

AMANDA CAROLINE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO CONTEXTO DA SAÚDE:
REVISÃO DE LITERATURA**

TAIOBEIRAS/MINAS GERAIS

2010

AMANDA CAROLINE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO CONTEXTO DA SAÚDE:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Geralda Fortina dos Santos

TAIOBEIRAS/MINAS GERAIS

2010

AMANDA CAROLINE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ACIDENTES E VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA SAÚDE:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Geralda Fortina dos Santos

Banca Examinadora

Lenice de Castro Villela

Geralda Fortina dos Santos

Aprovada em Belo Horizonte, 14 de dezembro de 2010.

TAIOBEIRAS/MINAS GERAIS

2010

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pois me proporcionaste a vida, a força e a persistência para chegar até aqui. Agradeço a Professora Geralda Fortina dos Santos, pela sua presteza, paciência e orientações. À Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade de cursar esta Especialização e a Tutora Presencial Maura, meus sinceros agradecimentos.

“Devemos fazer frente às raízes da violência. Só assim transformaremos o legado do século passado, de lastro oneroso em experiência ensinada”.

Nelson Mandela

RESUMO

A morbimortalidade por acidentes e violências constitui um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil. Nos últimos anos, as violências e os acidentes tem se incorporado à agenda do setor de saúde, sendo este pioneiro no estabelecimento de estratégias para o atendimento e prevenção desses agravos. Diante da magnitude do problema e tendo em vista a proposta de implantação da Vigilância de Acidentes e Violências no município de Taiobeiras, Minas Gerais, optou-se por realizar uma revisão de literatura sobre os acidentes e violências no contexto da saúde. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, sendo selecionados artigos das bases Scielo e Lilacs. O conteúdo deste trabalho chama a atenção para a importância da efetivação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências. Os resultados encontrados oportunizaram a reflexão sobre a importância do monitoramento das causas externas e da estruturação e implementação de políticas públicas para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Violências e Acidentes. Morbimortalidade. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The morbidity and mortality from accidents and violence is a major Public health problems in Brazil. In recent years, violence and accidents has been incorporated into the agenda of the health sector, which is pioneer in establishing strategies for the treatment and prevention of these injuries. Considering the magnitude of this problem and with a view of the proposed deployment of Surveillance of Injuries and Violence in the city of Taiobeiras, Minas Gerais, it was decided to conduct a review of the literature on accidents and violence in the health context. The bibliographic research was performed in the databases of the Virtual Health Library, and selected articles from the Lilacs and Scielo. The contents of this review draws attention to the importance achievement of National Policy for Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence. The considerations opportune to reflect on the importance of monitoring of external causes and the structuring and implementation of public policies for health promotion.

Keywords: Violence and Injuries. Morbidity and mortality. Health Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID – Classificação Internacional de Doenças

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PSF – Programa Saúde da Família

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Mortalidade

SINAN NET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3.METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
4.1 Violências e acidentes: breve conceituação destes agravos	14
4.2 A Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências	15
4.2.1 Diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências	17
4.3 Alguns resultados da incorporação da temática violências e acidentes no setor saúde	21
4.3.1 O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA	22
4.4 Violências e acidentes: faces destes problemas.....	24
4.5 Atos normativos e legais sobre a questão das violências e acidentes.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6 REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

As violências e os acidentes, denominados causas externas pela Classificação Internacional de Doenças (CID), constituem agravos à saúde que podem ou não ter como consequência final o óbito. Estes agravos constituem um dos principais problemas de saúde pública no País desde o final da década de 1970 e atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas diretamente envolvidas, incidindo diretamente no seu modo de viver. O impacto das causas externas na qualidade de vida da população é um problema a ser enfrentado, especialmente pelo setor de saúde (BRASIL, 2009; MINAYO; DESLANDES, 2009).

O setor de saúde assume então a sua participação na promoção da qualidade de vida da população e na prevenção desses agravos através da aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em 2001. O propósito principal desta política é a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil, mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas. A diretriz principal é a promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis. Outro ponto fundamental é a importância da intersetorialidade para a efetiva implementação desta política (BRASIL, 2001a).

Desde a aprovação da PNRMAV, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo muitas ações relacionadas à temática dos acidentes e violências. Uma das mais importantes iniciativas neste sentido foi a implantação, em 2006, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), estruturado em dois componentes: vigilância contínua de violência sexual, doméstica e/ou outras (VIVA Contínuo); e vigilância sentinela de acidentes e violências em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). O VIVA tem o intuito de viabilizar a obtenção de dados e informações sobre violências e acidentes, possibilitando traçar um perfil destes agravos no país, complementados pelos dados do Sistema de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Destaca-se que a implantação do VIVA é uma das principais iniciativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento de agravos à saúde pelas causas externas (BRASIL, 2009).

Durante os anos de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF), como enfermeira, foram muitos os casos de violência e acidentes aos quais prestei assistência. E devo ressaltar que sempre

foi muito difícil prestar assistência para estes casos. Em 2009, tive a oportunidade de participar de um curso em Brasília (DF) sobre a temática da Vigilância de Acidentes e Violências e como muitas coisas na vida acontecem como um estalo, naquele momento já sabia que este seria um tema de interesse para estudo.

Além disso, o Curso em Atenção Básica em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi uma experiência única, importante em minha vida. Ajudou-me a descobrir preferências, vencer barreiras. Dentro da Saúde da Família - área vasta e complexa -, sempre gostei muito da vigilância. Talvez pela investigação, descoberta de fatos novos, planejamento. Assim não poderia fugir da vigilância para escrever este Trabalho de Conclusão de Curso.

Hoje não atuo mais diretamente com a Saúde da Família. Coordeno a Vigilância em Saúde (VS) do município de Taiobeiras – Minas Gerais. A VS é uma área muito ampla de trabalho, que abrange vários eixos: doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, vigilância ambiental, saúde do trabalhador, imunização, entre outras. Especificamente, trabalho com agravos transmissíveis e não transmissíveis e devo confessar que sou apaixonada por esta área. As violências e acidentes são agravos não transmissíveis, sendo que a Vigilância em Saúde tem a responsabilidade de realizar a monitorização da ocorrência dos eventos e atuar, intersetorialmente, na promoção e prevenção destes agravos.

São muitas vigilâncias, mas tento não fazer pouca vigilância como li uma vez. Mas a Saúde da Família não sai de mim, porque foram três anos de minha vida dedicados a esta proposta, tão inovadora no Brasil. Dizer que é fácil estaria mentindo. Aliás, é muito difícil trabalhar com Atenção Primária no Brasil, pois estamos no meio de um centro de conflitos de ideologias de saúde diferentes, e quando você lida com pessoas, famílias e realidades opostas dentro de um mesmo contexto, de uma mesma unidade de saúde, seu instinto de camaleão tem que ser exteriorizado ao máximo, porque cada pessoa é diferente, então você não pode ser igual com todos. Equidade, como dizem.

Ainda a respeito da Atenção Primária, Minayo e Deslandes (2009) apontam para o baixo percentual de unidades de saúde que realizam atendimento diferenciado às vítimas de acidentes e violências, especialmente a rede básica de saúde, quase ausente dos atendimentos aos agravos por violência. No município de Taiobeiras, Minas Gerais, a atenção primária também não está estruturada para prestar um atendimento diferenciado a estes grupos. Outro ponto

importante é que não existe uma monitorização sobre a ocorrência destes agravos, não estando implantado o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências. Como temática deste Trabalho de Conclusão de Curso, optou-se então, pela realização de uma revisão bibliográfica sobre os acidentes e violências no contexto da saúde, tendo em vista a proposta de implantação do VIVA no município de Taiobeiras e na necessidade gerada de acúmulo de conhecimento sobre este assunto.

Este trabalho abordará uma revisão sobre os conceitos de violência e acidentes e sobre a Política Nacional de Prevenção de Morbimortalidades por Acidentes e Violências. Também foram relatados alguns avanços desde a aprovação da PNPMAV e dados relevantes sobre mortalidade e morbidade por acidentes e violências no Brasil. Por fim, foram descritos de forma sucinta aspectos legais e normativos e nas considerações finais são apresentadas reflexões da temática acidentes e violências, sob o olhar da saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a produção bibliográfica sobre as violências e acidentes no contexto da saúde, a partir de uma abordagem qualitativa.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar ideias centrais da literatura selecionada.
2. Fornecer subsídios para a estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes no município de Taiobeiras, Minas Gerais.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a revisão de literatura. Foram pesquisadas literaturas que tiveram como temática os acidentes e violências no contexto da saúde.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e foram selecionados artigos em português das bases Scielo e Lilacs. Na pesquisa foram utilizados os descritores: violência, vigilância, saúde e acidentes, cruzando-se estes termos nas pesquisas. Foram excluídos da seleção os artigos, que após a sua leitura, não tratavam do objeto deste trabalho. A pesquisa ainda foi complementada pela busca de bases legais que tratavam da temática violências e acidentes e informações fornecidas pelo Ministério da Saúde. Utilizou-se a literatura publicada entre 2000 e 2010.

A análise dos artigos selecionados foi de cunho qualitativo, procurando identificar e interpretar as idéias centrais de cada trabalho. Os resultados, por sua vez, foram agrupados em núcleos de sentido, descritos posteriormente.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Acidentes e violências: breve conceituação destes agravos

O Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde da Organização Mundial de Saúde conceitua a violência como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p.2).

Os acidentes e violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Estes eventos possuem conceituação complexa, polissêmica e controversa. A violência é representada por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros. A violência apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Os acidentes e violências são eventos de etiologia complexa, cujo enfrentamento exige a articulação de conhecimento e experiência de diferentes áreas e instituições (BRASIL, 2001a; SANTOS *et al.* 2010).

Malta *et al.* (2007) ressaltam a violência como um fenômeno histórico, que encerra eventos de natureza diversa, relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada. Gawryszewski *et al.* (2006) complementam que parte considerável da violência permeia a sociedade brasileira e permanece silenciada no âmbito da esfera privada, não sendo conhecida sua real magnitude e gravidade. Minayo (2004) caracteriza a violência como um problema médico não típico e que acompanha toda a história e transformações da sociedade.

A violência não é apenas praticada contra indivíduos, senão também contra grupos, etnias e até mesmo nações, sendo um fenômeno contemporâneo e ao mesmo tempo arraigado na história da humanidade. A violência apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão. Por este motivo, a violência é, antes de tudo, uma questão

social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde. Contudo ela torna-se tema de trabalho deste setor pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, como também pela concepção ampliada de saúde (MALTA *et al.*, 2007; MINAYO, 2004).

Numa área dominada pela mentalidade biomédica, as violências e os acidentes costumam ser vistos como um objeto estranho a seu universo conceitual. Porém, é preciso que todos saibam que o perfil de mortalidade e da morbidade da população brasileira hoje é marcado mais pelas condições, situações e estilos de vida do que pelas enfermidades tradicionais. Violências e acidentes fazem parte desses problemas que devem merecer tanta atenção como a AIDS, o câncer e as enfermidades cardiovasculares (MINAYO, 2004, p.1).

O termo acidente pode ser caracterizado como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e lazer. Os acidentes apresentam-se sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo de repercussão. Torna-se assim difícil, para estabelecer, com precisão, a intencionalidade destes eventos. Importante observar que embora genericamente o termo acidente remeta a algo fortuito e casual, os eventos, em maior ou menor grau, são perfeitamente previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2001a).

Os acidentes e violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar ao óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (BRASIL, 2001a, p.3).

Cabe ressaltar que a atenção à saúde relacionada a estes eventos parte de um conceito ampliado de saúde, entendendo que esta é socialmente determinada e que sua produção envolve diferentes campos de responsabilidade. Ao incorporar os temas “acidentes e violências” como problemas de saúde pública, o setor assume sua participação na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e mais especificamente na formulação e implementação de políticas públicas com vistas à promoção e prevenção à saúde, como também uma melhoria das condições de assistência, recuperação e reabilitação. (BRASIL, 2001a).

4.2 A Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências

A Lei Orgânica da Saúde dispõe que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Dentro deste contexto a Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências foi aprovada pela Portaria n. 737/GM, de 16 de maio de 2001, considerando a necessidade de definição no setor saúde de uma política no sentido da redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, contemplando medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção, mediante processos de articulação com diferentes segmentos sociais (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2001a).

A Política Nacional prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção. Enfatiza fundamentos do processo de promoção à saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, comunidades e sociedade em geral no desenvolvimento e manutenção de condições de vida saudáveis. O propósito principal desta Política é a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001a).

Esta Política é pautada em sete diretrizes básicas que orientam a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais, representados por planos, programas, projetos e atividades. As diretrizes básicas desta Política serão abordadas nas seções subsequentes (BRASIL, 2001a).

A respeito do acompanhamento e avaliação desta Política, é previsto o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e violências. Prevê a definição de parâmetros, critérios e metodologias específicas,

inclusive investigando o impacto da presente Política na qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2010).

A intersectorialidade e integralidade das ações, com vistas especialmente a promoção e prevenção à saúde, são constantes nesta Política. Ao definir responsabilidades institucionais, a intersectorialidade é fortalecida, sendo requisito indispensável para a operacionalização das diretrizes discutidas posteriormente.

4.2.1 Diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências

Para a consecução dos propósitos da PNRMAV foram estabelecidas 7 diretrizes. A primeira diretriz trata da *Promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis*. Esta diretriz prevê ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e violências, como também reforço das ações intersectoriais relacionadas ao tema. Estabelece a divulgação mais técnica de dados sobre acidentes e violências, apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas. Além disso, chama a corresponsabilidade do cidadão em um sentido amplo (BRASIL, 2001a).

Ressaltam-se aqui os fundamentos de intersectorialidade e participação popular, fundamentais para a execução das ações para a prevenção de acidentes e violências. Castro *et al.* (2010) aduzem que a intersectorialidade apresenta-se como a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, como saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Castro *et al.* (2010) ainda ressaltam a importância da participação social como fundamento para promoção da saúde. Na participação social observa-se a interação de diferentes atores: atores institucionais, atores organizados em torno de interesses ou entidades e associações, sujeitos e lideranças, parlamentares e outras autoridades, que intervêm na identificação de necessidades e problemas comuns e se unem para desenhar e propor, na prática, as soluções ou ações, fortalecendo a relação da comunidade/instituição e uma gestão participativa.

Vale destacar a importância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito, sendo uma medida importante para que se disponha de condições adequadas para a

implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes. A parceria entre Ministérios da Saúde, Educação e do Desporto, Trabalho e da Justiça, além do Conselho Nacional de Trânsito no desenvolvimento e implementação de programas de prevenção de acidentes é ressaltada. Ainda a respeito da diretriz sobre a promoção de ambientes e comportamentos saudáveis, esta aduz para a sensibilização e conscientização de formadores de opinião e da população sobre a promoção de comportamentos não-violentos, como também para a realização de campanhas de mobilização social para a prevenção da violência e dos acidentes em todos os segmentos sociais (BRASIL, 2001a).

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência, como, por exemplo, os da mulher (BRASIL, 2001a, p.14-15).

Em relação aos grupos prioritários de atenção são destacados os grupos das crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar. É fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde e da população no reconhecimento de que a violência nestes grupos populacionais é potencializadora da violência social em geral (BRASIL, 2001a).

A segunda diretriz da PNRMAV trata da *monitorização da ocorrência de violências e acidentes*. A melhoria das informações sobre acidentes é uma prioridade desta Política. Nesse sentido, a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, além da sensibilização de gestores do SUS, profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, destacando os hospitais, será fundamental para a monitorização da ocorrência das violências e acidentes. Esta monitorização compreende principalmente a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade (BRASIL, 2001a).

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco (BRASIL, 2001a, p.17).

A *sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar* é outra diretriz importante da PNRMAV e estabelece o fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar, com o aprimoramento dos existentes. De igual importância é o estabelecimento de normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, com vistas à padronização de equipamentos e veículos para transporte de vítimas, como também a formação de recursos humanos (BRASIL, 2001a).

Cabe também aos órgãos competentes a promoção da análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados. A partir destes, serão estabelecidos planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. A organização de consórcios entre municípios de menor porte é outro ponto importante estabelecido nesta diretriz (BRASIL, 2001a).

Para o atendimento às vítimas de acidentes e violências a diretriz que trata da *assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências* destaca a importância da estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma a diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários, prestando-lhes uma atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A capacitação dos profissionais de saúde é outro ponto levantado, como também a inserção do Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde nas ações propostas (BRASIL, 2001a).

A promoção da valorização, especialização, atualização e reciclagem dos profissionais que atuam em serviços de emergências também são citadas nesta diretriz, que estabelece ainda ações específicas para o atendimento às crianças, mulheres e idosos. Especial atenção é dada para a formação das equipes de saúde para o diagnóstico da relação entre trabalho, acidentes e violências (BRASIL, 2001a).

A quinta diretriz da PNRMAV trata da *estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação*. Esta diretriz compreende inicialmente a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção. O processo de reabilitação tem início na instituição de saúde, que dirigirá suas ações para educação do paciente e de sua família (BRASIL, 2001a).

Prevê ainda a criação de mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e adoção de medidas para a readaptação do paciente à família. A organização de uma

rede coordenada de atendimento, mediante a sistematização e conjugação de esforços e serviços existentes também é citada nesta diretriz. A entrada do usuário será pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de urgência ou pronto-socorro (BRASIL, 2001a).

A sexta diretriz da PNRMAV trata da *capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas*. Nesta, há destaque para a promoção do treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas. A capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e violências, entre outras necessidades, é outro ponto de importante destacado nesta diretriz (BRASIL, 2001a).

Por fim a sétima diretriz o *desenvolvimento de estudos e pesquisas* relacionados a acidentes e violências constitui medida essencial para que sejam identificadas as intervenções apropriadas para o controle destes agravos no âmbito do setor saúde. Neste sentido, as pesquisas integram estudos de cunho sócio-antropológico, epidemiológicas e clínicas, além do desenvolvimento de investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes (BRASIL, 2001a).

4.3 Avanços da incorporação da temática violências e acidentes no setor saúde

Após o lançamento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi instituída, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, visando a melhoria da qualidade e ampliação dos atendimentos pré, intra, e pós-hospitalares das vítimas. A rede nacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o principal componente dessa política (BRASIL, 2009).

Em maio de 2004, com o sentido de dar suporte à implantação/implementação de ações de enfrentamento das violências e acidentes, o MS instituiu a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção em Saúde, no âmbito estadual e municipal. Em dezembro de 2008 esta Rede contava com 208 núcleos implantados em secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outras instituições. Em 2005 ocorreu a realização do I Seminário Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, onde foi construída e pactuada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências (BRASIL, 2009).

Em 2006 acontece um dos marcos mais importante em relação à prevenção de acidentes e violências: a Política Nacional de Promoção da Saúde. A Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País. Esta política ainda visa à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, e que defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006a).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde tem realizado o monitoramento de acidentes e violências por meio de análise das bases de dados existentes. O SIM, por sua abrangência e qualidade, permite o conhecimento da mortalidade das violências e acidentes em âmbito nacional. O SIH/SUS permite o monitoramento das informações sobre internações hospitalares realizadas no SUS, e seu uso como ferramenta de vigilância epidemiológica é mais recente (BRASIL, 2009; MALTA *et al.*, 2007).

O SIM e o SIH/SUS permitem o conhecimento sobre os casos mais graves, porém os casos de menor gravidade não são captados por estes dois sistemas. As informações obtidas por estes sistemas fornecem uma descrição concisa das violências e acidentes, sem detalhar

informações sobre o perfil da vítima e dos agressores em caso de violências. Com o intuito de um melhor conhecimento do perfil epidemiológico das causas externas, sua magnitude e gravidade e para a construção de um diagnóstico mais sensível da situação, foi implantado em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), apresentado posteriormente (BRASIL, 2009).

4.3.1 O Sistema de Vigilância e Acidentes

Em função do crescimento dos acidentes e violências, da relativa inconsistência dos dados e na dificuldade de determinação de fatores de risco associados a cada um deles, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, objetivando a vigilância epidemiológica destes agravos. As conseqüências das violências e acidentes para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas. A análise de dados sobre a morbimortalidade por violências e acidentes visa principalmente subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema, atenção integral às vítimas e promoção da saúde e cultura da paz. (BRASIL, 2010).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes está estruturado em dois componentes: VIVA Contínuo -Componente I e VIVA Sentinela- Componente II. As duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informações próprios, permitindo a entrada e a análise dos dados obtidos. A estruturação do VIVA tem como respaldo as Portarias n. 1.356, de 23 de junho de 2006 e n. 1.384, de 12 de junho de 2007. Estas portarias instituíram incentivo financeiro para a implantação da vigilância epidemiológica das violências e acidentes (BRASIL, 2006b, 2007, 2009).

O VIVA Contínuo foi implantado inicialmente, em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) a partir de 01 de agosto de 2006. Essa vigilância tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, garantindo, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2009, p.20).

Devido às suas especificidades ao caráter compulsório das notificações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e, no sentido de garantir a articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências; identificou-se a necessidade desse componente passar a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Assim, a partir de janeiro de 2009, o componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao SINAN NET, adequando-se às suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados (BRASIL, 2009).

[...] o processo de implantação do módulo de Violências no SINAN NET, no âmbito nacional, será gradual e realizado em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, considerando-se a estruturação local da área de VE-DANT, as prioridades definidas no processo de implantação do VIVA e a clara definição de serviços e gestores, tendo em vista a articulação entre a vigilância de DANT e a Gerência Técnica do SINAN NET (BRASIL, 2009, p.20).

O componente VIVA Sentinela é realizado por meio de pesquisas anuais, com base em informações coletadas em hospitais de urgência e emergência selecionados. A implantação da vigilância de acidentes e violências em hospitais tem por finalidade o conhecimento da dimensão e do perfil das causas externas atendidas nestes serviços de saúde. Ainda possibilita o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas (BRASIL, 2009).

No município de Taiobeiras está prevista a implantação do Componente I do VIVA, através da estruturação de serviços de referências para vítimas de violências e acidentes e pela notificação destes casos.

4.4 Violências e acidentes: faces destes problemas

As taxas de mortalidade por causas externas (acidentes e violências) apresentam-se crescentes desde a década de 1980, disseminando-se, em algumas regiões do Brasil, à semelhança de doenças transmissíveis, as quais correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, preponderando entre homens jovens e negros. Assim, a partir desta década, as mortes por acidentes e violências, no País, passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de morbimortalidade geral. Em 1996/1997, estes eventos foram responsáveis por aproximadamente 120 mil óbitos anuais. (BRASIL, 2000; SILVA *et al.*, 2007).

Gawryszewski *et al.* (2006) discutem que, em 2004, foram registrados no Sistema de Mortalidade, 127.470 mortes decorrentes de acidentes e violências. Informa ainda que os acidentes de transporte terrestre é uma causa importante tanto na morbidade quanto na mortalidade. Estes dados revelam a magnitude da questão da morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil.

Ainda, segundo Gawryszewski *et al.* (2006), o crescimento do problema dos acidentes e violências (causas externas), vem contribuindo para a mudança do perfil de problemas de saúde. Para os autores uma parte considerável das violências que permeiam a sociedade permanece silenciada no âmbito da esfera privada, o que dificulta o conhecimento de sua real magnitude e gravidade.

Segundo o inquérito sobre atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência, do ano de 2007, os homens foram atendidos em maior proporção do que as mulheres. Destacaram-se os atendimentos para pessoas entre 20 a 29 anos, tanto nos acidentes, quanto nas violências. Do total dos atendimentos de acidentes, as quedas apresentaram a maior proporção, seguida dos acidentes de transportes. Entre os atendimentos por violências predominaram as agressões e os maus-tratos, tentativas de suicídio e intervenção legal (BRASIL, 2009).

Ainda, destacando resultados do mesmo inquérito, somente em 2005 a população masculina representou 83,6% de toda a mortalidade por causas externas, sendo 117,6 mortes para cada 100 mil homens. Já em 2006, os homens foram atendidos em maior proporção do que as mulheres. A maior parte dos atendimentos teve como causa básica os acidentes (89,6%) e violências (10,4%). O predomínio de homens entre as vítimas pode ser justificado pelos padrões

socioculturais cristalizados na noção de gênero. Estes números revelam a importância da implementação de estratégias de Promoção de Saúde, sobretudo para a prevenção da morbimortalidade por acidentes de trânsito (BRASIL, 2009).

Adolescentes e jovens são frequentemente identificados como as principais vítimas de causas externas. Jovens e idosos são os grupos sociais que demandam uma atenção especial na prevenção das violências. Ainda segundo as mesmas autoras, os homens também são os mais atingidos pelas agressões, auto-agressões e pelos acidentes de trânsito. Interessante observar que no ano de 2000, já se apontava o grupo de crianças, adolescentes e jovens como vítimas de diferentes tipos de acidentes e violências. Aponta-se para a necessidade de investimento maciço nos processos de prevenção. Com relação às internações hospitalares, ainda relatam que, proporcionalmente, os idosos são os que mais se internaram por causas externas (BRASIL, 2000; MINAYO; DESLANDES, 2009).

Minayo e Deslandes (2009) ainda apontam para o baixo percentual de unidades de saúde que realizam atendimento diferenciado às vítimas de acidentes e violências, especialmente a rede básica de saúde, quase ausente dos atendimentos aos agravos por violência. Esta realidade evidenciada pelas autoras também é observada no município de Taiobeiras, onde o atendimento diferenciado às vítimas de violências ainda não está estruturado.

Em relação à Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, em levantamento feito pelo Ministério da Saúde nos anos de 2006 a 2007, observou-se que a violência se expressa de maneira diferente entre homens e mulheres. Entre os homens, as crianças (faixa etária de 0 a 9 anos) foram as mais acometidas, sendo a agressão física a mais frequente forma de violência. No sexo feminino, onde ocorreu um número maior de vítimas, as adolescentes foram as principais vítimas, sendo que a violência psicológica/moral o tipo mais prevalente (BRASIL, 2009).

No mesmo estudo, cerca de metade de todos os casos notificados correspondeu a crianças e adolescentes. Esta realidade está arraigada à violência doméstica, que se expressa na forma de agressão física, abuso sexual, negligência, entre outras. Outro ponto importante destacado é a parcela de casos de violência contra os idosos, onde são importantes também as relações familiares como geradoras de violência neste grupo (BRASIL, 2009).

A vigilância epidemiológica de causas externas é uma ação relevante para a organização do sistema de saúde, pois permite o monitoramento destes agravos e a estruturação e

implementação e avaliação de políticas públicas, com vistas a redução da morbimortalidade por estes eventos.

4.5 Atos normativos e legais sobre a questão das violências e acidentes

A questão da violência e acidentes está dispersa em atos normativos por todo o ordenamento jurídico, especificando normas que tanto preveem políticas de monitoramento como de combate e prevenção a essas situações. Tutela-se, entre outros pontos, a incolumidade do menor, do adolescente e do idoso, a saúde e segurança do trabalhador e principalmente a saúde da mulher.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº8069/90, traça normas materiais e processuais sobre o menor, visando a sua proteção no mais amplo sentido. No que se refere à questão da violência, o art.5º prevê que o menor não será objeto de qualquer forma de violência, corroborado pelo art. 18, que estabelece o dever de todos de zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-o a salvo de qualquer tratamento violento e desumano (BRASIL, 1990b).

Pune-se qualquer forma de violência contra as crianças e adolescentes, notadamente aquela praticada pelos pais. Geralmente, os tipos penais previstos tanto no Código Penal quanto no ECA são agravados quando a vítima se trata de criança ou adolescente (como nos crimes de lesão e maus-tratos), constituindo o fato, inclusive, agravante genérica de qualquer crime (BRASIL, 1990b).

A Portaria n.º 1.968, de 25 de outubro de 2001, que regulamentou o ECA, instituiu, nos termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a obrigação de todo os responsáveis técnicos das entidades de saúde integrantes ou participantes do SUS de comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. Tal comunicação é feita através de ficha própria juntada aos termos do atendimento (BRASIL, 2001b).

Segundo esta portaria, a violência (ou maus tratos) caracteriza-se como atos de ação (físicos, psicológicas e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança / adolescente sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais.

Esse sistema de ampla proteção está presente também no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Essa tutela legal especial decorre da situação quase sempre frágil do idoso, mais suscetível aos danos decorrentes de qualquer tipo de violência ou maus

tratos. O art. 4º prevê, de forma semelhante ao visto no ECA, a reprovabilidade de atos que coloquem o idoso como objeto de qualquer forma de violência, crueldade ou opressão. O Ministério Público é o grande responsável pela defesa dos direitos do idoso (BRASIL, 2003a).

O Estatuto do Idoso prevê penas aumentadas quando a vítima é maior de 60 anos no caso de homicídio doloso, abandono de incapaz, calúnia, injúria, difamação, extorsão mediante sequestro, tortura, entre outros, constituindo o fato também uma agravante genérica.

Semelhante é o tratamento dado quando se trata de violência contra a mulher. Destacam-se a Lei Maria da Penha (Lei nº 11340/2006), que prevê o recrudesimento das penas no caso de violência doméstica e familiar contra a mulher, dentre outros dispositivos protetivos; e a Lei nº 10778/2003, que regulamenta a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003b, 2006c).

A Lei Maria da Penha reflete a necessidade de políticas públicas que visam o enfrentamento dos constantes (e inaceitáveis) casos de violência doméstica contra as mulheres. Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, no âmbito das relações domésticas e familiares (BRASIL, 2006c).

Destaca-se como diretriz da política pública voltada ao amparo da mulher:

[..] a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às conseqüências e à frequência da violência doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas (BRASIL, 2006c).

A Lei nº 10778/2003, como citado anteriormente, também dispõe sobre a violência contra a mulher, mas de modo mais amplo, tratando da violência física, sexual e psicológica ocorrida no meio domiciliar ou na comunidade e que “compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar” (BRASIL, 2003b, art. 2º. II).

Tal lei institui a obrigatoriedade da notificação no caso de violência contra a mulher que for atendida no sistema de saúde público ou privado. A notificação deve ter caráter sigiloso, devendo a autoridade sanitária proporcionar as facilidades necessárias ao processo.

O Decreto Federal nº 5.099/2004 veio complementar as disposições da lei supracitada, instituindo os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher. Cabe ao Ministério da Saúde coordenar o plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela, inicialmente no âmbito municipal. Uma vez instalados, esses serviços serão acompanhados mediante processo de monitoramento e avaliação, que definirá a possibilidade de expansão para todas as unidades e serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Denota-se também a Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, que institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio. Regula-se com tal ato normativo o registro dos casos de suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional, objetivando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativa e ações de promoção e prevenção contra o suicídio em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006d).

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário, tal portaria articulou uma ampla rede de intercomunicação entre diversos órgãos, como Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, entre outros (BRASIL, 2006d).

Essa rede tem por fim “desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido” (art. 1º, I), objetivo que será viabilizado principalmente com o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos. Busca-se também a promoção do “intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações” (BRASIL, 2006d, art.2º, VII).

Por fim, destaca-se a Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS. Salienta-se a importância deste ato normativo devido à necessidade da disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social; uma vez que essas informações estão dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis, no âmbito do SUS (BRASIL, 2004b).

Segundo essa Portaria, são agravos de notificação compulsória: acidente de trabalho fatal, acidentes de trabalho com mutilações, acidente com exposição a material biológico, acidentes do trabalho em crianças e adolescentes, dermatoses ocupacionais, intoxicações exógenas, lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído, transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho (BRASIL, 2004b).

A citada Portaria visa ainda a criação da Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, composta por centros de Referência em Saúde do Trabalhador; hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade e serviços de atenção básica e de média complexidade, ambos credenciados como sentinelas. Essa Rede “será organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde” (BRASIL, 2004b, art.3º).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da revisão da literatura, com o material bibliográfico selecionado foi possível observar que os acidentes e violências constituem um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Apesar de nos últimos anos muitas iniciativas e avanços terem sido concretizados, o enfrentamento deste problema ainda é muito modesto. A questão das violências/acidentes necessita entrar definitivamente na agenda do setor saúde, destacando a importância do Programa Saúde da Família no acolhimento deste problema no dia-a-dia de trabalho das equipes.

Sendo preconizada pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, pouco tem sido feito no município de Taiobeiras para a implementação de suas diretrizes. É preciso avançar. É necessário sair da inércia e encarar a questão das violências/acidentes de frente.

Constatou-se com a realização deste trabalho que a temática das violências/acidentes está sendo trabalhada por muitos autores recentemente, sendo este assunto cada vez mais discutido nos últimos anos. A execução das diretrizes da PNRMAV sempre é um ponto importante nas discussões e estas diretrizes serão o alicerce para a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes em Taiobeiras. Cabe destacar que avanços já são observados neste sentido no município, citando-se a recente implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, acarretando uma melhora significativa do atendimento aos acidentados.

Destaca-se aqui a iniciativa do Ministério da Saúde com a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, com núcleos em muitos municípios brasileiros. Sendo a violência um fenômeno complexo, com a proposta de atuação em rede, há o fortalecimento das ações para promoção da saúde. Ressalta-se ainda a Política Nacional de Humanização, de extrema importância no atendimento às vítimas de acidentes e violências.

Outro ponto que merece ser citado é a questão da capacitação profissional. Percebe-se que muitos profissionais de saúde apresentam dificuldades ao lidar com a questão das violências, sentem-se intimidados, despreparados. Neste ponto, são necessários mais investimentos da gestão local para a capacitação dos profissionais de saúde do município.

A magnitude do problema das violências/acidentes ainda é pouco conhecida no município de Taiobeiras. Torna-se fundamental a estruturação da vigilância destes agravos, sendo esta essencial para o planejamento de estratégias de enfrentamento desta questão. Devem ser

pensadas formas de monitoramento destes agravos no município e neste ponto destaca-se a importância da participação popular na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências.

Por fim, a questão maior que precisa ser vencida é o silêncio. Silêncio e violência são duas palavras que andam juntas, mas que precisam tomar caminhos diferentes. A família que sofre o problema da violência precisa de uma atenção especial, e o trabalho em rede é o foco para um atendimento de qualidade. É preciso fugir da teia do medo, da insegurança e do silêncio. E ter como objetivo primordial do nosso trabalho a defesa da vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8080.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº8069 de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 de julho de 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em 15 ago. 2010.

BRASIL. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.4, ago. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 14 set. 2010.

BRASIL. Portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 maio 2001a. Disponível em: Acesso em: 15 ago. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1968 de 25 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de outubro de 2001b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001.html>. Acesso em : 15 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 3 de outubro de 2003a. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em 15 ago. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 de novembro de 2003b. Disponível em: < <http://www.leidireto.com.br/lei-10778.html> >. Acesso em 15 ago. 2010.

BRASIL. Decreto Federal nº 5.099, de 03 de junho de 2004. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 de junho de 2004a. Disponível em: < http://www2.oabsp.org.br/asp/clipping_jur/ClippingJurDetalhe.asp?id_noticias=15619&AnoMes=20046>. Acesso em 15 ago. 2010.

BRASIL. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004b. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 abr. 2004. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/6401-777.html?q=>> Acesso em: 10 nov 2010.

BRASIL. Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 mar. 2006a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf> Acesso em: 10 nov.2010.

BRASIL. Portaria nº 1356/GM de 23 de junho de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 jun. 2006b. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1356.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2010.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 de agosto de 2006c. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm >. Acesso em 15 ago. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1876/GM de 14 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 ago. 2006d. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>> Acesso em: 10 nov. 2010

BRASIL. Portaria nº 1383 de 12 de junho de 2007. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2007. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1383_12_06_2007.pdf> Acesso em: 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL: Ministério da Saúde. **Componentes do VIVA [on line]** Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32129> Acesso em : 15 set.2010.

CASTRO, Adriana Miranda de; *et al.* **Curso de extensão para Gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília: CEAD/FUB, 2010, 164p.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 11, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500016> Acesso em: 20 set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* Iniciativas de vigilância e de prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.1, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000300001&lng=en&nr m=iso Acesso em: 10 nov.2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da Implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 5, nov./dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500002&lng=pt> Acesso em: 15 set.2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

SANTOS, Edinilza Ribeiro dos; *et al.* . Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 6, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600012> Acesso em : 15 set. 2010.

SILVA, Marta Maria Alves da; *et al.* Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.1, 2007.