prácticas y estructuras organizativas se establecen de forma estandarizada en una determinada sociedad u organización específica: en el ámbito legal (formulación de leyes y documentos legales), institucional (elaboración de directrices, reglamentos, protocolos y programas), cultural (incorporación de nuevos principios y valores), presupuestario (asigna-

ción de recursos) y se transforman en acciones condicidentes⁹⁻¹¹.

El proceso de evaluación, desde el punto de vista de los implementadores, permite concluir que la PNRMAV¹ ha llegado a todas las regiones del país, si bien con diferente adhesión e intensidad, y los problemas enunciados por técnicos y gestores sean enormes. Como tal, la Política no puede considerarse institucionalizada en ninguna región, estado o municipio, aunque haya diferenciaciones significativas en cuanto a los lugares donde se ha oficializado.

El mérito de proponer la Política y sus Directrices fue obra de muchas manos. Pero las estrategias creadas por el Ministerio de Salud con adhesión de estados y municipios se intensificaron entre 2006 y 2018, lo que permitió organizar su operacionalización localmente. Este movimiento se observa en el protagonismo de los Centros de Prevención de Accidentes y Violencia y en la organización de la Vigilancia Sanitaria con la implantación de formularios de notificación de esos problemas de salud, con financiación, supervisión y coordinación del Ministerio. Estas dos iniciativas desempeñaron y siguen desempeñando un papel fundamental en el proceso de internalización de la PNRMAV¹.

Nada habría sido posible sin una coordinación nacional competente de este proceso. De acuerdo con Klijn¹²; Hill¹³; Barbosa² y Miranda¹⁰, una buena coordinación es crucial para guiar procesos complejos e interorganizacionales. Para la implementación de la PNRMAV¹ fueron fundamentales la organización de procesos de formación; la formalización de compromisos en todos los niveles de gestión; los mecanismos de decisión y negociación; la asesoría intensiva, presente y recurrente en la creación de centros y estrategias de vigilancia y acción; el fortalecimiento de los sistemas de información y las subvenciones financieras. Sin embargo, ninguno de estos aspectos, de forma aislada, explica el buen resultado; lo que realmente demuestra el éxito es su confluencia^{2,11}.

En lo que se refiere a la gestión local, algunos mecanismos se revelaron esenciales, como la capacidad de liderazgo, de inclusión de personas y de promover la formación para tratar el tema; de integración con otros subsistemas locales; de realización de diagnósticos locales y de elección de prioridades; de trabajo intra e intersectorial y en red; de creación de mecanismos de ruti-

nización de procedimientos para institucionalizarlos y de investigación para la acción. Estas características fueron mencionadas sobre todo por los coordinadores de los Centros de Prevención y por los profesionales de la Vigilancia en Salud. En todos los lugares e instancias, destacan estos dos segmentos profesionales.

El análisis de las dificultades no muestra, a primera vista, la ineficacia personal de los coordinadores nacionales y locales. Lo que sí aparece, reiteradamente, son los enormes desafíos que persisten y que deben ser tenidos en cuenta por los gestores responsables de la institucionalización de la PNRMAV¹. Estos puntos ya habían sido detectados por Minayo y Deslandes¹⁴ y Souza *et al.*⁶: (1) al tratarse de una Política compleja, interdisciplinaria e interorganizacional, requiere una coordinación permanente y protocolos de actuación acordados oficialmente; (2) es necesario establecer una fuente de financiación específica para esta Política a nivel federal y local; (3) es necesario acordar algunos indicadores de actuación que puedan ser controlados por los centros locales y valorados en la evaluación de los profesionales; (4) es necesario prestar una atención diferenciada a las regiones que actualmente tienen más dificultades para implementar la política; (5) es necesario prestar atención a las quejas de todos los lugares – muchos de los cuales funcionan gracias al empeño personal de los profesionales – sobre la falta de apoyo institucional, de estructura y de personal; (6) es necesario invertir en estrategias que impliquen a los segmentos prehospitario, hospitalario y de rehabilitación en la aplicación de la política. El nivel de Atención Primaria es actualmente el que mejor la ha asimilado. Y repercutiendo Minayo y Deslandes¹⁴, la atención de rehabilitación sigue siendo el punto más débil de la cadena de acciones previstas en la PNRMAV¹.

En resumen, la implementación de la PNRMAV¹ debe ser considerada una prioridad, ya sea por la elevada mortalidad por accidentes y violencia, o por el malestar difuso que genera, provocando daños físicos, mentales y sociales. Después de un intervalo político en el que las estrategias de supervisión del Ministerio de Salud para esta Política se debilitaron, es hora de retomar los acuerdos y fortalecer las estrategias que oficialicen su existencia en los organigramas de las instituciones de salud, financiándolas y apoyando las acciones preconizadas.

Colaboradores

Todos los autores participaron en todas las etapas de la construcción del artículo.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*; 2001.
2. Barbosa SCT. Capacidade de Gestão: Coordenação Interorganizacional na Implementação de Programas Públicos Federais no Brasil. *Boletim Análise Político Institucional* 2016; 9:43-55.
3. Kooiman J. *Governing as governance*. London: Sage Publications; 2003.
4. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
5. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
6. Souza ER, Constantino P, Ribeiro AP, Silva JG, Valadares FC. *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: Fundação Oswaldo Cruz/ENSP; 2012.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 14ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
8. Brasil. Secretaria de Relações Internacionais. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, agenda 2030*. Brasília: MRE; 2021.
9. Scartascini C, Tommasi M. The Making of Policy: Institutionalized or Not? *Am J Polit Sci* 2012; 4:787-801.
10. Miranda RS. Uma revisão de literatura sobre o neoinstitucionalismo e a avaliação do desempenho de instituições sociais. *Estação Cien* 2017; 7(2):59-65.
11. Hjelmar U. The institutionalization of public sector innovation. *Public Management Rev* 2019; 23:53-69.
12. Klijn EH. Networks and interorganizational management: challenging, steering, evaluation and the role of public actors in public management. In: Ferlie E, Lynn Jr LE, Pollitt C, editors. *The Oxford handbook of public management*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 49-69.
13. Hill M. *The public policy process*. 5ª ed. London: Pearson Longman; 2009.
14. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1641-1649.

Artículo presentado en 02/09/2024

Aprobado en 25/09/2024

Versión final presentada en 27/09/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva