

Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde: avanços e desafios

Violence Prevention and Health Promotion Centers: advances and challenges

Centros de prevención de la violencia y promoción de la salud: avances y retos

Edinilsa Ramos de Souza (<https://orcid.org/0000-0003-0903-4525>)¹
Cristiane Batista Andrade (<https://orcid.org/0000-0003-1441-9171>)¹
Daniella Harth Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9881-9545>)¹
Liana Wernersbach Pinto (<https://orcid.org/0000-0003-1928-9265>)¹

Resumo Este artigo analisa o processo de implementação dos Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (NPVPS), criados a partir da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Faz-se um histórico sobre sua criação e analisam-se dados de 531 questionários e de 63 entrevistas de uma pesquisa avaliativa com gestores e profissionais dos três níveis da atenção à saúde sobre o tema. Os dados quantitativos foram descritos e feita análise de conteúdo das entrevistas. Existem Núcleos Estaduais em 56,2% das unidades de atenção primária; 63,5% nas unidades hospitalares e pré-hospitalares e 54,4% nas unidades de reabilitação. E Núcleos Municipais em 18,8% das primeiras, 31,5% das segundas e 29,1% das terceiras. Os estaduais apoiam 83,8 das unidades de atenção primária dos municípios; 84,1% da atenção pré e hospitalar e 79,2% das instâncias de reabilitação. Os Municipais apoiam Unidades de Saúde nas seguintes proporções: 96,2% de atenção primária; 97,1% de nível pré e hospitalar; e 93,1% de reabilitação. O estudo encontrou vários problemas no funcionamento dos Núcleos, embora os entrevistados tenham reafirmado o apoio que recebem.

Palavras-chave Núcleo de Prevenção de Violência, Política de saúde, Prevenção de acidente

Abstract This article analyzed the Violence Prevention and Health Promotion Centers (NPVPS) implementation process established by the National Policy for Reducing Morbimortality from Accidents and Violence (PNRMAV). We provided a historical background of its creation. We analyzed data from 531 questionnaires and 63 interviews from an evaluative survey with managers and professionals from the three care levels on the topic. We described quantitative data and performed a content analysis of the interviews. We identified state centers in 56.2% of primary care units, 63.5% in hospital and pre-hospital units, and 54.4% in rehabilitation units, and municipal centers in 18.8% of the first, 31.5% of the second, and 29.1% of the third. The State centers support 83.8% of the primary care units in the municipalities, 84.1% of pre-hospital and hospital care, and 79.2% of rehabilitation units. Municipal centers support Health Units in the following proportions: 96.2% of primary care, 97.1% of pre-hospital and hospital care, and 93.1% of rehabilitation units. The study found several problems in the centers' functioning, although the respondents reaffirmed the support they receive.

Key words Violence Prevention Center, Health policy, Accident prevention

Resumen Este artículo analiza el proceso de implantación de los Centros de Prevención de la Violencia y Promoción de la Salud (NPVPS), creados a partir de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV). Se presenta un histórico de su creación y se analizan los datos de 531 cuestionarios y 63 entrevistas de una encuesta evaluativa con gestores y profesionales de los tres niveles de atención a la salud sobre el tema. Se describen los datos cuantitativos y se analizó el contenido de las entrevistas. Hay Centros Estatales en el 56,2% de las unidades de atención primaria; en el 63,5% de las unidades hospitalarias y prehospitalarias y en el 54,4% de las unidades de rehabilitación. Y Centros Municipales en el 18,8% de las primeras, el 31,5% de las segundas y el 29,1% de las terceras. Los centros estatales apoyan el 83,8 de las unidades de atención primaria de los municipios, el 84,1% de la atención prehospitalaria y hospitalaria y el 79,2% de las unidades de rehabilitación. Los Municipales apoyan a las Unidades de Salud en las siguientes proporciones: el 96,2% de la atención primaria; el 97,1% de la atención prehospitalaria y hospitalaria; y el 93,1% de rehabilitación. El estudio detectó varios problemas en el funcionamiento de los Centros, aunque los entrevistados reafirmaron el apoyo que reciben.

Palabras clave Centro de Prevención de la Violencia, Política de salud, Prevención de accidentes

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. edinilsaramos@gmail.com

Breve introdução aos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS)

A violência foi mundialmente reconhecida como um problema a ser adotado pelo setor saúde somente na década de 1990 do século passado, tendo como um dos principais marcos a 49ª Assembleia Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, na qual esse tema e a sua prevenção foram considerados prioritários. Na ocasião, a OMS instou os países membros a elaborarem suas próprias políticas de prevenção a partir do setor saúde. Antes, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), preocupada com os elevados índices de violência nos países latino-americanos, já se pronunciara sobre a necessidade do setor saúde abordar a questão com foco na prevenção, e não apenas na tradicional visão biomédica^{2,3}.

A orientação da OMS foi acolhida pelo Ministério da Saúde do Brasil e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) foi criada por meio da Portaria nº 737 MS/GM, de 2001. As ações dessa Política foram coordenadas pela então Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e posteriormente pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Contudo, as estratégias para a sua implantação e implementação somente foram consolidadas pela Portaria 936 nº MS/GM, de 19 de maio de 2004, que dispôs sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RNPVPS) e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios⁴.

O Artigo 4º dessa Portaria definiu as atribuições dos componentes da RNPVPS e dos Núcleos Estaduais, Municipais e Acadêmicos. Os Estaduais devem elaborar um plano nesse nível, com ações intersetoriais e intermunicipais de prevenção à violência e promoção da saúde, prestar assessoria e monitorar os planos dos núcleos municipais; fomentar ações para a notificação das várias formas de violência, melhorando as informações; estimular estudos e pesquisas científicas sobre o tema e realizar atividades formativas de gestores e profissionais para o cuidado das vítimas e promoção da saúde e da paz⁴. Os núcleos municipais também têm essas atribuições e algumas outras de proximidade local.

Os núcleos acadêmicos foram criados para produzir evidências e eventos técnico-científicos, desenvolver planos de divulgação, contribuir para a formação dos profissionais de saúde

e melhorar as estratégias de notificação e melhoria da qualidade das informações sobre acidentes e violências⁴.

As ações previstas para a atuação dos núcleos são amplas e se dirigem sobretudo à prevenção da violência e à promoção da saúde, podendo ser incorporadas em todos os níveis da atenção à saúde, considerando-se as especificidades de cada um. Essas instâncias se configuram, portanto, como importantes dispositivos fomentados pela SVS/MS (atual e doravante denominada Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA), através de convênios firmados, à época, com municípios considerados prioritários porque têm mais de 100.000 habitantes e elevados índices de mortes por causas violentas; depois, por editais orientados a financiamento de projetos com a finalidade de fortalecer os núcleos.

Nos anos iniciais, algumas experiências dirigidas à implantação e implementação da Política foram avaliadas, conforme previsto em suas recomendações. Esse é o caso dos estudos sobre experiências municipais de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito⁵⁻⁷, sobre núcleos de prevenção do estado do Espírito Santo⁵, sobre núcleos em macrorregiões do país⁸ e sobre os núcleos de prevenção de acidentes e violências em geral, que estavam sendo apoiados pelo Ministério da Saúde⁹.

Este artigo objetiva investigar como se encontram os diferentes Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde/NPVPS, no território brasileiro, após duas décadas da sua idealização e implantação.

Metodologia

Analisam-se dados de uma pesquisa avaliativa de implementação da PNRMAV, desenvolvida no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no período de 2020 a 2023, no território nacional.

O estudo utilizou métodos quantitativo e qualitativo, diferentes técnicas de coleta de dados¹⁰⁻¹², e integrou a visão dos atores que constroem a política, como sujeitos que se autoavaliavam¹³.

Para a etapa quantitativa foram elaborados três questionários fechados, autoavaliativos, um para cada nível da atenção à saúde, com questões sobre a estrutura, os processos e os resultados alcançados na implementação da política. Apenas uma questão foi aberta e indagou

qual(is) diretriz(es) da política os entrevistados consideravam ter melhor ou pior implementação, e por quê? Foram simultaneamente enviados por e-mail aos secretários de saúde de todos os municípios do país. A plataforma Redcap foi usada para a coleta de dados. Após o envio dos questionários, devido à baixa taxa de resposta e à devolução de muitos e-mails, foram feitos novos envios em listagem atualizada e várias solicitações de resposta com novos prazos para preenchê-los. Esse processo ocorreu de julho a novembro de 2021.

Todas as unidades da federação responderam pelo menos a um questionário, mas dentre as capitais, Florianópolis, João Pessoa, Rio Branco, Salvador e Vitória não forneceram nenhuma informação. O percentual de adesão foi mais elevado nas cidades de maior porte. Nas regiões, esses percentuais foram: Norte (32,3%), Nordeste (15,6%), Sudeste (19,5%), Sul (17,0%) e Centro-Oeste (25,0%).

Apesar das várias solicitações e ampliação do prazo para preenchimento dos questionários, apenas 531 municípios o fizeram: 290 sobre a Atenção Primária (AP), 128 sobre a Atenção Pré-Hospitalar e Hospitalar (APH/H), e 113 sobre Atenção de Reabilitação (AR). Ressalta-se que a pesquisa ocorreu em meio à pandemia de COVID-19, quando os serviços de saúde estavam totalmente envolvidos e sobrecarregados com assistência às vítimas dessa doença.

Analisa-se neste artigo os seguintes temas: a existência e apoio dos NPVPS aos serviços de saúde nos estados e municípios; a disseminação dos núcleos; o apoio do grupo gestor para a consolidação dos temas acidentes e violência nos três níveis de atenção em saúde; e a participação do Conselho Municipal de Saúde nas ações e propostas relativas à prevenção desses eventos.

Considera-se como apoio a um núcleo estadual, atividades como: elaborar um plano com ações intersetoriais e intermunicipais de prevenção à violência e promoção da saúde; prestar assessoria e monitorar os núcleos municipais; fomentar ações de notificação das violências e melhoria das informações, entre outras. Os núcleos municipais têm essas atribuições, dentre outras, na sua esfera de gestão. Os núcleos acadêmicos foram concebidos para apoiar a produção de estudos e pesquisas, realizar a formação de gestores e profissionais sobre os dois temas, tendo como parâmetro a promoção da saúde⁴. Ao grupo gestor cabe articular a gestão das ações intra e intersetoriais no município ou no estado. Eles devem ser formados por repre-

sentantes de serviços e instituições responsáveis pelo acompanhamento da implantação e implementação da PNRMAV. Portanto, são apoio estratégico na elaboração de normas e protocolos para formação de recursos humanos e tecnológicos e monitoramento das ações.

Foram analisados dados quantitativos (números absolutos e relativos) dos questionários, segundo o total de participantes, capitais brasileiras e regiões do país, por porte dos municípios (<99.999 habitantes e 100.000 ou mais habitantes). Os números totais das tabelas correspondem à cada linha e variaram em função do não preenchimento em relação àquela linha ou opção.

Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a gestores e profissionais dos três níveis de atenção à saúde e a representantes de núcleos municipais e estaduais do país, a partir de um roteiro com questões comuns e específicas aos níveis da atenção (primária, pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação) e da administração (municipal/estadual). Por causa da pandemia de COVID-19, todas as 63 entrevistas foram feitas remotamente pelo *Google Meet*, no ano de 2022. Todas foram gravadas e transcritas por profissionais especializados e duraram, em média, uma hora. Envolveram pessoas das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal e de algumas cidades do interior do país, sendo duas de cada grande região, selecionadas segundo o porte populacional e o desempenho na implementação das diretrizes da Política. Gestores de saúde foram acessados por telefone ou por e-mails disponíveis nos *sites* das secretarias de saúde de cada município e de cada estado, e convidados a participar do estudo e a indicar pessoas a serem entrevistadas. Este processo requereu muitos agendamentos, cancelamentos de entrevistas, e busca de novos contatos.

As questões das entrevistas analisadas neste artigo, se referem à trajetória histórica de implantação e implementação da PNRMAV nos municípios e estados, e ao apoio dos núcleos municipais às unidades de saúde e dos estaduais aos municípios. O material recolhido foi analisado em seu conteúdo, conforme a modalidade temática, recomendada por Bardin¹⁴ e Triviños¹⁵.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, sob o parecer 4.732.884 de 25/05/2021. Todos os participantes das etapas quantitativa e qualitativa assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Atenção Primária (AP)

As respostas relativas à Atenção Primária quanto à existência de NPVPS nas secretarias municipais e estaduais de saúde e ao apoio fornecido por esses dispositivos mostram que no total de municípios participantes, os núcleos estão mais presentes nas secretarias estaduais (56,2%) do que nas municipais (18,8%). Os percentuais de apoio são elevados, tanto nos núcleos estaduais (83,8% prestam suporte aos municípios), como nos núcleos municipais (96,2% apoiam os serviços da rede de atenção primária). Nas capitais, comparadas ao total dos municípios respondentes, são maiores os percentuais de núcleos existentes, especialmente os ligados às secretarias municipais (66,7%) e estaduais (62,5%). Também é elevado o apoio dos núcleos estaduais aos municípios (88,9%) e dos núcleos municipais às unidades de atenção primária (100%).

Nas grandes regiões do país verifica-se que os núcleos estão mais presentes nas secretarias estaduais de saúde do que nas municipais em cidades de pequeno e grande porte. Esse dado é curioso porque a atenção primária geralmente está sob gestão municipal mesmo nas cidades menores.

Em resumo, observa-se entre os participantes que: a) a região Norte não conta com a presença de núcleos municipais nas cidades de pequeno porte e mesmo nas cidades de maior porte o percentual é baixo (33,3%). Destaca-se a existência de núcleos estaduais, que podem ser referência para as cidades de pequeno e grande porte (64,3%). Porém, independente do porte, os municípios afirmam que contam com o apoio desses equipamentos quando existentes; b) no Nordeste os núcleos estão mais presentes nas secretarias estaduais, tanto nas cidades de pequeno (59,2%) quanto nas de grande porte (66,7%); c) a região Sudeste apresenta percentuais acima de 50% de presença de núcleos estaduais e municipais em cidades de pequeno e grande porte; d) no Sul, tanto nos pequenos como nos maiores municípios, os núcleos estão mais presentes nas secretarias estaduais de saúde do que nas municipais. São altos os percentuais de apoio oferecido pelos núcleos aos municípios e aos serviços da atenção primária dos pequenos e dos maiores municípios; e) no Centro-Oeste, as cidades de menor porte têm baixíssimo percentual de núcleos municipais (5%). A frequência deles nas secretarias estaduais é de 45%, mas

abaixo do que é observado nas cidades menores das demais regiões do país. Isso difere do que ocorre nas cidades com 100.000 ou mais habitantes dessa região, onde núcleos estaduais e municipais existem na maioria dos municípios respondentes e são ativos, oferecendo apoio aos serviços.

Investigou-se a frequência com que os NPVPS estão disseminados nas unidades da rede de Atenção Primária. A maioria dos respondentes informou que a AP não possui núcleos distribuídos pelas unidades de sua rede. Isso ocorre na totalidade dos municípios, nas capitais e nas regiões do país estudados, independente do porte dos municípios (Tabela 1). Mesmo quando presentes, as frequências com que os núcleos estão nas unidades da AP são baixas, como pode ser visto nos percentuais relativos às distintas opções de respostas nas diferentes regiões. Situação um pouco melhor é observada no Sudeste, que apresenta frequência maior de núcleos em todas as unidades de atenção primária nas cidades maiores (10,4% do total) e menores (14,3% do total).

Observa-se que do total de 286 municípios participantes, 32,2% contam com grupo gestor intersetorial para o tema dos acidentes e violências e apenas 5,2% com grupo gestor intrasetorial; a maioria (62,6%) não possui essa instância.

As capitais apresentam uma situação melhor, pois das 18 respondentes, 55,5% afirmaram ter grupo gestor intersetorial e 16,7%, grupo intrasetorial no nível de atenção primária, embora em 27,8% delas não existe essa instância.

Nas regiões brasileiras, a existência de grupo gestor intersetorial para o tema da violência varia de 20,0% nos pequenos municípios do Nordeste, a 57,1% nas maiores cidades do Centro-Oeste. Percentuais mais elevados foram encontrados nos municípios com 100.000 ou mais habitantes, comparados a pequenas cidades. Quanto aos grupos gestores intrasetoriais, os percentuais encontrados foram reduzidos e variaram de zero a 20,0%. Em pequenos municípios prepondera a inexistência de grupo gestor, o que varia de 59,2% no Sudeste a 78,6% no Norte do país.

No caso de haver grupo gestor sobre os temas de violência e acidentes, em 91,5% dos 106 municípios e 76,9% das treze capitais os entrevistados responderam que ele apoia às unidades da rede de atenção primária. O mesmo ocorreu em todas as regiões do país, independente do porte dos seus municípios. Exceção feita para os grandes municípios das regiões Norte e Nordeste, onde 40,0% e 75,0% deles respectivamente,

Tabela 1. Distribuição percentual da existência e frequência de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas unidades da rede de Atenção Primária, no total dos municípios e capitais participantes, e nas regiões do país, segundo o porte dos municípios.

Existência e Frequência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde/NPVPS		NPVPS Existe				NPVPS Não existe	N Total
		Em todas	Na maior parte	Em algumas	Em uma		
Total dos municípios		5,9	2,4	3,1	4,9	83,7	288
Capitais		11,1	5,6	0,0	5,6	77,8	18
Regiões	Porte dos municípios						
Norte	Até 99.999	7,1	0,0	0,0	14,3	78,6	14
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	9
Nordeste	Até 99.999	4,0	4,0	2,7	1,3	88,0	75
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	14,3	85,7	7
Sudeste	Até 99.999	10,4	1,3	1,3	6,5	80,5	77
	100.000 e + habitantes	14,3	4,8	19,0	0,0	61,9	21
Sul	Até 99.999	3,8	1,9	0,0	9,6	84,6	52
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	16,7	0,0	83,3	6
Centro-Oeste	Até 99.999	0,0	0,0	5,0	0,0	95,0	20
	100.000 e + habitantes	0,0	14,3	0,0	0,0	85,7	7

Fonte: Autoras.

não contam com esse apoio. Ou seja, quando o grupo gestor existe, o apoio é efetivo.

Em geral, o Conselho Municipal de Saúde participa pouco das discussões e propostas de ações e políticas sobre acidentes e violências no nível de atenção primária. Exceção ocorre nos municípios maiores do Centro-Oeste, onde 50,0% informaram que o Conselho participa; e no Nordeste, onde 42,9% dos municípios responderam que o Conselho participa na maior parte ou quase sempre das discussões e propostas.

Atenção Pré-Hospitalar e Hospitalar

No nível da Atenção Pré-Hospitalar e Hospitalar (APHH), para o total dos municípios participantes, os núcleos mais presentes foram os das secretarias estaduais (63,5%) e os das instâncias municipais (31,5%). Nesses, 84,1% e 97,1%, respectivamente, oferecem apoio aos profissionais. Nas capitais é maior a existência dos que funcionam, sobretudo, dentro das secretarias municipais de saúde (71,4%). Segundo os entrevistados, o apoio dos núcleos estaduais aos municípios, e dos municipais às unidades da rede de APHH corresponde a 100,0%.

Em síntese, os que responderam sobre a existência e funcionamento de núcleos em unidades pré-hospitalares e hospitalares, confirmaram que há maior frequência de núcleos nas secretarias estaduais de saúde, do que nas muni-

cipais, o que é lógico porque reflete a vinculação dos serviços da rede à gestão estadual.

Por regiões, observa-se entre os participantes que: a) no Norte, 62,5% das cidades pequenas e 33,3% das cidades maiores informaram que há núcleos nas secretarias estaduais; b) no Nordeste, também estão mais presentes núcleos estaduais, tanto nos pequenos como nos maiores municípios; c) no Sudeste, ao contrário, foi mais citada a presença de núcleos nas secretarias municipais dos municípios de maior porte (66,6%), e menos apoio dos núcleos estaduais aos municípios; d) no Sul, eles estão mais presentes nas secretarias estaduais, dão apoio aos pequenos municípios e inexistem nas secretarias municipais das cidades de maior porte; e) o Centro-Oeste é a única região onde 100,0% dos municípios maiores que responderam sobre a rede de atenção pré-hospitalar e hospitalar afirmaram que existem núcleos estaduais e municipais que os apoiam.

Grande parte dos municípios estudados informou a inexistência de NPVPS nas unidades da rede de atenção pré-hospitalar e hospitalar (Tabela 2). Essa ausência se verifica em 74,9% dos municípios respondentes e 57,1% das capitais. Exceções podem ser destacadas: em torno de 10,0% de existência desses núcleos distribuídos nas capitais e em algumas regiões. O Centro-Oeste aparece em melhor situação, tanto nos pequenos como nos grandes municípios; e no Sudeste, nos maiores.

Tabela 2. Distribuição percentual da frequência de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas unidades da Atenção Pré-Hospitalar e Hospitalar, no total dos municípios e capitais participantes, e nas regiões do país, segundo o porte dos municípios.

Existência e Frequência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde/NPVPS		NPVPS Existe				NPVPS Não existe	N Total
		Em todas	Na maior parte	Em algumas	Em uma		
Total dos Municípios		5,4	3,6	5,4	10,7	74,9	112
Capitais		0,0	14,3	14,3	14,3	57,1	7
Regiões	Porte dos municípios						
Norte	Até 99.999	0,0	0,0	12,5	12,5	75,0	8
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Nordeste	Até 99.999	2,5	2,5	5,0	10,0	80,0	40
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	3
Sudeste	Até 99.999	16,0	0,0	0,0	12,0	72,0	25
	100.000 e + habitantes	0,0	22,2	0,0	11,1	66,7	9
Sul	Até 99.999	0,0	11,1	0,0	11,1	77,8	9
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Centro-Oeste	Até 99.999	10,0	10,0	0,0	10,0	70,0	10
	100.000 e + habitantes	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	2

Fonte: Autoras.

Cerca de 32,4% dos 531 municípios que responderam aos questionários de pesquisa possuem grupo gestor intersetorial para cuidar da violência nas instâncias pré-hospitalares e hospitalares. Em apenas 4,5% deles sua organização é intrasetorial. A grande maioria (63,1%) não possui essa importante instância. Também nas sete capitais brasileiras que responderam a essa questão da pesquisa, 42,9% têm grupo gestor intersetorial e 14,2% possuem grupo intrasetorial; enquanto 42,9% não possuem nem um nem outro.

Nas regiões do país, a maioria dos municípios respondentes informou que não existe grupo gestor intersetorial ou intrasetorial para o tema da violência, no nível da atenção pré-hospitalar e hospitalar. A presença de grupo gestor intersetorial foi mencionada com mais frequência nos maiores municípios respondentes do Nordeste (66,7%), Sudeste (55,6%) e Centro-Oeste (50,0%). Grupo gestor intrasetorial inexistente nas regiões Nordeste e Sudeste, nas pequenas cidades do Norte e nas de maior porte do Sul. Porém, foram citados em 33,3% e 50,0% dos grandes municípios das regiões Norte e Centro-Oeste, respectivamente, e por 11,1% dos pequenos municípios da região Sul.

O apoio do grupo gestor para tratar o tema da violência no nível pré-hospitalar e hospitalar foi informado por 94,4% dos 36 municípios e três capitais responderam a essa questão.

Todas as regiões do país, independente do porte dos seus municípios apresentaram, segundo os participantes do estudo, elevados percentuais de apoio do grupo gestor para o tema nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. A única exceção é a região Norte, porque nenhum dos municípios maiores respondeu a essa questão.

Atenção de Reabilitação

Segundo o conjunto dos profissionais e gestores vinculados à reabilitação nos municípios que responderam ao questionário (111), existem NPVPS em 54,4% das secretarias estaduais de saúde e 79,25% deles disseram que eles apoiam as ações de sua área. Apenas 29,1% dos participantes da pesquisa disseram que existem núcleos nas secretarias municipais de saúde. Porém, 93,1% dos que afirmaram positivamente consideraram que os núcleos apoiam as unidades da rede de reabilitação.

Nas unidades de reabilitação das capitais que participaram da pesquisa, preponderam os núcleos municipais (71,4% versus 50,0% estaduais). No entanto, 100% dos participantes das capitais que responderam a essa questão consideraram positivo o apoio que lhes é oferecido pelas instâncias estaduais.

Em todas as regiões, foi considerada baixa a presença dos núcleos de prevenção nas instâncias de reabilitação nas cidades pequenas, e nos

municípios maiores do Sudeste e Sul, embora quando existentes, seu apoio é reconhecido, exceto na região Norte, onde a pergunta sobre o tema nem foi respondida.

A Tabela 3 mostra a frequência com que os NPVPS existem no nível de reabilitação. Em 69,1% dos municípios respondentes inexistem núcleos, o que também foi constatado em 42,9% das capitais participantes e regiões do país, independente do porte dos municípios. Contudo, 42,9% das capitais referiram que há NPVPS em algumas unidades de reabilitação. A região Centro-Oeste é a grande exceção positiva, pois 66,7% dos municípios maiores referiram que possuem núcleos em todas as unidades dessa rede.

Segundo os participantes, 35,5% dos 110 municípios que informaram sobre o nível de atenção de reabilitação têm grupo gestor inter-setorial para o tema acidentes e violência, mas apenas 10,0% têm grupo gestor intrassetorial. É de se notar que a maioria (54,5%) não possui nenhuma dessas instâncias.

Nas sete capitais participantes, 42,9% têm grupo gestor intersetorial e igual percentual de grupo intrassetorial. Porém, 14,3% relataram que não possuem nenhum desses grupos na rede de reabilitação. Igualmente, nas regiões brasileiras, foi constatado pelas entrevistas que não existem grupo gestor intersetorial e nem intrassetorial focados no tema da violência e dos acidentes. Metade dos maiores municípios das regiões Sudeste e Sul informaram ter grupo

gestor intersetorial na rede de atenção à saúde, o mesmo ocorrendo nas pequenas cidades da segunda região. Destaca-se que 66,7% dos participantes das maiores cidades da região Centro-Oeste informaram haver grupo gestor intrassetorial para o tema da violência em seus territórios, embora nada tenham respondido sobre a situação dos pequenos municípios.

Ressalta-se que 50,5% do total dos municípios respondentes e 66,7% dos maiores da região Sul afirmaram que os Conselhos Municipais de Saúde participam, na maior parte das vezes, das discussões e propostas de ações e políticas sobre acidentes e violências no nível de reabilitação. Ao contrário, nas capitais e nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste foram observados percentuais de 60,0% ou mais de respostas negativas quanto à participação dos Conselhos.

Síntese dos dados quantitativos

Os dados que resumem as informações dadas pelos 531 municípios sobre a existência e desempenho dos núcleos podem ser assim condensados:

- Os dados quantitativos mostram percentuais muito variáveis de implementação dos Núcleos de Prevenção, em especial, pelas Secretarias Municipais de Saúde. Nos três níveis de atenção, as regiões Sudeste e Sul se destacam como mais positivas, relativamente, quanto à existência dessas instâncias tanto no nível estadual quanto municipal nas capitais e municípios

Tabela 3. Distribuição percentual da frequência de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas unidades da rede de Atenção de Recuperação/Reabilitação, no total dos municípios e capitais participantes, e nas regiões do país, segundo o porte dos municípios.

Existência e Frequência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde/NPVPS		NPVPS Existe				NPVPS Não existe	N Total
		Em todas	Na maior parte	Em algumas	Em uma		
Total dos Municípios		7,3	1,8	8,2	13,6	69,1	110
Capitais		0,0	0,0	42,9	14,3	42,9	7
Regiões	Porte dos municípios						
Norte	Até 99.999	0,0	0,0	14,3	0,0	85,7	7
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	14,3	85,7	7
Nordeste	Até 99.999	12,0	8,0	8,0	4,0	68,0	25
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Sudeste	Até 99.999	4,5	0,0	0,0	18,2	77,3	22
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	8,3	16,7	75,0	12
Sul	Até 99.999	20,0	0,0	5,0	25,0	50,0	20
	100.000 e + habitantes	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	4
Centro-Oeste	Até 99.999	0,0	0,0	0,0	28,6	71,4	7
	100.000 e + habitantes	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	3

Fonte: Autoras.

maiores. No entanto, os núcleos são ainda uma realidade distante dos locais de pequeno porte em todas as regiões do país.

- Núcleos nas Secretarias Estaduais de Saúde que atendem à PNRMAV: 56,2% na atenção primária; 63,5% na atenção pré-hospitalar e hospitalar e 54,4% na atenção de reabilitação. O apoio que prestam aos municípios foi altamente reconhecido por: 83,8% dos que atuam na atenção primária; 84,1% na atenção pré-hospitalar e hospitalar; e 79,2% na atenção de reabilitação.

- Núcleos nas Secretarias Municipais: 18,8% atendem à atenção primária; 31,5% à atenção pré-hospitalar e hospitalar; e 29,1% à atenção de reabilitação. Esses núcleos reconhecidamente apoiam as unidades de saúde: 96,2% da atenção primária; 97,1% da atenção pré-hospitalar e hospitalar e 93,1% da atenção de reabilitação.

A análise qualitativa das entrevistas buscou aprofundar alguns aspectos não cobertos pelo estudo quantitativo como o movimento de criação, avanços e impasses dos núcleos nos municípios e nas capitais. Os resultados compõem a síntese trazida no Quadro 1 que mostra a variedade de situações.

O quadro mostra a existência dos núcleos e o apoio prestado por eles aos municípios e unidades de saúde, o que quer dizer que a PNRMAV se tornou presente no sistema. Mas observa-se que para a institucionalização dessa política ainda falta muito. Há casos emblemáticos como os dos municípios de São Paulo e de Fortaleza que implantaram Núcleos de Prevenção em todas as unidades básicas de saúde. E na região Centro-Oeste, todas as capitais possuem núcleos de prevenção ou dispositivos que atuam de modo semelhante. Porém, em nenhum município de pequeno porte foi mencionada a existência dessa instância. Contudo, esse não foi um movimento generalizado.

Observa-se que em alguns locais, a tomada de consciência não veio da indução do Ministério da Saúde embora a lógica preventiva e de cultura da paz seja a mesma. É o caso de Curitiba cuja implantação da proposta local veio do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano (IPPUC) já em 1998, preocupado com a situação de maus tratos de crianças e adolescentes. É o caso também de Porto Alegre com o “Observatório de Violência” que junta e articula visões e propostas de várias secretarias municipais.

Além de um processo de implantação ainda frágil – talvez pela especificidade da política que não se nutre da lógica biomédica e atua num modelo de complexidade – há alguns desvios que merecem atenção: em certos locais, a

atuação do que se nomeia “núcleo” se aproxima mais do funcionamento do serviço do setor de vigilância epidemiológica de agravos por causas externas e sua atividade se resume ao monitoramento epidemiológico de dados.

Discussão

No Brasil, a PNRMAV existe há 23 anos, e foi um marco importante de uma proposta pública de cuidado à saúde das pessoas em situação de violência e acidentados¹⁶. Como um conceito operacional, os Núcleos de Prevenção, conforme descrito na introdução, foram criados pelo Ministério da Saúde para implementar essa proposta.

O intuito deste estudo foi conhecer onde estão, como estão e como funcionam esses Núcleos na prática. No entanto, o trabalho de pesquisa foi intensamente prejudicado pela pandemia de COVID-19. Os profissionais de saúde interlocutores envolvidos na PNRMAV estavam assoberbados de trabalho, o que é totalmente compreensível. Contudo, entende-se que o conjunto de dados que o estudo traz, embora não seja representativo, aponta vários problemas: os núcleos carecem de investimentos financeiro, humano, de equipamentos e de capacitação contínua e permanente dos profissionais de saúde para lidarem com a temática. Entende-se ainda que em todas as regiões do país a PNRMAV e suas estratégias de prevenção da violência e promoção da saúde precisam se universalizar e chegar aos municípios de pequeno porte.

Em pesquisa avaliativa realizada em 2012, Souza *et al.*⁹ estimavam encontrar 430 núcleos municipais e 23 estaduais informados pelo Ministério da Saúde. Porém 13% dos municipais e 8,7% dos estaduais, embora tivessem recebido recursos, ainda não haviam sido implantados. O estudo contou com a participação de 185 (49,5%) núcleos municipais e 15 (71,4%) estaduais. Observou-se que mais da metade deles apresentava bom desempenho, mas 42,7% necessitavam de apoio para adequar sua atuação. Embora a maior parte estivesse cumprindo bem as diretrizes de composição e qualificação da equipe (75,1%) e de implantação da notificação (72,4%), os autores destacaram que 46,5% dos núcleos admitiam dificuldades para conseguir capacitar seus profissionais. Na época, já se apontava a pouca disponibilidade de profissionais da saúde (59,5%) e de outros setores (50,8%) para a execução das ações previstas para os núcleos.

Cerca de duas décadas após a criação dos NPVPS, observa-se nesta pesquisa que, onde se

Quadro 1. Síntese dos achados das entrevistas sobre criação e presença dos NPVPS.

Estados/Municípios	Presença de NPVPS	Observações
Região Norte		
Belém-PA	Sim	O NPVPS foi instituído por portaria, entre os anos de 2010 e 2011 com apoio financeiro do Ministério da Saúde. Tem um único profissional responsável técnico pela PNRMAV. Existe um comitê estadual de escalpelamento, problema importante na região amazônica, no qual o núcleo municipal tem representante.
Manaus-AM	Sim	Tem um núcleo ligado à vigilância epidemiológica, localizado no setor de promoção da saúde que, desde 2013 vem trabalhando na prevenção de acidentes de trânsito. Em 2015, foi implantado o observatório de trânsito.
Boa Vista-RR	Sim	O NPVPS foi instituído por portaria.
Palmas-TO	Sim	O NPVPS foi instituído por portaria.
Carauari-AM	Não	
Santarém-PA	Não	
Rio Branco-AC	Sim	Recebeu financiamento do Ministério da Saúde nos anos de 2009/2010.
Estado do Acre	Sim	O núcleo estadual, que foi implementado através de portaria em 2021, recebeu financiamento do Ministério da Saúde nos anos 2009 e 2010.
Região Nordeste		
São Luís-MA	Não	Foi mencionada a elaboração de um projeto com o objetivo de formalizar o NPVPS.
Aracaju-SE	Sim	Possui núcleo municipal que iniciou como unidade sentinela para os casos de violências e, posteriormente, foi ampliado para os serviços de saúde, especialmente de urgência/emergência.
Rio Tinto-PB	Não	
Estado do Rio Grande do Norte	Sim	O núcleo estadual presta apoio aos serviços de saúde dos municípios.
Estado da Paraíba	Sim	O núcleo estadual presta apoio aos serviços de saúde dos municípios.
Estado de Pernambuco	Sim	O núcleo estadual presta apoio aos serviços de saúde dos municípios. Ele foi implementado em 2007 com financiamento do Ministério da Saúde.
Região Sudeste		
São Paulo-SP	Sim	Uma portaria instituiu NPVPS nas 468 Unidades Básicas de Saúde/UBS com, em média, quatro profissionais em cada uma delas, o que expressa a presença de quase 2.500 profissionais nos NPVPS nessa cidade. Há atividades sobre acidentes e violências nos setores de vigilância epidemiológica.
Rio de Janeiro-RJ	Sim	Existe o núcleo municipal desde o ano de 2009.
Estado do Espírito Santo	Sim	Possui um núcleo estadual. No estado, os núcleos foram implementados no ano de 2008. Há atividades sobre acidentes e violências nos setores de vigilância epidemiológica.
Vitória-ES	Sim	Conta com quatro profissionais de saúde.
Serra-ES	Sim	Conta com quatro profissionais de saúde.
Núcleo Acadêmico - Claves Rio de Janeiro-RJ	Sim	O Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da ENSP/Fiocruz é um núcleo acadêmico que tem participado de várias ações relativas à implantação e implementação da PNRMAV. Além de ter atuado na sua formulação, tem desempenhado papel importante na formação de profissionais do Sistema Único de Saúde/SUS na temática dos acidentes e violências, a partir de cursos lato e stricto sensu na Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, e da Saúde da Criança, Mulher e Adolescente do Instituto Fernandes Figueira (IFF).
Belo Horizonte-MG	Não	Há atividades sobre acidentes e violências nos setores de vigilância epidemiológica. Criou-se um grupo de trabalho que ficou responsável por organizar discussões e ações sobre a promoção da saúde e os diversos tipos de violência.
São Tomás de Aquino-MG	Não informado	

continua

institucionalizaram, os núcleos têm sido fundamentais para o apoio às unidades de saúde nos três níveis. Diferentemente do estudo anterior⁹,

no qual os municipais apareciam com mais protagonismo e os estaduais ainda se indagavam sobre seus objetivos e funções, os resulta-

Quadro 1. Síntese dos achados das entrevistas sobre criação e presença dos NPVPS.

Estados/Municípios	Presença de NPVPS	Observações
Região Sul		
Curitiba-PR	Não	A cidade conta com um dispositivo que, embora não seja nomeado como “núcleo”, exerce papel que se aproxima do que é previsto para um equipamento desse tipo. A construção da Rede de Proteção contra a Violência dessa cidade ocorreu após uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), no ano de 1998 sobre a situação de crianças e adolescentes, que identificou a necessidade de criação dessa rede. Existe o setor de vigilância epidemiológica de agravos externos.
Porto Alegre	Não	À época da entrevista havia acabado de ser publicada uma portaria municipal de criação de um Grupo de Trabalho (GT) voltado para a prevenção de violência. Esse grupo vem sendo chamado de Escritório de Prevenção da Violência seguindo uma inspiração norte-americana. Trata-se de um grupo intersetorial que envolve diversas secretarias cujo principal objetivo é articular a atenção integral às pessoas em situação de violência. Existe o setor de vigilância epidemiológica de agravos externos.
Estado Rio Grande do Sul	Sim	Segundo relato, havia um programa próprio de vigilância de violências que demorou a se integrar ao Programa Nacional, segundo a respondente, só o fazendo em 2006.
Estado do Paraná	Sim	O núcleo estadual foi criado em 2012 com incentivo financeiro do Ministério da Saúde. 144 municípios do estado receberam recursos financeiros para a implantação de núcleos municipais, tendo sido feitos quatro repasses pontuais entre os anos de 2012 e 2015.
Florianópolis-SC	Não informado	
Dois Vizinhos-PR	Não informado	
Santa Maria-RS	Não informado	Existe o setor de vigilância epidemiológica de agravos externos.
Região Centro-Oeste		
Cuiabá-MT	Não	Em 2015, foi constituída a Rede de Proteção às Pessoas em Situação de Violência que é composta por um grupo multiprofissional de diferentes esferas (profissionais da justiça, saúde, educação e assistência social) que se encontram mensalmente para discutir questões relacionadas à rede de atendimento, problemáticas específicas, e direcionamentos.
Campo Grande-MS	Sim	Foi criado em 2005 a partir de uma portaria municipal. Existe o monitoramento dos agravos externos, gerando diagnósticos para a construção de ações na assistência à saúde. Atua ainda na articulação da rede intra e intersetorial e organiza campanhas de prevenção às violências.
Goiânia-GO	Sim	Existe um núcleo, e a equipe trabalha principalmente no monitoramento dos agravos externos, gerando diagnósticos para a construção de ações na assistência à saúde. Atua ainda na articulação da rede intra e intersetorial e organiza campanhas de prevenção às violências. Entretanto, foi sinalizado que ao agregar muitas ações diferentes, a vigilância desses agravos acaba sendo prejudicada.
Distrito Federal	Sim	Existe o Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências/NEPAV, localizado na Gerência de Violência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, que é responsável pela gestão dos Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV). O DF conta com oito desses núcleos que são coordenados por gestores locais, têm um caráter assistencial e alguns serviços específicos de atenção às pessoas em situações de violência estão ligados a eles.
Estado do Mato Grosso	Sim	Existem 12 núcleos municipais que têm ou já tiveram financiamento do Governo Federal, inclusive em Cuiabá, embora a entrevistada desse município desconheça a existência desse núcleo. O setor de vigilância epidemiológica dos acidentes e violências está presente na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso.

Fonte: Autoras.

dos atuais mostram os núcleos estaduais mais presentes e atuantes, sobretudo, em relação ao apoio às cidades de pequeno porte, onde essas instâncias inexistem.

Os documentos de criação ressaltam que os núcleos foram criados como estratégia da PNRMAV para orientar, incentivar e atuar intra e intersetorialmente na prevenção dos acidentes e violências, na promoção da saúde e da cultura de paz. Porém, aos poucos e na ausência de uma ação mais incisiva do Ministério da Saúde, em certos municípios ocorreu um redirecionamento que contemplou mais as necessidades locais do que as recomendações mais amplas da política. Por exemplo, em algumas cidades, eles se multiplicaram nas subdivisões geográficas ou administrativas: é o caso de São Paulo-SP, Distrito Federal e Rio de Janeiro-RJ que descentralizaram as funções e atividades destinadas aos núcleos. Outros municípios, simplesmente não contam com esse dispositivo, sugerindo que permanece a necessidade de mais incentivo para criação e implantação de forma mais adequada do que corresponde à função de cada um. Sobre tudo em relação à necessidade de apoio aos pequenos municípios.

Os dados mostram que os núcleos estão principalmente nos municípios de grande porte, o que é previsível. É nesses espaços socioculturais que se concentram as maiores ocorrências de acidentes e violências, assim como se localiza a rede de serviços de assistência às vítimas. Igualmente, houve uma indução do Ministério da Saúde que, inicialmente, apoiou a criação de núcleos em municípios com mais de 100.000 habitantes e elevados índices de mortes por causas violentas⁴.

No contexto nacional são escassas as pesquisas sobre o papel e a efetividade dos núcleos de prevenção de acidentes e violências. Mas há alguns trabalhos aqui mencionados. Um estudo de Sá *et al.*¹⁷ na cidade de São Paulo se destaca nesse sentido. Os autores ressaltam alguns pontos positivos fundamentais: os núcleos, inseridos em unidades de saúde, são espaços para discussão sobre pessoas em situação de violência e para a formação e atuação dos profissionais de saúde. A identificação das expressões de violência, a compreensão das repercussões físicas e subjetivas e a elaboração de estratégias de acolhimento das vítimas são aí trabalhadas. E os autores enaltecem a importância de haver uma rede de cuidados em que profissionais estejam sensibilizados para o acolhimento, a pactuação de fluxos de atendimentos e para elaboração de protocolos e manejo¹⁷.

Santos¹⁸, também pesquisou os núcleos da cidade de São Paulo e enfatizou os desafios que enfrentam: dificuldade de articulação e diálogo com outras políticas e instâncias pela falta de clareza sobre o papel de cada instituição; o sofrimento dos profissionais de saúde que atuam com o tema; a deterioração do espaço físico de algumas unidades de atendimento; e a falta de amparo institucional para lidar com as situações de violência que se dão dentro e fora das unidades de saúde.

Em estudo sobre os núcleos na cidade de Olinda-PE, Silva¹⁹ também resalta as dificuldades para implementar a PNRMAV e o núcleo no município: constantes mudanças políticas e administrativas; ausência de espaço físico específico para a implementação das ações; infraestrutura inadequada e dificuldades para deslocamentos dos profissionais de saúde. Assinala ainda uma questão de fundo: violência e acidentes não foram objeto da formação básica dos profissionais.

Lopes e Silveira²⁰ investigaram a atuação do NPVPS de Itabuna-BA nos anos de 2015 e 2016. Identificaram que o núcleo valorizava a realização de ações intersetoriais desde a notificação até a participação em eventos de controle social. Mas, notaram a falta de detalhamento sobre as ações empreendidas e a ausência da avaliação do impacto dessas ações, o que limita a compreensão acerca do alcance da atuação.

Os achados das pesquisas citadas corroboram o que se apurou neste estudo sobre a importância dos núcleos como espaços de implementação da PNRMAV de um lado, de outro, sobre as dificuldades práticas que uma atividade dessa natureza traz. Em geral, os entrevistados que integram núcleos municipais e estaduais – ainda que descritos com formatos e nomenclaturas distintas – são os que mais compreendem o desenvolvimento da política e das práticas e são, também, os que mais e melhor falaram sobre o tema, tanto sobre o que vêm conseguindo como os empecilhos a sua ação. Muitos dos integrantes dos núcleos são pessoalmente implicados com o enfrentamento das violências, conhecem a Política e se empenham, muitas vezes individualmente, para que ela siga sendo implementada. Isso, certamente, influenciou sua indicação, pelos gestores, para que falassem sobre monitoramento e notificação, atendimento, formação de profissionais, rede de atenção e ações de prevenção aos acidentes e violências. Essas pessoas são denominadas e se denominam “responsáveis” pelo tema da violência e dos acidentes nos municípios e nos estados.

Ao contrário, foi difícil, na atual pesquisa, encontrar gestores dos três níveis de atenção que soubessem sobre a política e sobre os núcleos e estivessem dispostos a discorrer sobre o assunto.

Há uma questão que perpassa a atuação de muitos núcleos coordenados por profissionais dos setores de vigilância em que a ênfase é dada não à promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências e, sim e tão somente, na qualificação dos dados. Esse reducionismo talvez reflita o fato de a gestão da PNRMAV estar, no nível federal, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, o que assegura maior visibilidade às ações de monitoramento e notificação. As entrevistas com os gestores e profissionais da saúde deixam muito claro o baixo investimento atual do Ministério no tema da violência – indo de encontro à recomendação da Organização Mundial de Saúde em seu relatório de 2002. Há uma concentração de tarefas e responsabilidade pelo tema nas mãos de técnicos extremamente comprometidos, mas sem quase nenhum poder decisório e sem apoio político, técnico e financeiro. Alguns atuam sem a devida clareza quanto ao fato de serem ou de um setor de vigilância ou integrantes de um núcleo (o central, o federal).

Considerações finais

Chama atenção a dificuldade de alguns entrevistados para falar sobre o processo de criação, existência e permanência dos núcleos em suas cidades e estados, e o fato de vários desses equipamentos terem assumido outras características, funções e denominações. Tais constatações parecem ser efeito do fenômeno da alta rotatividade dos profissionais de saúde, mas também da falta de apoio técnico, político e financeiro para implementação da PNRMAV e o bom desempenho dos núcleos. Há carência, inclusive, de dados oficiais sobre quais núcleos seguem ativos e quais foram desativados, o que aponta para a necessidade de uma análise mais apurada e maior participação da gestão federal e estadual no incentivo e monitoramento dos núcleos.

Ressalta-se que é de extrema importância a continuidade das ações de prevenção das mais diferentes formas de violência e acidentes. Para que isso se efetive, são necessários investimentos na ampliação das equipes e aumento dos apoios das secretarias municipais, dos núcleos estaduais e do Ministério da Saúde, de forma que os dois temas sejam priorizados. Os dados aqui apresentados mostram que a existência de núcleos de prevenção que funcionem dentro de seu propósito e em plena capacidade têm impactos positivos para as pessoas, para sua saúde e para a construção da paz.

Colaboradores

ER Souza participou do planejamento, análise dos dados e escrita do texto. CB Andrade e DH Costa participaram da análise qualitativa dos dados e escrita do texto. LW Pinto participou da análise quantitativa dos dados.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *World Health Assembly: Prevention of violence: public health priority* (WHA 49.25). Geneva: WHO; 1996.
2. Organización Panamericana de Salud (OPAS). *Violencia y salud. Resolución n. XIX*. Washington, D.C.: OPAS; 1994.
3. Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):339-348.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*; 2004.
5. Souza ER, coordenadora. *Projeto de assessoria, capacitação e avaliação das ações de implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/Fiocruz; 2008.
6. Souza ER, Njaine K, coordenadores. *Avaliação do processo de implantação e implementação do programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito*. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/Fiocruz; 2009.
7. Souza ER, Ribeiro AP, Sousa CAM, Valadares FC, Silva JG, Njaine K, Minayo MCS. *Vidas preservadas: experiências intersetoriais de prevenção dos acidentes de trânsito*. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Deslandes SF, Souza ER, organizadores. *Avaliação do processo de implantação e implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/Fiocruz; 2011.
9. 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/ENSP/Fiocruz; 2012.
10. Denzin NK. *The research act*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.
11. Minayo MCS, Sanchez O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):239-262.
12. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos. Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
13. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2006.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
16. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2007-2016.
17. Sá RM, Lorenzato EA, Melman J. Núcleo de Prevenção da Violência: estratégia para a organização e fortalecimento da rede de cuidado à pessoa em situação de violência no município de São Paulo. In: *XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo* [Internet]. 2016 abr 13-15 [acessado 2023 jun 10]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-11814/sms-11814-8887.pdf>.
18. Santos KD. *Atenção básica à saúde e enfrentamento da violência: um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NP) na cidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2020.
19. Silva FF. *Análise das ações de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no município de Olinda: estudo de caso* [dissertação]. Pernambuco: Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
20. Lopes RO, Silveira PS. A atuação do Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde de Itabuna-BA de 2015 e 2016: uma articulação entre saúde pública e direitos humanos. *Opará* 2020; 8:e132013.

Artigo apresentado em 05/11/2024

Aprovado em 02/12/2024

Versão final apresentada em 04/12/2024

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