

Os autores respondem

The authors reply

Os debatedores do artigo que apresentou a síntese dos resultados de uma minuciosa avaliação diagnóstica sobre o estado de implantação e desenvolvimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Acidentes e Violência foram, todos os quatro, participantes locais (Curitiba, Rio de Janeiro e Recife) dessa pesquisa. O que quer dizer que todos estão implicados nos êxitos e nas lacunas da investigação, assim como nos ganhos de conhecimento que essa experiência gerou.

Cada um dos comentaristas tentou ler o todo que o artigo apresentou, focalizando as experiências locais nesse processo. Certamente, como todos observaram, as diferenças entre as capitais estudadas são bastante marcantes, evidenciando que implementar as orientações estabelecidas pela PNRMAV é possível, mas constitui-se num processo histórico que é movido por condições de possibilidades e atores, e que uns o fazem com mais eficiência que outros. Não nos cabe aqui entrar nos detalhes já descritos no artigo. Por isso, reconhecendo as peculiares locais, ressaltamos as unanimidades enfatizadas por todos, mostrando que as muitas possibilidades de desenvolvimento da política estão diretamente relacionadas a alguns fatores fundamentais: o conhecimento das diretrizes e o respeito dos gestores e profissionais ao que foi proposto na política promulgada já há oito anos; a orientação oferecida aos profissionais em relação ao tema; à qualidade do processo organizacional; a articulação entre os vários setores e instâncias da área de saúde; o dinamismo e a orientação do sistema de vigilância e notificação e a continuidade dos processos de gestão. Todos os debatedores se referiram a esses pontos, sempre dando ênfase ao processo bastante incipiente em que se encontra a implantação das diretrizes da política, embora Curitiba prime por uma posição muito mais consolidada em relação ao Rio de Janeiro, a Brasília, a Manaus e a Recife. O texto de Samuel e Márcia mapeia essa dinâmica local, mostrando, entre outros pontos, uma intercessão entre vários setores e níveis do sistema de saúde e a continuidade da gestão como pontos fortes do relativo êxito.

Luiza ressalta, entre as lacunas da avaliação e, obviamente do texto, o fato de não termos ouvido os usuários dos serviços. Realmente, a debatedora aponta uma falha que precisa ser sanada com estudos posteriores. Gostaríamos de dizer aos leitores que constituiu uma longa, grande e complexa aventura o esforço coletivo realizado para conseguirmos chegar ao ponto que alcançamos. Foi a primeira vez que nos aproximamos deste objeto e, certamente, não poderá ser a última e nem a única. Mesmo porque, nossa idéia sempre foi que outros pesquisadores pudessem questionar-se sobre o tema e dar continuidade ao processo de avaliação. Se for possível, sanando as deficiências que nosso estudo deixou.

Contextualizando as constatações que descrevemos no parágrafo anterior, gostaríamos de concordar o com que disse Maria de Lourdes, ao afirmar que o estado de implantação da PNRMAV ressalta os problemas do próprio SUS. O que a autora, a nosso ver, tentou dizer é que não há um setor isolado que possa estar bem quando o sistema apresenta dificuldades. Ou seja, embora tenhamos feito um grande esforço para destacar a atuação do setor em relação aos casos de acidentes e violências, – e consideramos que essa iniciativa tenha sido útil e extremamente necessária – na verdade está em julgamento o quanto o nosso universal Sistema Único de Saúde ainda é precário no cumprimento de suas cláusulas pétreas:

. Seus serviços de atenção básica se expandem para as camadas pobres da população, ou seja, universalizam-se, mas são de baixa qualidade e resolutividade;

. Seus serviços assistenciais de média e alta complexidade estão cada vez mais congestionados e insuficientes, reprimindo a oferta e a demanda de ações;

. Suas diretrizes de integralidade e de equidade pouco ou nada avançaram;

. O modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia, com pouca atenção à prevenção das enfermidades e à promoção da saúde;

. Para completar, a formação do pessoal obedece ainda, em grande medida, à lógica flexneriana e ao modelo de atenção hospitalocêntrica;

. O financiamento público anual *per capita* do SUS é absolutamente insuficiente e está abaixo do que é praticado no Uruguai, na Argentina, no Chile e na Costa Rica e é cerca de quinze vezes menor que o vigente no Canadá, nos países europeus e na Austrália, por exemplo.

No entanto, entendemos, finalizando esta discussão, que transformar a operacionalização da PNRMAV em normas e regras do SUS, não elimina a responsabilidade de atuarmos bravamente para a implantação efetiva dessa política, por dois motivos. Primeiro, porque ao fazê-lo estamos contribuindo para promover ações que, em consequência, revigorarão o SUS. Segundo, porque a PNRMAV apresenta uma peculiaridade muito importante ao interior do sistema: ela trata de um assunto que há muito pouco tempo vem cavando sua legitimidade no setor saúde, um campo de práticas onde, muito lentamente, vamos relativizando a lógica biomédica, associando-a à lógica social.

Nosso artigo será publicado neste ano em que, passadas duas décadas de promulgação, vários estudiosos e muitos militantes do SUS estão promovendo avaliações e análises sobre o seu estado atual. Desejamos muito que este texto e a contribuição de nossos debatedores sejam utilizados como subsídio para o revigoramento desse sistema no qual apostamos, pelo bem da população brasileira.