

Indicadores Avaliativos da Implementação das Diretrizes da Política de Prevenção de Acidentes e Violências

Evaluation Indicators for the Implementation of the Accident and Violence Prevention Policy Guidelines

Indicadores de Evaluación para la Implementación de los Lineamientos de la Política de Prevención de Accidentes y Violencia

Liana Wernersbach Pinto <https://orcid.org/0000-0003-1928-9265>¹; Edinilsa Ramos de Souza <https://orcid.org/0000-0003-0903-4525>¹; Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva <https://orcid.org/0000-0001-7789-1671>²

Resumo Vinte anos após a criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, esses eventos permanecem como importantes causas de morbimortalidade no país. Este estudo apresenta o processo de elaboração de um conjunto de indicadores avaliativos da implementação das diretrizes da referida política. Sua formulação envolveu inicialmente a análise de indicadores de estudo prévio e, na sequência, utilizou a técnica de grupo nominal. Os indicadores propostos foram então aplicados a um banco de dados referente a questionários respondidos por gestores e profissionais de serviços de saúde municipais do SUS para os três níveis de atenção (Primária, Hospitalar e Reabilitação). Verificou-se que a maioria dos municípios foi classificada como tendo implementação regular da política; algumas diretrizes alcançaram boa implementação, enquanto outras apresentaram desempenho insatisfatório, especialmente as relacionadas à capacitação e à realização de pesquisas. Os indicadores apontaram questões importantes sobre a política, seus avanços e fragilidades. Considera-se que esta proposta possa subsidiar municípios na construção de avaliação da política como um todo ou de diretrizes específicas.

Palavras-chave Indicadores, Violência, Acidentes, Morbidade, Mortalidade

Abstract Twenty years after the creation of the National Policy for Reducing Morbimortality from Accidents and Violence, these events remain significant causes of morbimortality in the country. This study presents the process of developing a set of evaluative indicators for the implementation of the guidelines of the Policy. Its formulation initially involved the analysis of indicators from a previous study and subsequently employed the nominal group technique. The proposed indicators were then applied to a database containing responses to questionnaires completed by managers and health professionals from municipal SUS services across the three care levels (Primary, Hospital, and Rehabilitation). We found that most municipalities were classified as having a fair level of policy implementation; some guidelines achieved good implementation, while others showed unsatisfactory performance, particularly those related to training and research. The indicators highlighted important issues regarding the policy, its progress, and its weaknesses. Therefore, this proposal would be considered to provide support to municipalities in evaluating the policy as a whole or in specific guidelines.

Key words Indicators, Violence, Accidents, Morbidity, Mortality

Resumen Veinte años tras la creación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia, estos eventos continúan siendo causas importantes de morbimortalidad en el país. Este estudio presenta el proceso de elaboración de un conjunto de indicadores evaluativos para la implementación de las directrices de la Política. Su formulación implicó inicialmente el análisis de indicadores de un estudio previo y, posteriormente, se empleó la técnica de grupo nominal. Los indicadores propuestos se aplicaron a una base de datos que contenía respuestas a cuestionarios completados por gestores y profesionales de salud de servicios municipales del SUS en los tres niveles de atención (Básica, Hospitalaria y Rehabilitación). Se encontró que la mayoría de los municipios fueron clasificados con un nivel pasable de implementación de la política; algunas directrices alcanzaron una buena implementación, mientras que otras mostraron un desempeño insatisfactorio, en particular las relacionadas con la capacitación y la investigación. Los indicadores destacaron cuestiones importantes sobre la política, su progreso y sus debilidades. Por lo tanto, esta propuesta sería considerada para brindar apoyo a los municipios en la evaluación de la política en su conjunto o en directrices específicas.

Palabras clave Indicadores, Violencia, Accidentes, Morbilidad, Mortalidad

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. lianawep@gmail.com

² Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A violência, em suas diversas manifestações, tem sido reconhecida como um preocupante problema de saúde pública mundial¹, que afeta a saúde individual e coletiva, reduz a qualidade de vida e impõe desafios ao setor saúde².

No Brasil, essa percepção levou à formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)³, em 2001, cinco anos após a Assembleia Mundial realizada pela Organização Mundial da Saúde apontá-la como tema prioritário² e um ano antes do Relatório Mundial sobre Violência e saúde 2002. Essa política foi uma resposta estratégica do governo para enfrentar e mitigar os impactos da violência e dos acidentes na saúde da população brasileira.

A PNRMAV foi elaborada com diretrizes e objetivos bem definidos, visando integrar e coordenar esforços em todos os níveis de governo para uma atuação eficaz no enfrentamento à violência. Compõem as suas diretrizes³: a promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em 2007, uma análise diagnóstica detalhada foi realizada em cinco municípios brasileiros (Curitiba, Distrito Federal, Manaus, Recife e Rio de Janeiro) e seus achados foram reunidos no livro “Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências”⁴. A referida análise, na qual se empregou a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos incluindo entrevistas com gestores e aplicação de questionário, abarcou todas as diretrizes da política e teve como foco a atenção pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação. Essa avaliação destacou avanços significativos na implementação da PNRMAV, mas também apontou desafios importantes como a necessidade de maior integração intra e interinstitucional e a provisão de recursos continuados para sustentar as ações implementadas. Um aspecto que merece destaque é a ausência de inclusão da Atenção Primária, que ainda não tinha no país o peso que tem hoje.

Outros estudos foram realizados com vistas a analisar elementos que compõem a política,

tais como: notificação e registro da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes⁵, avaliação do serviço de urgência pré-hospitalar móvel^{6,7}, análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que atendem a vítimas de acidentes e violências⁸⁻¹⁰, avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência¹¹, além de estudos que analisaram a integração entre o setor saúde e os demais setores governamentais no âmbito da PNRMAV no Distrito Federal¹² e uma pesquisa específica sobre a aplicação da política no estado do Amapá¹³.

Passados vinte e três anos desde a implantação da PNRMAV, uma avaliação de seu desempenho é muito importante¹⁴. Assim, o Brasil, alinhado com as recomendações internacionais, enfrenta agora o desafio de reavaliar e fortalecer a PNRMAV frente a um cenário de mudanças sociais e de um progressivo desmonte de políticas públicas.

Este artigo tem como finalidade apresentar a elaboração de um conjunto de indicadores avaliativos da implementação das diretrizes da PNRMAV, sua junção em indicadores compostos que sintetizam as diretrizes e um outro indicador composto que agrega tais diretrizes e permite uma avaliação por estados e municípios. O objetivo é compreender os avanços e as barreiras enfrentados, e propor caminhos para o fortalecimento de ações de prevenção e melhorar a resposta da saúde pública à violência e aos acidentes.

O contexto de elaboração dos indicadores

A proposta aqui apresentada fez parte da “Pesquisa Avaliativa da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, demanda do Ministério da Saúde (MS) ao Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública (CLAVES/ENSP) da Fiocruz. Este estudo teve início em 2020, visando a avaliar o processo de implementação da PNRMAV desde sua promulgação em 2001 até o ano de 2023, tendo como base as suas sete Diretrizes.

Esta pesquisa avaliativa usou a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos e envolveu quatro etapas: (1) análise dos dados de violências e acidentes segundo os sistemas de informação nacionais (Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informações Hospitalares - SIH e Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN); (2) elaboração e aplicação de questionário para coleta de

dados nos municípios brasileiros sobre a implementação da política; (3) elaboração de indicadores avaliativos; (4) seleção de municípios para participação da etapa qualitativa a partir dos indicadores elaborados no passo três; e (4) realização de entrevistas com gestores e profissionais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sendo respeitados os preceitos estabelecidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 (nº 4732884, em 25/05/2021) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O processo de construção dos indicadores

A elaboração dos indicadores fundamentou-se em duas fontes de dados: (1) os indicadores oriundos de pesquisa anterior realizada pelo CLAVES e presentes na publicação “Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências”⁴; (2) o questionário desenvolvido pela equipe de pesquisa em colaboração com o MS para o presente estudo.

O questionário compreendeu os seguintes blocos de questões: (1) identificação do serviço e do programa; (2) estrutura existente para a realização de ações orientadas pela PNRMAV; (3) organização e articulação em rede existente entre serviços e programas; (4) formação em recursos humanos para o atendimento aos casos de vitimização por acidentes e violência; (5) monitoramento da ocorrência de acidentes e violências; (6) ações de prevenção de acidentes e violências e promoção de ambientes saudáveis e da cultura de paz.

A partir das duas citadas fontes, aplicou-se a técnica de grupo nominal¹⁵, por meio da qual um conjunto de especialistas, liderados pela coordenação da pesquisa, discutiu exaustivamente os elementos representativos de cada diretriz que, repetindo, foram os eixos estruturadores da avaliação do início ao fim. Ao término desse processo, que mobilizou a equipe de maio de 2021 a janeiro de 2022, construíram-se 14 indicadores simples para a atenção primária, 27 para o nível pré-hospitalar e hospitalar e 22 para o nível de reabilitação. Esses foram reunidos em respectivamente, cinco, seis e cinco indicadores compostos, um para cada diretriz avaliada em cada um dos níveis de atenção (Quadro 1).

As diretrizes, o número de questões dos questionários que foram utilizadas e a forma de cálculo podem ser observadas no Quadro 2. Já no Quadro 3 é apresentado o resumo do pro-

cedimento para o cálculo dos indicadores compostos para os níveis de atenção à saúde. Cada um deles foi calculado por meio da soma dos indicadores pertinentes para cada nível de atenção. E os escores avaliativos foram categorizados em *bom*, *regular* ou *ruim*, segundo o grau de implementação da PNRMAV em cada um desses níveis (Quadro 2).

A aplicação dos indicadores avaliativos

Como mencionado, a elaboração dos indicadores também serviu de base para a seleção de outros dez municípios que, além das capitais, seriam alvo da etapa qualitativa da pesquisa. De forma a calcular os indicadores para a seleção dos municípios, empregou-se os dados coletados por meio do questionário, cuja aplicação online via plataforma Redcap se deu entre julho e novembro de 2021. Os *links* para acesso aos questionários foram enviados aos secretários municipais de saúde dos 5.570 municípios do país, aos quais foi solicitado que os direcionassem aos responsáveis municipais pelos três níveis de atenção. Desta forma, a partir dos dados dos 531 questionários respondidos por 379 municípios (290 pela Atenção Primária, 128 pela Atenção Pré-hospitalar/Hospitalar e 113 pela Atenção de Recuperação/Reabilitação) procedeu-se a análise dos indicadores. Estas foram estratificadas por região e porte do município (grande ≥ 100.000 ; pequeno ≤ 99.999). Todos os procedimentos de análise foram realizados empregando-se o pacote estatístico SPSS 24 (IBM Corp, 2016)¹⁶.

Resultados

A partir da Tabela 1, é possível observar a classificação dos municípios que participaram da pesquisa quanto à implementação das diretrizes da PNRMAV, de acordo com o nível de atenção à saúde. Nessa tabela, são apresentados os resultados do indicador composto que agrega todas as diretrizes e os indicadores que as representam e a condição de implementação da Política nos municípios respondentes. Ao analisar o indicador composto, nota-se que a maioria desses territórios foi classificada como *regular* na implementação da Política. Observa-se na Atenção Primária, maior proporção de municípios com *boa* implementação (43,4%), enquanto na Atenção Pré-Hospitalar/Hospitalar encontra-se, a menor registrada (18,0%).

A implementação da Diretriz 1, medida por um único indicador relacionado à “mobilização

Quadro 1. Diretrizes da PNRMAV avaliadas e número de indicadores por diretriz, segundo o nível de atenção.

Nível de atenção	Diretrizes da PNRMAV avaliadas	Número de indicadores usados para avaliar a Diretriz						
		Diretriz 1	Diretriz 2	Diretriz 3	Diretriz 4	Diretriz 5	Diretriz 6	Diretriz 7
Primária	1, 2, 4, 6 e 7	1	3	--	6	--	3	1
Pré-hospitalar e hospitalar	1, 2, 3, 4, 6 e 7	1	3	7	11	--	4	1
Reabilitação	1, 2, 5, 6 e 7	1	3	--	--	15	2	1

Fonte: Autores.

da mídia e da sociedade em relação aos acidentes e violências”, mostra que mais de 50% dos municípios tiveram um bom desempenho em todos os níveis de atenção.

Em relação à Diretriz 2, avaliada por meio de três indicadores que abarcam “a notificação de casos de violência pelos serviços”, “a criação de fluxos de notificação inter e intrasetoriais” e “a melhoria na qualidade da informação” o desempenho dos municípios também foi classificado como *bom*. Nessa diretriz, a Atenção Primária se destacou com um percentual de 84,7%.

A Diretriz 3 se refere ao atendimento pré-hospitalar e inclui sete indicadores para avaliar “infraestrutura, equipamentos, materiais/insumos, atendimento/encaminhamento dos casos e eficácia da Central de Regulação”. Observa-se, em sua avaliação, que cerca de 60% dos municípios apresentaram *boa* implementação para o nível de Atenção Pré-Hospitalar.

Ao analisar “infraestrutura, equipamentos, materiais/insumos, recursos humanos, atendimento/encaminhamento dos casos, ações de prevenção, utilização de protocolos e linha de cuidado, existência de centro de referência e serviços especializados, bem como a articulação intersetorial” a Diretriz 4 apresentou um padrão diferente das anteriores. Para avaliá-la foram escolhidos 12 indicadores e a maioria dos municípios teve *boa* classificação em relação à Atenção Primária (56,9%), enquanto na Atenção Hospitalar a maioria teve implementação *regular* (45,1%). É importante notar que essa diretriz não inclui os serviços de Recuperação/Reabilitação.

A Diretriz 5, que diz respeito especificamente à Atenção de Recuperação/Reabilitação, abrangeu 15 indicadores relacionados à “infraestrutura, equipamentos, materiais/insumos, recursos humanos, atendimento/encaminhamento de casos, ações de prevenção, utilização de rotinas/protocolos e existência de ambulatórios/serviços especializados”. Nesse quesito a

maior parcela dos serviços foi classificada como tendo implementação *regular* (44,2%).

A Diretriz 6 se refere à “capacitação de recursos humanos” foi avaliada por quatro indicadores, e a maioria dos municípios apresentou um desempenho *ruim*. Mais uma vez, a Atenção Primária se sobressaiu, em relação aos demais níveis, mas ainda com o percentual relativamente baixo de 36,4% dos municípios tendo *boa* implementação.

Por fim, a avaliação da Diretriz 7 envolveu apenas um indicador que visava verificar a “existência de parcerias com universidades no desenvolvimento de atividades de pesquisa, ensino e extensão”, evidenciou também um desempenho *ruim* (superando 80% dos serviços com essa classificação e destaque para a Atenção Pré-Hospitalar e Hospitalar, com 91,4%).

No Gráfico 1a é apresentado o resultado do indicador composto para a Atenção Primária, segundo o porte dos municípios e regiões do país. Os dados por porte (categoria Brasil), mostram que a categoria *bom* predominou nos municípios grandes (68,0%) e a categoria *regular* nos pequenos (54,6%). Na Atenção Pré-hospitalar/Hospitalar, a classificação *regular* predominou na avaliação dos municípios de qualquer porte (Gráfico 1b), com percentuais de 45,8% e 53,8% nos de pequeno e de grande porte, respectivamente. Um grupo de 33,7% de municípios de pequeno porte apresentou implementação *ruim* nesse nível de atenção. A categoria *regular* também predominou na avaliação da Atenção de Recuperação/Reabilitação de mais de 50% dos municípios de ambos os portes (Gráfico 1c). Nesse nível de atenção, 28,6% das localidades menores tiveram implementação *ruim*. Ao comparar os níveis, existe maior disparidade entre os municípios de pequeno e os de grande porte.

Quando se observa a distribuição dos municípios, segundo o porte e a região, verifica-se que a maioria dos pequenos tiveram avaliação

Quadro 2. Indicadores avaliativos das diretrizes (D) da PNRMAV.

D	Indicador	Nº de questões	Categorias	Pontos*	Classificação	Nível de atenção
1	1: Mobilização da mídia e sociedade civil para acidentes/violências pela gestão municipal	4	Uma ou mais vezes ao ano = 2; a cada dois ou mais = 1; nunca foi feito = 0	0 a 8	Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim	AP, AH, AR
2	1: Notificação das violências (SINAN) nos serviços	1	Sim, a maioria dos serviços = 2; Sim, poucos serviços = 1; Não notificam = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	2: Pactuação do fluxo intra/intersetorial da notificação das violências nos serviços	2	Sim = 2; Não = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	
	3: Ações de melhoria da qualidade da informação na rede pública e ações padronizadas de vigilância epidemiológica para acidentes e violências	2	Uma ou mais vezes ao ano = 2; a cada dois ou mais = 1; nunca foi feito = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	
	Indicador composto da diretriz 2		Para construção do indicador composto relativo à diretriz 2 somou-se os escores dos 3 indicadores (escore total = 6) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 4 → indicador = 2 (bom); Escore ≥ 2 e <4 → indicador = 1 (regular); Escore < 2 → indicador = 0 (ruim)			
3	1: Atenção do município possui/realiza transferência e transporte de pacientes	2	Sim em uma das perguntas = 2; Sim em nenhuma = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	AH
	2: Existência de veículo de transporte sanitário ambulância do tipo B ou C ou D	3	Sim em uma das perguntas = 2; Sim em nenhuma = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	3: Atendimento das necessidades do nível e atenção em relação a infraestrutura, equipamentos/materiais/insumos	4	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 8	Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim	
	4: Atendimento das necessidades do município para os casos de acidentes/violências	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	5: Existência de ações para a atenção pré-hospitalar aos casos de acidentes/violências	8	Se em cada dupla (acidentes, violências) de variáveis pelo menos uma fosse igual a “sim” = 2; Se em cada dupla ambas as variáveis fosse “não” = 0 4 novas variáveis a partir da avaliação das duplas.	0 a 8	Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim	
	6: Atendimento/encaminhamento dos casos de acidentes/violências pela rede da atenção	9	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 18	Escore ≥ 13 bom; Escore ≥ 6 e <13 regular; Escore < 6 ruim	
	7: Efetividade da Central de regulação para atendimento aos casos de acidentes/violência	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	Indicador composto da diretriz 3		Para construção do indicador composto relativo à diretriz 3 somou-se os escores dos 7 indicadores (escore total = 14) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 10 → indicador = 2 (bom); Escore ≥ 5 e <10 → indicador = 1 (regular); Escore < 5 → indicador = 0 (ruim)			

continua

Quadro 2. Indicadores avaliativos das diretrizes (D) da PNRMAV.

D	Indicador	Nº de questões	Categorias	Pontos*	Classificação	Nível de atenção
4	1: Atendimento/encaminhamento dos casos de acidentes/violências pela rede do nível de atenção	4 e 21	Sim = 2; Não = 0	8 e 42	AP: Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim AH: Escore ≥ 28 bom; Escore ≥ 15 e <28 regular; Escore < 15 ruim	AP, AH
	2: Existência no município de programas da rede do nível de atenção que atendem casos de acidentes/violências	3	Sim = 2; Não = 0	0 a 6	Escore ≥ 4 bom; Escore ≥ 2 e <4 regular; Escore < 2 ruim	AP
	3: Existência de atendimento especializado às violências para agressores, crianças, adolescentes, idosos e mulheres	5	Sim = 2; Não = 0	0 a 10	Escore ≥ 7 bom; Escore ≥ 3 e <7 regular; Escore < 3 ruim	AP, AH
	4: Ações de prevenção e atenção aos acidentes/ violências nos serviços	3	Uma ou mais vezes ao ano = 2; a cada dois ou mais = 1; nunca foi feito = 0	0 a 6	Escore ≥ 4 bom; Escore ≥ 2 e <4 regular; Escore < 2 ruim	AP, AH
	5: Frequência de adoção da linha de cuidado como estratégia de ação, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação	1	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 2	Escore = 2 bom; Escore = 1 regular Escore = 0 ruim;	AP, AH
	6: Articulação intrasectorial do atendimento às vítimas de acidentes/violências com os serviços dos demais níveis da atenção	2 e 1	Sim = 2; Não = 0	0 a 4; 0 ou 2	AP: Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim AH: Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	AP, AH
	7: Frequência com que a internação hospitalar municipal às vítimas de acidentes/violência conta com infraestrutura, equipamentos/materiais/insumos que atendem as necessidades	2	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	AH
	8: Existência na rede hospitalar do município de Serviços de referência especializados para pessoas em situação de violência e/ou que sofreram acidentes	3	Sim = 2; Não = 0	0 a 6	Escore ≥ 4 bom; Escore ≥ 2 e <4 regular; Escore < 2 ruim	
	9: Existência de serviço(s) de urgência e emergência hospitalar municipal para atendimento dos casos de acidentes/violências	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	

continua

regular de implementação da PNRMAV em todos os níveis da atenção (Gráficos 1a a 1c). Exceção devida à região Norte, na qual se destacou a categoria *ruim* na Atenção de Recuperação/Reabilitação. Entre os municípios de maior porte, predominou a avaliação de *bom* desempenho da Atenção Primária de todas as regiões, exceto a Sul, majoritariamente considerada como *regular*. No nível Pré-hospitalar/Hospitalar, os en-

trevistados das regiões Nordeste e Centro-Oeste consideram a implementação como *boa*. No Sudeste e no Sul esse nível de atenção foi avaliado como *regular*. E no Norte, igual percentual de municípios foi classificado como *regular* e *ruim* (40% cada). Resultado bastante semelhante se observa para os municípios de grande porte quanto ao nível da Recuperação/Reabilitação: Nordeste e Centro-Oeste tiveram a maioria dos

Quadro 2. Indicadores avaliativos das diretrizes (D) da PNRMAV.

D	Indicador	Nº de questões	Categorias	Pontos*	Classificação	Nível de atenção
4	10: Existência na rede hospitalar municipal de ambulatórios especializados/serviços de referência para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual e de unidades que atendem a interrupção da gravidez prevista em lei	2	Sim = 2; Não = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	AH
	11: Recursos humanos existentes no município para a atendimento internação hospitalar dos casos de acidentes/violências	6	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 12	Escore ≥ 9 bom; Escore ≥ 4 e <9 regular; Escore < 4 ruim	
	12: Existência na atenção hospitalar municipal de rotinas/ protocolos de atendimento às vítimas de acidentes/ violências	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	Indicador composto da diretriz 4 Para construção do indicador composto relativo à diretriz 4 para a ATENÇÃO PRIMÁRIA somou-se os escores dos 6 indicadores (escore total = 12) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 9 → indicador = 2 (bom); Escore ≥ 4 e <9 → indicador = 1 (regular); Escore < 4 → indicador = 0 (ruim) Para construção do indicador composto relativo à diretriz 4 para a ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR somou-se os escores dos 11 indicadores (escore total = 22) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 15 → indicador = 2 (bom); Escore ≥ 7 e <15 → indicador = 1 (regular)					

continua

municípios considerados com *boa* implementação e, nas demais regiões, destacou-se a categoria *regular*.

Discussão

Este artigo apresenta o processo de elaboração de um conjunto de indicadores para avaliação da implementação da PNRMAV e a sua aplicação em um banco de dados oriundo da “Pesquisa Avaliativa do Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” desenvolvida pelo CLAVES a partir de uma solicitação do Ministério da Saúde.

Os resultados da aplicação dos indicadores revelam a complexidade na implementação das diretrizes da PNRMAV nos municípios brasileiros estudados, a maioria dos quais foi classificada como tendo uma implementação regular da política, com algumas áreas apresentando bom desempenho, como é o caso da Atenção Primária. As deficiências maiores estão nos níveis da Atenção Pré-Hospitalar/Hospitalar e da Atenção de Recuperação/Reabilitação.

Observou-se que a Diretriz 2 da PNRMAV “Monitorização da ocorrência de acidentes e violências” é a que mostra melhor desempenho na avaliação de grande parte de municípios. Enquanto a Diretriz 7 “Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas” teve a maior proporção de localidades com implementação ruim. Igualmente, a Diretriz 6, “Capacitação de recursos humanos” evidenciou-se como um ponto crítico em todos os níveis de atenção. Em relação a essas duas questões, cabe uma discussão importante. Com certeza, os entrevistados se referiram às ações (ou a falta delas) em suas unidades específicas. Porque, do ponto de vista mais amplo, houve um investimento considerável na organização de cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado voltados para as questões sobre violência e saúde por parte do Ministério da Saúde, da Fiocruz e de várias Universidades. E a última revisão decenal sobre a produção acadêmica do país, mostrou um campo de conhecimento florescente com mais 2.500 artigos publicados, sobre as várias expressões de violência, muitos deles escritos por pesquisadores junto com profissionais que

Quadro 2. Indicadores avaliativos das diretrizes (D) da PNRMAV.

D	Indicador	Nº de questões	Categorias	Pontos*	Classificação	Nível de atenção
5	1: Atenção de recuperação/reabilitação do município possui/ realiza transferência e transporte de pacientes	4	Se o item 1 fosse “sim” = 2; se o item 0 ou 1 fosse igual a “não” E o item 2 ou 3 fosse igual a “sim” = 1; se todos os itens fossem iguais a “não” = 0		Escore = 2 bom; Escore = 1 regular Escore = 0 ruim	AR
	2: Atendimento das necessidades da recuperação/reabilitação do município em relação à infraestrutura	1	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 2	Escore = 2 bom; Escore = 1 regular Escore = 0 ruim	
	3: Existência e suficiência de recursos tecnológicos na recuperação/ reabilitação das vítimas de acidentes/ violência no município	3	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 6	Escore ≥ 4 bom; Escore ≥ 2 e <4 regular; Escore < 2 ruim	
	4: Dispensação de órteses, próteses, meio de locomoção, medicamentos, insumos e equipamentos para as vítimas de acidentes/violências pela gestão municipal de recuperação/reabilitação	5	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 10	Escore ≥ 7 bom; Escore ≥ 3 e <7 regular; Escore < 3 ruim	
	5: Atendimento/encaminhamento dos casos de acidentes/ violências pelos serviços de recuperação/reabilitação para a rede municipal de saúde	2	Atende e encaminha = 2; Só atende ou só encaminha = 1; não atende e não encaminha OU não existe no município = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	
	6: Atendimento das necessidades de recuperação/reabilitação do município para os casos de acidentes/violências	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	7: Recursos humanos existentes no município para o atendimento de recuperação/reabilitação dos casos de acidentes/violências	4	a maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 8	Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim	
	8: Ações da GESTÃO PRÓPRIA da atenção de recuperação/ reabilitação do município	4	Sim = 2; Não = 0	0 a 8	Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim	
	9: Ações da GESTÃO CONSORCIADA da atenção de recuperação/reabilitação do município	8	Sim = 2; Não = 0; ambas fossem “não” nova variável = 0; se para cada dupla avaliada pelo menos 1 fosse 2 → nova variável = 2;	0 a 8	Com esse processo foram geradas 4 novas variáveis. Escore ≥ 6 bom; Escore ≥ 3 e <6 regular; Escore < 3 ruim	
	10: Existência de atendimento especializado às VIOLÊNCIAS pela atenção hospitalar para: adultos; crianças; adolescentes; idosos; mulheres	5	Sim = 2; Não = 0	0 a 10	Escore ≥ 7 bom; Escore ≥ 3 e <7 regular; Escore < 3 ruim	

continua

atuam nos vários níveis de atenção¹⁷. Duas hipóteses podem ser levantadas sobre o tema: a aproximação da academia com os serviços continua deficiente, é a primeira. E a segunda, é que os profissionais da ponta que foram entre-

vistados estão reclamando da falta de formação continuada que não pode ser suprida só com o material acadêmico. Embora seja preciso dizer que ambos se complementam e se retroalimentam. A falta de investimento em capacitação

Quadro 2. Indicadores avaliativos das diretrizes (D) da PNRMAV.

D	Indicador	Nº de questões	Categorias	Pontos*	Classificação	Nível de atenção
5	11: Existência de atendimento especializado AOS ACIDENTES pela atenção hospitalar para: adultos; crianças; adolescentes; idosos; mulheres	5	Sim = 2; Não = 0	0 a 10	Escore ≥ 7 bom; Escore ≥ 3 e <7 regular; Escore < 3 ruim	AR
	12: Ações de prevenção e atenção aos acidentes/ violências nos serviços de atenção de reabilitação do município	3	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 6	Escore ≥ 4 bom; Escore ≥ 2 e <4 regular; Escore < 2 ruim	
	13: Frequência de adoção da linha de cuidado pela atenção de reabilitação	1	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 2	Escore = 2 bom; Escore = 1 regular Escore = 0 ruim	
	14: Existência na atenção hospitalar municipal de rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes/ violências	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	
	15: Articulação intrasetorial do atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências com os serviços dos demais níveis da atenção	6	A maior parte E quase sempre = 2; cerca de metade = 1; quase nunca E às vezes = 0	0 a 12	Escore ≥ 9 bom; Escore ≥ 4 e <9 regular; Escore < 4 ruim	
Indicador composto da diretriz 5		Para construção do indicador composto relativo à diretriz 5 somou-se os escores dos 15 indicadores (escore total = 30) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore ≥ 21 → indicador = 2 (bom); Escore ≥ 10 e <21 → indicador = 1 (regular); Escore < 10 → indicador = 0 (ruim)				

continua

profissional e pesquisa sobre os temas em pauta limita a eficácia das intervenções e a geração de evidências para orientar a tomada de decisões políticas. Esses achados corroboram com estudos anteriores que ressaltaram a importância da formação contínua dos profissionais de saúde¹⁸ e do investimento em pesquisa como componentes essenciais para o sucesso das políticas de prevenção da violência¹⁹.

A mobilização da mídia e da sociedade (Diretriz 1) parece ser uma área onde houve um progresso notável, com mais da metade dos municípios demonstrando uma boa implementação. Isso pode ser atribuído à crescente conscientização sobre a importância da prevenção da violência, impulsionada por campanhas de sensibilização e *advocacy* realizadas por organizações da sociedade civil e agências governamentais. Neste sentido, nota-se um avanço em relação ao estudo anterior^{4,8} que apontava pouco investimento nesta diretriz.

A monitorização da ocorrência de acidentes e violências (Diretriz 2) foi considerada boa na maioria dos municípios nos três níveis de atenção. É importante, contudo, destacar que apesar

desse desempenho, ainda se observa percentual importante de municípios nos quais sua implementação foi regular ou ruim. Na análise diagnóstica já citada⁴, as autoras destacavam a necessidade de sensibilização dos gestores e profissionais quanto a importância da qualidade dos registros para um adequado monitoramento. Esse desafio persiste, especialmente nos municípios de menor porte. Ademais, destaca-se a inexistência de um registro nacional dos atendimentos de urgência e emergência por acidentes e violências. O VIVA Inquérito, iniciativa presente desde 2006, que teve seis edições (2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017), visa a preencher essa lacuna, trazendo dados sobre a magnitude desses agravos que chegam aos serviços selecionados de urgência e emergência. Sua última edição, contudo, ocorreu no ano de 2017. Em 2024, realizou-se a sétima edição do inquérito, que pela primeira vez envolveu uma amostra representativa dos serviços de urgência/emergência que atendem os casos de acidentes e violências. Incluiu as capitais brasileiras, e municípios das regiões metropolitanas das capitais e do interior do país.

Quadro 2. Indicadores avaliativos das diretrizes (D) da PNRMAV.

D	Indicador	Nº de questões	Categorias	Pontos*	Classificação	Nível de atenção
6	1: Existência de educação permanente/formação para profissionais do nível de atenção sobre promoção da saúde e prevenção das violências/acidentes	2	Sim = 2; Não = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	AP, AH
	2: Realização de ações de educação permanente sobre acidentes e violências no nível de atenção para assistência à saúde	2, 2, 1	Uma ou mais vezes ao ano = 2; a cada dois ou mais = 1; nunca foi feito = 0	0 a 4; 0 a 2	AP e AH: Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim AR: Escore = 2 bom; Escore = 1 regular; Escore = 0 ruim	AP, AH, AR
	3: Existência de ações de educação permanente/formação para o monitoramento dos casos de violência	2	Uma ou mais vezes ao ano = 2; a cada dois ou mais = 1; nunca foi feito = 0	0 a 4	Escore ≥ 3 bom; Escore ≥ 1 e <3 regular; Escore < 1 ruim	
	4: Existência de capacitação em ATLS para os profissionais da atenção hospitalar	1	Sim = 2; Não = 0	0 ou 2	Escore = 2 bom; Escore = 0 ruim	AH
	Indicador composto da diretriz 6	Para construção do indicador composto relativo à diretriz 6 para a ATENÇÃO PRIMÁRIA somou-se os escores dos 3 indicadores (escore total = 6) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bom); Escore ≥ 1 e $<3 \rightarrow$ indicador = 1 (regular); Escore $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim) Para construção do indicador composto relativo à diretriz 6 para a ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR somou-se os escores dos 4 indicadores (escore total = 8) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore $\geq 6 \rightarrow$ indicador = 2 (bom); Escore ≥ 3 e $<6 \rightarrow$ indicador = 1 (regular); Escore $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim) Para construção do indicador composto relativo à diretriz 6 para a ATENÇÃO DE REABILITAÇÃO somou-se os escores dos 2 indicadores (escore total = 4) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bom); Escore ≥ 1 e $<3 \rightarrow$ indicador = 1 (regular); Escore $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim)				
7	1: Realização de pesquisas, ensino e extensão	3	Se “sim” para “pesquisa” = 2 Se “não” para “pesquisa” e “sim” para ensino ou extensão universitária = 1; Se “não” para os três itens = 0		Escore = 2 bom; Escore = 1 regular Escore = 0 ruim	AP, AH, AR

*A pontuação foi obtida pela soma das questões relativas ao item. Nas situações em que apenas uma questão foi empregada a pontuação poderia ter 3 (0, 1, 2) ou 2 (0 ou 2) valores como resposta somente, não sendo a soma das questões.

Fonte: Autores.

A sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar (Diretriz 3) mostrou boa implementação na maioria dos municípios. Cabe ressaltar que persistem as deficiências apontadas na análise diagnóstica anterior⁴, especialmente no que tange à articulação dos vários níveis dos serviços. O mesmo resultado foi observado num estudo desenvolvido no estado de Santa Catarina⁷, que avaliou o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no

período de 2013-2014. Nele, além da falta de articulação e integração entre os serviços que oferecem resgate e salvamento, os autores relataram dificuldades relativas ao sistema de informação em constante modificação e incapaz de oferecer subsídios regulares e estruturados para a gestão.

Sobre a implementação da assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violência prevista na Diretriz 4, seu desempe-

Quadro 3. Cálculo e categorização dos indicadores compostos criados para avaliar o nível de implementação da PNRMAV segundo níveis de atenção.

Atenção Primária	Atenção pré-hospitalar e hospitalar	Atenção de reabilitação
Para construção do indicador composto relativo à ATENÇÃO PRIMÁRIA somou-se os escores dos 5 indicadores (escore total = 10) relativos a esse nível de atenção e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore $\geq 7 \rightarrow$ indicador = 2 (bom) Escore ≥ 3 e $< 7 \rightarrow$ indicador = 1 (regular) Escore $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim)	Para construção do indicador composto relativo à ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOPITALAR somou-se os escores dos 6 indicadores (escore total = 12) relativos a esse nível de atenção e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore $\geq 9 \rightarrow$ indicador = 2 (bom) Escore ≥ 4 e $< 9 \rightarrow$ indicador = 1 (regular) Escore $< 4 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim)	Para construção do indicador composto relativo à ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOPITALAR somou-se os escores dos 5 indicadores (escore total = 10) relativos a esse nível de atenção e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com: Escore $\geq 7 \rightarrow$ indicador = 2 (bom) Escore ≥ 3 e $< 7 \rightarrow$ indicador = 1 (regular) Escore $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim)

Fonte: Autores.

no foi considerado regular ou ruim em mais de 60% dos municípios que responderam ao questionário relativo ao nível hospitalar. A avaliação mostra ainda as deficiências no desempenho do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação (Diretriz 5), classificada como regular ou ruim em 60% dos municípios, sendo esse o ponto mais fraco na prestação de serviços previstos pela PNRMAV. Persistem problemas apontados em várias avaliações, como carência de serviços, de infraestrutura, de pessoal, de informação, de comunicação, de articulação^{4,8}, de recursos e de acesso à capacitação e educação permanente¹⁰. Avalia-se, portanto, que esta diretriz se mostra a menos difundida pelo país, com profissionais ainda carentes de capacitação específica e que ultrapasse a visão biologizante para o atendimento aos casos das sequelas decorrentes dos acidentes e violências e com serviços pouco articulados com os demais da rede de atenção e de apoio a essas vítimas.

Cabe aqui trazer um ponto positivo identificado nesta pesquisa que foi o crescimento e a organização da Atenção Primária, de longe a de melhor desempenho na implementação da política segundo esta pesquisa, diferente de uma avaliação anterior já citada⁴.

A análise dos dados por porte e região dos municípios destaca disparidades significativas na implementação da PNRMAV. Municípios de pequeno porte, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, tendem a apresentar uma implementação regular, enquanto municípios de grande porte, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, demonstram uma implementação mais variada.

Essas diferenças podem ser atribuídas a uma série de fatores, incluindo disponibilidade de recursos de infraestrutura, tecnológicos e humanos, capacidade de gestão e priorização política. Estes achados reforçam as dificuldades de capilarização da PNRMAV no território brasileiro.

Conclusões

É fundamental fortalecer os mecanismos de monitoramento e avaliação para garantir que as políticas de prevenção da violência e de acidentes sejam eficazes e baseadas em evidências. O acervo gerado pela aplicação dos indicadores se mostra significativo e inédito no sentido de identificar as fortalezas e os pontos críticos relativos à implementação dessa política cujos temas têm grande impacto na morbimortalidade da população brasileira. Do ponto de vista mais amplo, pode-se destacar o avanço deste estudo de construção de indicadores avaliativos como instrumentos para a gestão.

Os resultados deste estudo fornecem *insights* importantes sobre a implementação da PNRMAV nos municípios brasileiros, e destacam áreas que necessitam de atenção e investimento adicionais. Enfrentar os desafios identificados requer uma abordagem abrangente e colaborativa, envolvendo não apenas o setor da saúde, mas também outras áreas relevantes, como educação, justiça e assistência social.

A utilização dos indicadores propostos trouxe resultados valiosos, mostrando que eles podem ser empregados para orientar decisões

Tabela 1. Classificação dos municípios quanto a implementação das diretrizes da PNRMAV, segundo indicadores e nível de atenção.

Diretrizes da PNRMAV	Atenção Primária				Atenção Pré-Hospitalar/Hospitalar				Atenção de Recuperação/Reabilitação			
	Ruim	Regular	Bom	Total	Ruim	Regular	Bom	Total	Ruim	Regular	Bom	Total
	%	%	%	N	%	%	%	N	%	%	%	N
Indicador composto da implementação das diretrizes da PNRMAV	6,9	49,7	43,4	290	29,7	52,3	18,0	128	23,0	53,1	23,9	113
Diretriz 1 - Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis	17,0	17,3	65,7	289	32,4	12,6	55,0	111	22,3	17,0	60,7	112
Diretriz 2 - Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências	2,4	12,8	84,7	288	7,8	27,0	65,2	115	23,4	22,4	54,2	107
Diretriz 3 - Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar	-	-	-	-	8,6	32,0	59,4	128	-	-	-	-
Diretriz 4 - Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências	5,5	37,6	56,9	290	18,0	45,1	36,9	122	-	-	-	-
Diretriz 5 - Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-	17,7	44,2	38,1	113
Diretriz 6 - Capacitação de recursos humanos	40,0	23,6	36,4	280	55,6	33,3	11,1	108	52,0	29,6	18,4	98
Diretriz 7 - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas	86,9	4,5	8,6	290	91,4	2,3	6,3	128	83,2	8,8	8,0	113

Fonte: Autores.

estratégicas de gestores de saúde e dos governos. Ao identificar as áreas com implementação bem-sucedida da PNRMAV e as que precisam de investimento, os gestores podem direcionar recursos e intervenções de forma mais eficaz, priorizando os pontos críticos e que merecem mais investimento em todos os sentidos. A compreensão das especificidades regionais e dos diferentes níveis de atenção à saúde permite uma abordagem mais adaptada e personalizada para enfrentar os desafios locais. É sobre eles que é preciso focar.

A utilização dos indicadores também oferece subsídios para a prestação de contas, ajudando os governos a monitorarem o progresso na implementação da PNRMAV e a identificar áreas exitosas e deficientes, o que é essencial para promover uma governança eficaz e responsável. Assim, entende-se que esta avaliação contribui para fortalecer o compromisso com a prevenção dos acidentes e violências no país, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde que atendem às vítimas desses eventos, contribuindo assim para o bem-estar da sociedade.

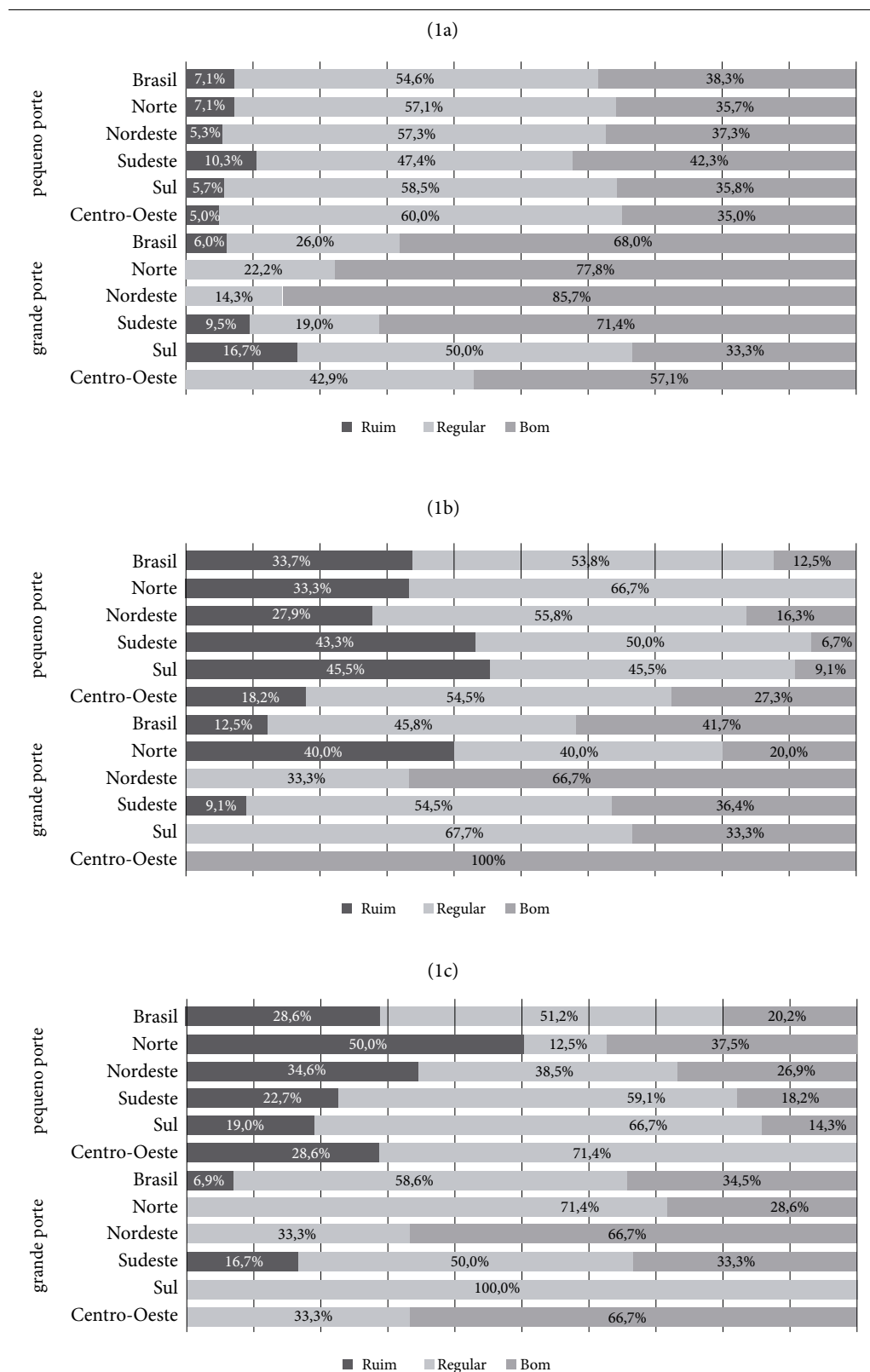


Gráfico 1. Indicadores avaliativos da implementação da PNRMAV na Atenção Primária (1a), na Atenção Pré-hospitalar e Hospitalar (1b) e na Atenção de Recuperação/Reabilitação (1c), segundo região e porte do município.

Fonte: Autores.

É importante destacar uma forte limitação do estudo. No momento de realização da pesquisa, o Brasil passava pela pandemia de Covid-19, o que prejudicou enormemente a adesão dos profissionais e gestores às respostas ao questionário e à entrevista, assoberbados que estavam com a assistência aos doentes. Igualmente, faltou apoio político do Ministério da Saúde que vivia um momento delicado culminando no desmonte da Área Técnica de Vigilância e Pre-

venção de Violência. Esse desinvestimento e a falta de apoio técnico e financeiro ficou evidente nos achados da pesquisa. Houve desmobilização de equipes que haviam sido capacitadas e transferência de vários profissionais, restando apenas aos que individualmente adotaram o tema como compromisso social permanecerem trabalhando, frequentemente em silêncio, mantendo a chama de seu compromisso com a promoção da vida e da paz.

Colaboradores

LW Pinto: concepção, análise e redação do manuscrito, e revisão do manuscrito final. CMFP Silva: concepção, análise e redação do manuscrito. ER Souza: concepção, redação do manuscrito e revisão do manuscrito final.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2002.
2. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência*. Brasília: MS; 2001.
4. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
5. Deslandes S, Mendes CHE, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8):1633-1645.
6. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1877-1886.
7. Ortiga AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(12):e00176714.
8. Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Lima MLLT, Barreira AK. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1817-1824.
9. Lima MLLT, Lima MLC. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(4):597-607.
10. Santos FC, Costa EA, Aleluia IRS, Pinto Júnior EP. Diagnóstico situacional dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS em Salvador-Ba. *Rev Cien Med Biol* 2018; 17(2):175-184.
11. Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):28-38.
12. Marques MCO. *A integração entre o setor de saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência no Distrito Federal* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
13. Santos CA. *Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: a experiência do Estado do Amapá* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
14. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Cien Saude Colet* 2023; 28(6):1598.
15. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires TO, Campos DS. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010; 10:s29-s37.
16. IBM Corp. Released 2016. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2016.
17. Minayo MCS, Assis SG, organizadores. *Novas e velhas faces da violência no século XXI. Um estudo da literatura da área da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
18. 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.
19. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011; (n. esp.):75-89.

Artigo apresentado em 10/11/2024

Aprovado em 16/12/2024

Versão final apresentada em 18/12/2024

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