

### **A análise da implantação da PNRMAV resalta os problemas do SUS**

The analysis of the implementation of the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Violence and Accidents highlights the problems at the Unified Health System

**Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti**<sup>1</sup>

O Claves/Fiocruz é pioneiro na abordagem da violência como um problema de saúde pública no Brasil. Sua trajetória no campo da saúde coletiva está visceralmente ligada à produção de conhecimento acerca da violência e suas repercussões sobre a saúde da população brasileira. Muito se deve a esta instituição de pesquisa pelo avanço na identificação, notificação e formulação de estratégias de enfrentamento das situações de violência por parte dos profissionais de saúde. Em especial, o estímulo às ações de prevenção e promoção da saúde, a interlocução com outras áreas de intervenção como a esfera jurídica, da educação e da ação social. A profícua reflexão crítica do Claves está expressa na extensa produção científica acumulada ao longo de vinte anos, vale dizer, de muitíssimo trabalho, como todos que tiveram ou têm o privilégio de estarem próximos à querida Cecília Minayo bem conhecem. É redundante, portanto, enunciar a autoridade das autoras do artigo "Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências" para tratar do tema em questão. Seu reconhecimento está difundido na comunidade acadêmica, bem como na sociedade brasileira. Isto posto, convém explicitar meu envolvimento como responsável, no Rio de Janeiro, pelo desenvolvimento do estudo que fundamenta a análise de Minayo e Deslandes, para em seguida, tecer alguns comentários.

Em síntese, no texto são referidos os seguintes pontos críticos no atendimento às vítimas de acidentes e violências nas cinco cidades estudadas: a incipiência da esfera de atenção básica no atendimento às vítimas de acidentes e violências; a falta de resolutividade nesta esfera de atenção, acarretando na sobrecarga das emergências; a falta de especialistas e de equipes multiprofissionais na esfera de atenção pré-hospitalar fixa; a desarticulação entre os serviços hospitalares, destes com o nível básico de atenção (a contra-referência não funciona) e, ainda, entre gestores de diferentes esferas de poder (municipal, estadual e federal); a

priorização do atendimento médico nos serviços que atendem às pessoas acidentadas ou que sofrem violência; a insuficiência de leitos de UTI para atendimento destes pacientes; a ausência de atenção diferenciada nas internações de idosos vítimas de acidentes e violências (jovens e idosos são os grupos com maior mortalidade por causas externas); a insuficiência e precariedade dos serviços de reabilitação, com baixa cobertura, recursos financeiros e humanos exíguos, descontinuidade no fornecimento de medicamentos, órteses e próteses, ausência de protocolos de atendimento, ausência de mecanismos de transporte para pacientes sequelados; e as falhas nos registros em todos os níveis de atenção.

Minayo e Deslandes constataam a distância entre a realidade da rede básica e o que é preconizado na PNRMAV. Ressaltam a necessidade de investimentos na prevenção (pouco pensada, pouco institucionalizada e pouco realizada), na adequação dos serviços de saúde para a atenção às vítimas de acidentes e violências, e no estabelecimento de metas específicas para a redução dos desfechos fatais (decorrentes de acidentes e violências). Além das deficiências na atenção às pessoas em situação de acidentes e violências, as autoras assinalam também alguns aspectos positivos e sintonizados com a PNRMAV nas cidades estudadas. Dentre os avanços identificados, destaca-se a esfera de atendimento pré-hospitalar móvel, por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), ou como, no Rio de Janeiro, a integração deste com o experiente Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (GSE/CBMERJ), sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC-RJ). E a posição de vanguarda de Curitiba, cidade em que as três esferas de atenção mais se adéquam às diretrizes da PNRMAV, inclusive na implementação de estratégias e políticas intersetoriais.

As autoras são precisas na análise a que se propõem, da implantação da PNRMAV nas cinco capitais estudadas. Contudo, as questões apresentadas dizem respeito à atenção à saúde da população como um todo e aos agravos em geral, ainda que, nas situações de acidentes e violências, as circunstâncias que ocasionam as lesões e agravos consti-

<sup>1</sup> Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. mlourdestc@globocom

tuam um fator a mais de estresse, aumentando o sofrimento e o drama vivido pelos pacientes e seus familiares. As lacunas e imperfeições relativas à atenção às vítimas de acidentes e violências remetem aos constrangimentos e limitações para a implantação plena do Sistema Único de Saúde. As informações obtidas refletem a fragilidade do sistema de saúde e expõem o *gap* em relação à legislação sanitária nacional, a começar pelo texto constitucional referente à saúde (Título VIII, Capítulo II, Seção II)<sup>1</sup>.

Ao focar a assistência às vítimas de acidentes e violências, o artigo põe em evidência dificuldades concretas e desafios estruturais para a efetivação da atenção à saúde da população brasileira em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente nas capitais e regiões metropolitanas, que, como referido no texto, concentram a maior parte dos acidentes e violências no país. Estas áreas constituem grandes conglomerados urbanos com alta densidade populacional, que reúnem em territórios contíguos, grupos populacionais de estratos sociais extremamente desiguais, em termos de renda, escolaridade, emprego, acesso à infraestrutura urbano-sanitária e outros. Este contexto contribui para a eclosão da violência, manifestada na elevada morbimortalidade por causas externas nas regiões metropolitanas, especialmente as agressões ou homicídios e os acidentes de transporte. Além disso, 52,15% da população brasileira estão concentradas em apenas 239 cidades, que possuem mais de 100.000 habitantes e compreendem menos de 5% dos 5.563 municípios<sup>2,3</sup>. Deste modo, as regiões metropolitanas constituem um desafio do ponto de vista não só da saúde, mas das políticas públicas em geral (transporte, educação, segurança, habitação, emprego, proteção social, lazer, esportes e outros). Em relação à saúde, é comum a justaposição de estabelecimentos públicos e privados adjacentes a áreas desprovidas de serviços, denominadas desertos sanitários. Os melhores hospitais do país, com os profissionais mais preparados e disponibilidade de tecnologia de ponta, se encontram nas capitais. No entanto, a cobertura insuficiente e a baixa resolutividade nas esferas de atenção básica e secundária, aliadas à desarticulação e fragmentação das ações e serviços, torna o sistema caótico e restringe o acesso a esses equipamentos.

Os sistemas de saúde expressam a disponibilidade de recursos, os valores e as opções políticas da sociedade frente às necessidades da população<sup>4</sup>. Refletem características estruturais desta sociedade: culturais, políticas, econômicas, sociais, históricas e geográficas. Resultam também da interfe-

rência de fatores de ordem mundial sobre a organização da atenção à saúde nos países ocidentais (transição demográfica e epidemiológica, incorporação tecnológica acelerada, aumento dos custos, políticas de ajuste fiscal, reformas nos modelos de proteção social, transformações na esfera do trabalho, informatização, etc.). Nesta perspectiva, nosso sistema de saúde é uma expressão da sociedade brasileira, com suas qualidades, contradições e ambiguidades.

Em um contexto tão complexo, a relação entre gasto público e gasto privado com saúde é considerada um fator determinante do modelo de sistema de saúde adotado, mais universal e solidário ou mais segmentado e liberal. No caso brasileiro, há uma clara discrepância entre a legislação e o nível de investimento público no setor<sup>5</sup>. Um sistema de saúde universal, igualitário e integral demanda um gasto público superior ao montante das despesas com saúde arcadas pelas famílias e indivíduos. Outro aspecto estratégico diz respeito aos recursos humanos no SUS. Ações de saúde são mediadas por relações humanas, dos profissionais de saúde entre si e destes com os pacientes, com a população. Em última instância, a qualidade das ações depende dos profissionais que as realizam e que, juntamente com o governo e os usuários, constituem forças reguladoras em permanente negociação, a influenciar o modelo e a dinâmica de funcionamento dos serviços e sistemas de saúde<sup>4</sup>.

Enfim, a análise do grau de implantação da PNRMAV expõe o SUS e ilumina os fatores a serem enfrentados na busca pela qualidade da atenção à saúde da população.

## Referências

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal/Secretaria Especial de Editoração e Publicações; 2006.
2. Fernandes VR. *Apresentação para estudantes de medicina em 10/09/2008*. Disciplina de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000: Brasil e Grandes Regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
4. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
5. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.