Parte I — Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde

2. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Maria Cecília de Souza Minayo
Cláudia Araújo de Lima

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, M.C.S., and LIMA, C.A. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 43-56. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Maria Cecília de Souza Minayo e Cláudia Araújo de Lima

Neste capítulo, discutiremos o significado e a importância de uma política pública, tomando por base a que foi definida pelo Ministério da Saúde como Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Começaremos por definir os termos principais desse debate e suas implicações, buscando contribuir para que você possa se apropriar do tema.

O termo “política” é derivado do grego *politheia*. Na Antiguidade, significava o conjunto de procedimentos relativos à administração e à gestão das *polis*, as cidades gregas. Esse conceito foi se desenvolvendo historicamente – todo conceito é fruto de uma construção histórica – e hoje significa as formas como o poder é apropriado e exercido.

Políticas públicas é um conceito aplicativo do universo maior da política, representando as estratégias por meio das quais o Estado estabelece prioridades e justifica a alocação dos recursos de que dispõe.

Toda política pública é fruto de uma demanda da sociedade. Sua inclusão na agenda do Estado e, depois, como prioridade de determinado governo, geralmente é precedida de uma história que inclui pressões do contexto internacional e nacional. Esse é o caso da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que veio sintetizar anseios da sociedade internacional e brasileira **de tratar o tema da violência como problema de saúde pública**.

Políticas públicas são ações articuladas pelo Estado com recursos financeiros e humanos próprios. Envolvem uma dimensão temporal e se propõem a ter alguma capacidade de impacto sobre determinado problema. As políticas públicas tratam desde a implantação de serviços até projetos de natureza ética, compreendendo vários níveis de relação entre o Estado e a sociedade civil. Seu traço definidor e característico é a presença do aparelho público-estatal na definição, indução, no acompanhamento e na avaliação das propostas, mesmo quando, para sua realização, ocorram parcerias e consórcios com instituições não governamentais e universidades, entre outras.

Neste texto, visamos sintetizar dois pontos:

- a história da incorporação do tema da violência no campo da saúde pública;
- os elementos que entraram na formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e desdobramentos desse processo.

2.1 História da incorporação do tema violência na agenda do setor saúde

Você conhece a história da incorporação do tema violência na agenda do setor saúde?

Para refletir

Depois de ler este texto, procure comparar o que você sabia com o que é relatado.

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, foi na década de 1980 que o tema da violência entrou com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais. No nosso país, essa presença coincidiu com o término (oficial) da ditadura militar.

Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para transformar a violência social em questão pública.

No setor saúde, o tema vem se introduzindo, pouco a pouco, também desde os anos 1980. Mas é a partir da década de 1990 que podemos considerar a consolidação do discurso que articula violência e saúde. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) escolheu a prevenção de **traumas e acidentes** como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde, tendo como justificativa a frase atribuída a William Forge, segundo o qual “desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 7).

Em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) da OMS, realizou uma Conferência em Washington para abordar o tema. Em sua conclusão, publicou uma resolução, na qual:

- evidencia que o perfil de morbimortalidade das Américas aponta a violência como problema social e um dos principais fatores de óbito e de demanda aos serviços de saúde da região;
- coloca esse tema na pauta da saúde pública; e
- instiga os países latino-americanos a realizarem ações intersetoriais, visando à redução do problema (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Os participantes da conferência entenderam que a transição epidemiológica dos países da região apresentava uma questão antiga com novas cores e evidências, e era preciso defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la para que fosse tratada com as distinções próprias do setor, e nos aspectos da intersetorialidade. A frase a seguir consolida o pensamento da Opas:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993, p. 3).

Em 1997, a OMS, na sua Assembleia Geral, apresentou o tema da violência como um dos principais problemas que afetam hoje a saúde pública no mundo. Essa questão também foi incluída entre as cinco prioridades para a ação desse organismo na região das Américas, nos cinco primeiros anos do século XXI (MINAYO; SOUZA, 1999). Em 2002, as reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo da última década do século XX foram consolidadas em um relatório oficial da OMS.

Esse documento não deixa dúvidas quanto ao compromisso da OMS de incluir a violência como um problema de saúde pública. O texto, denominado World Report on Violence and Health (Relatório Mundial sobre Violência e Saúde) (KRUG *et al.*, 2002), apresenta um diagnóstico situacional sobre a violência no mundo, em suas mais diferentes manifestações; aponta métodos de abordagem para sua medição e compreensão e faz recomendações aos países-membros, propondo estratégias de atuação. Uma das recomendações da OMS foi que cada país produzisse seu próprio relatório com o diagnóstico da situação e propostas de ação. No Brasil, esse informe foi produzido e publicado em 2005 (BRASIL, 2005). Também em 2005 foi oficializado o Plano Nacional de

Para ampliar seus conhecimentos leia:

- o informe brasileiro sobre violência e saúde, denominado *Impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros*, organizado por Edinilsa Ramos de Souza e Maria Cecília de Souza Minayo (2005);
- o documento do Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Você também pode ter acesso ao Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, entrando no site da OMS.

Explicações específicas sobre as várias formas de violência contra a criança serão abordadas na parte II deste livro.

Redução de Violências e Acidentes, que começou a vigorar estabelecendo parâmetros, formas de atuação, metas e modo de avaliação.

Como já assinalamos anteriormente, podemos observar a pressão dos movimentos sociais, de estudiosos e profissionais da saúde, antecedendo as propostas oficiais dos órgãos nacionais e internacionais. Um dos aspectos mais estudados, debatidos e indicados para atuação do setor saúde é a violência contra crianças e adolescentes. Embora existam documentos históricos que mostrem desde a Antiguidade, a preocupação da sociedade em abolir castigos e maus-tratos na infância data dos anos 1960. Nesse período, os primeiros textos foram escritos por profissionais da saúde, denunciando a violência contra esse grupo e apontando sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas (KEMPE *et al.*, 1962). Uma década depois que esses pioneiros pediatras cunharam a expressão **síndrome do bebê espancado**, vários profissionais, em grande parte dos países, passaram a reconhecer e a diagnosticar as violências contra crianças e adolescentes como problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções de vários tipos, principalmente nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, começaram a compor a pauta de instituições públicas, privadas e de organizações não governamentais (ONGs).

Procure conhecer melhor o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003). No site do governo federal, você pode encontrar a versão completa desta lei que contém todas as inserções realizadas ao longo dos anos.

No Brasil, os pediatras também passaram a estudar, diagnosticar e tratar síndromes de crianças maltratadas. Mais que isso, os que se sensibilizaram com esse problema se incluíram nos movimentos de pressão da sociedade junto com profissionais das mais diferentes áreas e militantes de ONGs. Nos anos 1980, foi muito grande a mobilização social no Brasil, visando ao reconhecimento dos direitos desse grupo social, redundando na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990.

Assinalamos como relevante o pioneirismo das atividades dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami), em São Paulo; da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), no Rio de Janeiro; e da Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abnapi), em Minas Gerais (MINAYO; SOUZA, 1999). Essas entidades são exemplos de aglutinação de profissionais que buscaram realizar intervenções a partir do setor saúde. Elas continuam vivas e atuantes e não só pensam o diagnóstico do problema, como atuam e promovem assessoria aos gestores de políticas públicas no tema específico. Hoje existem vários programas e iniciativas do setor saúde e da sociedade que focalizam

a prevenção da violência contra jovens e crianças. Esse movimento representa importante avanço democrático da sociedade brasileira.

Um segundo tema que há muito vem mobilizando a sociedade é a violência contra as mulheres. Sua introdução na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento, desde os anos 1970, passou a pressionar o setor saúde para que atuasse ativamente e oferecesse respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes das agressões das quais a população feminina é vítima, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações (HEISE, 1994).

Foram direcionadas à área da saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. Os primeiros documentos relativos ao impacto da violência sobre a saúde, provenientes da Opas, apresentam uma forte influência feminista no diagnóstico e nas propostas de ação em relação à questão de gênero e outras. No âmbito da violência contra a mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) leva em conta a relevância do tema e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público.

Procure ler a proposta do PAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher): princípios e diretrizes (BRASIL, 2004b).

Um dos últimos temas a entrar na pauta da saúde é o dos maus-tratos contra idosos. Essa problemática foi nomeada pela primeira vez em 1975, em um periódico inglês, a partir do termo “espancamento de avós” (BAKER, 1975; BURSTON, 1975). Ultimamente esse assunto vem se intensificando nos estudos do setor saúde e na atenção dos profissionais. Em 2003, foi promulgado o Estatuto do Idoso, que em seu artigo 3º trata especificamente do tema da violência e chama à responsabilidade intersetorial e interinstitucional os órgãos públicos, incluindo o setor saúde. No documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), esse tema é tratado de forma específica.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006) está disponível no site do Ministério da Saúde. Para saber mais acesse os documentos da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH).

Outros temas – como a violência racial e a violência contra pessoas com deficiências – paulatinamente são incluídos na pauta da atenção à saúde, sendo que, em todos os casos, a presença na agenda do setor depende muito da pressão da sociedade civil e dos movimentos específicos.

Para saber mais sobre o crescimento de programas e ações relativos à violência no SUS, leia o capítulo “Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde”, do livro *Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde* (ASSIS, DESLANDES, MINAYO, 2017).

No Brasil, a consideração do tema violência como problema de saúde pelos órgãos oficiais, principalmente pelo Ministério da Saúde, vem ocorrendo de forma fragmentada, mas progressiva. Já na metade dos anos 1990, muitas secretarias de saúde municipais, em articulação com organizações da sociedade civil, criaram estratégias e serviços de prevenção e de assistência aos agravos provocados pelas diferentes manifestações da violência. Tais iniciativas se multiplicaram desde então, geralmente congregando instituições públicas, ONGs e institutos ou grupos de pesquisa.

Devemos dar destaque à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que tem uma linha de pesquisa sobre “causas externas” desde a década de 1970, e à Fundação Oswaldo Cruz que, em 1989, criou na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), hoje Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Esse último foi instituído com a finalidade de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, de formar profissionais e de assessorar as políticas públicas do setor. Atualmente o Claves está associado ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz. Está também articulado com a Biblioteca Regional da Opas (Bireme), constituindo seu núcleo de documentação e divulgação científica e uma biblioteca virtual sobre violência e saúde.

Em 1998, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com assessoria do Claves, instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com o UNICEF e a UNESCO. Esse plano ofereceu orientações gerais para o conjunto dos municípios e adotou metas de sensibilização a partir das secretarias de saúde, visando à capilarização no sistema, de um tema ainda pouco familiar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 1998). Essa organização, posteriormente, passou a fazer parte da Rede Gandhi como âncora dessa instituição e, desde então, o tema da não violência e da cultura da paz passou a fazer parte da pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse Conselho, que reúne os mais de 5.500 secretários de saúde no país.

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Depois de vários, longos e difíceis caminhos e descaminhos que a gestão política percorre, em maio de 2001 foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde, oficializando o documento de definição da Política. Em 2005, foi também promulgado um plano de ação setorial. Desses dois últimos dispositivos falaremos mais detalhadamente.

2.2 A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), aprovado por portaria do Ministro da Saúde em maio de 2001, em primeiro lugar trata o tema em pauta como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. É no mesmo sentido que define os conceitos de violência e os distingue de acidentes – uma vez que, tradicionalmente, esses dois termos vêm juntos na Classificação Internacional das Doenças sobre causas externas –, mas incorpora essa categoria em sua abordagem.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade onde a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Nele, são analisadas as fontes de informação e a documentação oficial existente, sua importância e suas deficiências. Esse diagnóstico situacional, embora apresente apenas dados aglomerados que se referem ao país como um todo, define detalhadamente as várias formas de manifestação do problema (agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência), além de distinguir as formas diferenciadas com que a violência incide em homens e mulheres, nas diversas faixas etárias e em grupos sociais específicos.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ressalta a relevância do tema da violência para a saúde pública, assinalando que no Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de apenas 10 anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes. Desse total, faleceram por homicídio cerca de 400 mil, dos quais mais de 70% eram jovens e adultos. O texto ressalta que tanto no país quanto no resto do mundo, os óbitos infligidos por outros ou autoinfligidos constituem sério problema social. Assinala ainda que danos, lesões, traumas e mortes, causados por acidentes e violências, correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. E destaca que a violência provoca sérios prejuízos econômicos decorrentes de dias de ausência do trabalho, danos físicos, mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas, suas famílias e para

Você conhece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Procure-a no site do DATASUS e leia-a, fazendo sua própria análise. Quais pontos você ressaltaria como mais relevantes?

Para saber mais, leia duas revisões sobre violência e saúde no Brasil:

- *Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*, publicado pela Editora Fiocruz em 2003; e
- “Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde”, do livro *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*, publicado pela mesma editora em 2017.

Nesses livros, você tem acesso a uma vasta revisão e análise sobre o tema das violências e dos acidentes no Brasil.

a sociedade. No que se refere ao sistema de saúde, as consequências da violência, entre outros aspectos, afetam o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também descreve as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem com as informações do setor saúde e sua prática. Faz uma reflexão sobre o Código Nacional de Trânsito promulgado em 1997; analisa as contribuições e as lacunas da Declaração de Óbitos, dos Boletins de Ocorrência Policial, dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito; da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quanto aos dispositivos; e dos Sistemas de Informação do SUS para Mortalidade (SIM), Morbidade (SIH/SUS) e Envenenamentos e Intoxicações (Sinitox).

A seguir, o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências enfatiza os princípios que o norteiam, reafirmando que esses são os mesmos que orientam o SUS.

Promoção da saúde é uma estratégia adotada pelo setor saúde e também por outros setores da sociedade para melhorar a qualidade de vida da população, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

O objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde é estimular a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade.

Esses princípios fundamentam as diretrizes a serem seguidas nos planos nacionais, estaduais e municipais:

- saúde como direito fundamental e como requisito para o desenvolvimento social e econômico;
- direito de qualquer cidadão brasileiro, ao respeito à vida como valor ético;
- promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução das violências e dos acidentes.

As diretrizes condizentes com os princípios citados foram estabelecidas no referido documento. Nele, essas diretrizes, resumidas a seguir, estão definidas e problematizadas:

- promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violências e acidentes;

- estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;
- investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente no âmbito local.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também distribui responsabilidades institucionais, tendo como critério a articulação intersetorial nos âmbitos dos governos federal, estaduais e municipais e com a sociedade civil, nas áreas de desenvolvimento urbano, justiça e segurança, trabalho, emprego e previdência social, transportes e ciência e tecnologia.

O texto cita especificamente o papel das universidades, dizendo que elas não podem ficar alheias ao problema da violência, uma vez que ele afeta profundamente a sociedade brasileira. Propõe que elas se engajem na formação de recursos humanos para lidar com os problemas específicos, tratados ao longo do documento. Ele chama atenção para que se produzam pesquisas de caráter estratégico, a fim de que o setor saúde possa atuar e apresentar impactos positivos, a partir de diagnósticos cientificamente informados.

Por fim, o texto dedica um capítulo ao tema da avaliação como a forma mais eficiente de monitoramento de uma política pública, visando ao bom emprego dos recursos públicos e ao avanço da cidadania na área da saúde. Segundo o documento da política, esse monitoramento necessita ser encarado de forma muito diferente do que nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica.

Em suas conclusões, o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ressalta uma postura filosófica e ética necessária ao setor saúde. No caso da violência, não existe destino, fatalidade ou impossibilidade de ação. Ao contrário, sua incidência apela para uma atuação incondicional em favor da vida e da qualidade de vida. No entanto, essa atuação difere das formas tradicionais de prevenção e de tratamento das doenças: ela requer ao mesmo tempo a intersectorialidade (o que demanda estratégias e métodos não convencionais) e uma atenção específica que, a partir do atendimento das lesões e dos traumas, culmina num olhar abrangente da questão social e cultural.

Devemos ressaltar que o texto que fundamenta a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi escrito por uma equipe de especialistas de várias áreas (seguindo o critério de que a violência é um problema complexo e qualquer atuação precisa ser desempenhada de forma intersetorial), junto com técnicos do Ministério da Saúde e de outros ministérios. Antes de ser promulgado, seu conteúdo foi objeto de discussão em um abrangente seminário nacional com estudiosos, profissionais que atuam nos vários tipos e níveis de atendimento à população e aos membros da sociedade civil. Por isso, esse documento configura uma **produção coletiva**.

O documento final, denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, foi aprovado oficialmente por meio da publicação da Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001.

Depois desse processo, o texto foi encaminhado à Comissão Tripartite e aprovado por essa instância do SUS, que reúne representantes do Ministério da Saúde e os presidentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) confirmou o parecer da Comissão Tripartite.

Desde que a Portaria MS/GM n. 737 foi promulgada, várias ações vêm sendo executadas sob o influxo e a orientação do documento supracitado. A partir do nível central do SUS:

- a) foi construído um Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito com recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres);
- b) foram incentivadas várias ações locais em estados e municípios, dentre elas a de implantação de um programa específico para coleta de dados, contemplando variáveis que não vinham sendo levadas em conta nos sistemas tradicionais;
- c) foram realizados seminários macrorregionais sobre violência urbana e saúde pública em uma parceria do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o Congresso Nacional.

2.3 O Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências

Um dos passos mais importantes, no entanto, foi a formulação do Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências, que teve sua construção iniciada em 2003 e sua implantação e implementação em 2005. O processo de construção envolveu muitos atores governamentais e não governamentais. Esse plano foi formalizado pela Portaria n. 936 do Ministério da Saúde, de 18 de maio de 2004, que 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. Para a formulação desse instrumento, inicialmente foi feito um diagnóstico por meio do qual – e através de um indicador composto – o Ministério da Saúde estabeleceu um *ranking* dos municípios com mais de 100 mil habitantes em que a situação de violência (configurada por taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídio) fosse mais dramática.

Por contar com poucos recursos orçamentários para a execução do plano, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, na qual o programa de redução de acidentes e violências está localizado, contemplou:

- a) os 40 primeiros municípios da lista;
- b) os municípios em que vinham sendo desenvolvidas atividades do Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil no Território Nacional (Pair);
- c) os municípios de fronteira, onde se realizavam ações integrais de prevenção da violência e promoção da saúde;
- d) estados com mais de um município selecionado pelos critérios citados. Todos contam com fundos para a criação de núcleos de atuação, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisas, tendo seu funcionamento orientado por diretrizes do Ministério da Saúde.

A configuração dessas iniciativas iniciou-se em 2005. Em 2006, o Ministério da Saúde impulsionou a atuação de 15 Núcleos Acadêmicos escolhidos como Centros Colaboradores. A referida rede chegou a alcançar 1.300 municípios e foi financiada pelo Ministério da Saúde no período de 2006 a 2012 (MINAYO; SOUZA; SILVA, 2018).

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

Várias portarias, normas técnicas e essas duas fichas de notificação referentes à forma de gerenciar e tratar agravos específicos ou à notificação de violências e acidentes vêm sendo publicadas nos últimos anos.

Sobre a Rede Nacional de Prevenção da Violência, leia o documento do Ministério da Saúde: *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação de Núcleos de Prevenção da Violência em Estados e Municípios* (BRASIL, 2004a).

Foram realizadas cinco edições do VIVA Inquérito em 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. O VIVA Contínuo, em 2009, foi incorporado à notificação compulsória de violências registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), passando a ser denominado VIVA Sinan Net. O objeto de notificação compulsória de violência foi sendo ampliado, incorporando situações não previstas na legislação em função da necessidade de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos, como nas situações de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, população indígena entre outras (MINAYO; SOUZA; SILVA, 2018, p. 2010).

É preciso, também, assinalar como relevante o apoio de alguns editais voltados para pesquisa e ensino (especialmente a distância) sobre o tema da violência pelo Ministério da Saúde.

2.4 Conclusões

Quando analisamos o texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, passados alguns anos de sua promulgação, observamos que a partir de então houve um processo crescente de tomada de consciência sobre a necessidade de incluir o tema violência no pensamento e na ação da saúde. Também houve a inserção de novos temas e grupos ali inicialmente não contemplados, como é o caso das violências e discriminações por raça, cor e orientação sexual. Atualmente, por exemplo, a sociedade brasileira colocou na agenda pública, de forma contundente, a discriminação contra pessoas com deficiências.

Devemos ressaltar que há um grande número de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo o país, levando em conta os princípios da promoção da saúde. Em geral, são iniciativas intersetoriais que articulam ações do Estado e da sociedade civil e contam com o apoio das universidades. Algumas intervenções, em que a questão da cidadania e o cuidado com os jovens são os focos, mostram impacto na diminuição das taxas de homicídio em nível local, como é o caso das experiências em Diadema, São Paulo, e em Belo Horizonte.

Lembramos que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é uma política pública implementada pelo Ministério da Saúde, visando ao enfrentamento da violência. O setor de saúde pública tem incorporado paulatinamente os princípios dessa política e o setor privado vem aos poucos atuando em relação à questão da violência.

Para saber mais, entre no site do Instituto de Estudos sobre Criminalidade e Segurança Pública (www.crisp.ufmg.br) e informe-se sobre o Programa Interinstitucional Fica Vivo, de Belo Horizonte.

Se quiser aprofundar seus conhecimentos, entre no site da ONG São Paulo contra a Violência.

Por fim, após quase duas décadas da homologação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o país pode comemorar por ser um dos poucos a ter uma política de saúde especificamente dirigida a este problema social. Vários foram os avanços, mas muitos desafios ainda persistem. Entretanto, o momento de crise econômica e política e de desinvestimento em diversas áreas do Sistema Único de Saúde vem propiciando a retração de importantes ações públicas de enfrentamento à violência pelo setor saúde.

Os efeitos do contingenciamento de recursos para o SUS são uma ameaça ao pleno cuidado das pessoas em situação de violência. Reitera-se que a violência, em suas distintas formas de expressão necessita integrar efetivamente a agenda prioritária do setor saúde, conforme ainda demonstram sua magnitude e impactos na qualidade de vida da população.

2.5 Referências

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. v. 1, p. 271-296.

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics*, Beckenham, n. 5, p. 20-24, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 936, de 18 de maio de 2004. Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação de núcleos de prevenção da violência em estados e municípios. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96, 20 maio 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BURSTON, G. R. Granny battering. *British Medical Journal*, London, v. 3, n. 5983, p. 592, 6 Sept. 1975.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). *Plano de Ação para o Conasems*. Brasília, DF: Conasems, 1998. Mimeografado.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 135-145, 1994. Suplemento 1.

KEMPE, C. H. et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, n. 181, p. 17-24, 1962.

KRUG, E. G. et al. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Salud mundial*. Genebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Violência y salud*: resolución n. XIX. Washington, D.C.: OPAS, 1993.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.