

## **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**

Analysis of the implantation of the healthcare network for victims of accidents and violence following the guidelines of the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Violence and Accidents

Maria Cecília de Souza Minayo<sup>1</sup>  
Suely Ferreira Deslandes<sup>2</sup>

**Abstract** *In this article we problematize the results of an investigation entitled “Diagnostic Analysis of the National Policy for Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMVA)” and present some thoughts for discussion. Based on a quantitative and qualitative analysis of the implantation of this policy in five Brazilian state capitals - Recife, Rio de Janeiro, Manaus, Curitiba and Brasília and vicinities – along with the participation of local academic institutions we performed a diagnosis of the situation. The article presents evaluative information regarding: the profile of morbidity and mortality from accidents and violence; the adequacy of mobile and fixed pre-hospital emergency services, hospital services and rehabilitation services to preventing the described epidemiological profile; the training of the professionals dealing with these traumas; surveillance and monitoring of violence and accidents as well as support for studies and investigations into the issue. Aimed at proposing a debate, the article concludes raising questions about the advances made in the implementation of the policy, about the fragilities of the system and about the possibilities for an efficient implementation of the PNRMVA guidelines.*

**Key words** *Evaluation in health, Health policy, Accidents and violence, Prevention of external causes*

**Resumo** *Neste artigo, problematizamos os resultados de uma pesquisa denominada “Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências (PNRMVA)”, apresentando considerações para debate. A partir de uma investigação quantitativa e qualitativa da implantação dessa política em cinco capitais brasileiras (Recife, Rio de Janeiro, Manaus, Curitiba e Brasília) e seu entorno, e com a participação de instituições acadêmicas dessas localidades, fizemos um diagnóstico situacional e ouvimos, no mesmo contexto, gestores e profissionais de saúde. O artigo traz informações avaliativas sobre o quadro de morbimortalidade por violências e acidentes; a adequação dos serviços nos níveis pré-hospitalar móvel e fixo, hospitalar, de reabilitação e de promoção ao perfil epidemiológico descrito; a formação específica dos profissionais para lidar com esses agravos à saúde; a vigilância e o monitoramento dos eventos violentos e dos acidentes e, por fim, o apoio a estudos e pesquisas sobre a temática. Por se tratar de uma proposta de debate, o artigo conclui apresentando questões sobre os avanços na implantação, sobre as fragilidades do sistema e sobre as possibilidades de desenvolvimento eficaz das diretrizes da PNRMVA.*

**Palavras-chave** *Avaliação em saúde, Política de saúde, Acidentes e violências, Prevenção de causas externas*

<sup>1</sup> Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036, Manguinhos. 21040-361. Rio de Janeiro. cecilia@claves.fiocruz.br

<sup>2</sup> Departamento de Ensino, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

A violência e os acidentes de trânsito constituem um dos principais problemas de saúde pública no país desde o final da década de setenta. Contudo, a despeito de sua intensidade e capacidade de influir negativamente na qualidade de vida dos brasileiros, os modos de enfrentamento do problema têm sido modestos e pouco eficazes. Paulatinamente nos últimos anos se consolidaram estratégias setoriais e intersetoriais para atuação, agregando esforços da esfera pública e da sociedade civil. O setor saúde tem sido, com todas as suas limitações, um campo pioneiro e estratégico para a identificação das situações, do cuidado às vítimas e de produção reflexiva e crítica sobre este fenômeno.

Este artigo visa apresentar uma análise dos êxitos e problemas na aplicação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (PNRMAV)<sup>1</sup>, oficializada em 16 de maio de 2001, por meio da Portaria Ministerial MS/GM, nº 737 de 16/05/2001, publicada no Diário Oficial da União nº 96, seção 1e de 18/05/01, a partir do estado atual de sua implantação. O conteúdo deste texto chama atenção para a relevância da legitimação do tema na pauta do setor, tentando acompanhar e monitorar seu acolhimento pelos profissionais e pelas instituições que atuam na prática e são responsáveis pelo êxito dessa agenda de caráter interdisciplinar, interprofissional e intersetorial.

## Material e método

A pesquisa que dá origem a este artigo<sup>2</sup> foi realizada em cinco capitais do país: Rio de Janeiro, Recife, Manaus, Curitiba e Brasília. Foi realizada de forma cooperativa entre o Claves (Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/Fiocruz) e vários centros de pesquisa dessas capitais: Departamento de Serviço Social da UNB-Brasília (DF); Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva/NESC da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RJ); Faculdade de Educação da Universidade Federal de Manaus (AM); Pontifícia Universidade Católica de Curitiba (PR) e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (PE).

A escolha das capitais foi feita a partir de um estudo que ordenou por magnitude os 224 municípios do país com população acima de 100.000 habitantes e foi realizado por Souza e Veiga<sup>3</sup> para o Ministério da Saúde. Esses autores criaram um índice sintético de violência que considerou o número de óbitos e taxas de mortalidade por homicídio, acidente de transporte e suicídio, no ano de 2000. Segundo

esse índice, o Rio de Janeiro situou-se em 2º lugar; Recife em 3º; Brasília em 5º; Manaus em 13º e Curitiba, no 17º posto. Com exceção do Rio de Janeiro, todas as demais cidades foram as primeiras colocadas (em taxas de violência a partir do indicador composto) em suas respectivas regiões, sendo esse o critério definidor da sua escolha. No que se refere à morbidade, no ano de 2000, somente estas cinco cidades somaram 45.434 internações por causas externas, representando 6,5% das hospitalizações realizadas no país<sup>2</sup>. No caso de Brasília, optamos por incluir o Distrito Federal e a rede de atendimento das localidades que compõem o seu entorno.

O conceito metodológico básico deste estudo é o de análise diagnóstica, que se constitui numa forma de análise compreensiva e interpretativa da realidade e permite dar conta: (1) dos êxitos e das dificuldades do sistema de saúde para atender à crescente demanda e às mudanças qualitativas das lesões e traumas provenientes das violências e acidentes; e (2) de construir alternativas e possibilidades para o melhor desenvolvimento da gestão. Assim, o termo diagnóstico configura uma análise situacional que leva em conta as condições gerais de infraestrutura, de planejamento e de apoio visando ao êxito das ações.

Do ponto de vista operacional, seguimos os princípios da triangulação de métodos, estratégia que visa à combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista de autores, técnicas, estratégias e métodos.

O referencial de base de todas as variáveis de análise elencadas foi o próprio documento da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (PNRMAV) em seu marco lógico. Os referenciais de apoio foram: (1) para o atendimento pré-hospitalar (Portaria nº 1.863/GM, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências; Portaria nº 1.864/GM, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência); Portaria nº 2.072, que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências; Portaria nº 2.048, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência); (2) para o atendimento hospitalar (Portaria nº 466/SAS, que regulamenta o funcionamento de serviços de tratamento intensivo; Portaria nº 479/GM, que cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências; Portaria nº 2.048/GM); (3) atendimento de reabilitação (Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência). Este acervo foi o subsídio para a elaboração de todos

os instrumentos e também para os indicadores propostos na pesquisa.

A operacionalização da investigação foi construída em torno de quatro fases de trabalho, cada qual agregando diferentes ciclos de pesquisa (exploratório, de trabalho de campo, de análise e de divulgação dos dados).

A primeira, de caráter exploratório, envolveu consulta a especialistas e gestores dos três subsistemas em estudo (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação), tendo sido feitas 23 entrevistas semi-estruturadas. A análise dessa etapa subsidiou a construção de instrumentos para o melhor conhecimento dos subsistemas: pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação.

Na segunda fase, foi feito o mapeamento da rede de atendimento. O instrumento aplicado em cada unidade que realiza tal atendimento incluiu os seguintes blocos de variáveis: a) identificação; b) caracterização das atividades de atendimento e c) descrição da estrutura existente.

Na terceira fase, os serviços foram visitados uma vez mais e aplicados novos questionários, agora destinados a analisar o tipo de atendimento prestado às vítimas de acidentes e violências. Os questionários foram estruturados em dois blocos de questões, um primeiro com 26 questões, caracterizando a estrutura existente, e um segundo, com 22, sobre a organização do serviço. Do questionário destinado aos serviços hospitalares, constaram 27 e 20 questões, respectivamente. O destinado aos serviços de reabilitação foi composto por dezoito questões: duas de identificação, seis sobre estrutura e dez sobre organização do serviço.

Os questionários foram respondidos pelo gerente de cada unidade ou por um profissional delegado por ele. Foram incluídos todos os serviços que atendem vítimas de violências nas referidas localidades, totalizando 130, sendo 57 de pré-hospitalar (8 de Manaus, 10 de Recife, 21 do DF, 10 do Rio e 8 de Curitiba), 53 hospitais (7 de Manaus, 10 de Recife, 15 do DF, 16 do Rio e 5 de Curitiba), 20 de reabilitação (3 de Manaus, 6 de Recife, 8 do DF, 1 do Rio e 2 de Curitiba).

Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com gestores dos três níveis de atenção, sobre o atendimento das vítimas de acidentes e violências, o cumprimento das diretrizes da PNRMAV<sup>1</sup> e os demais parâmetros de qualidade preconizados nas políticas e portarias mais importantes para cada um desses subsistemas.

A quarta fase da pesquisa foi dedicada à análise crítica e à busca de aumentar a qualidade dos dados e a validade das interpretações produzidas passo a passo. Nesse movimento, cada relatório

local foi analisado por estatísticos, epidemiologistas e cientistas sociais do Claves e reenviado às equipes colaboradoras para que as informações fossem conferidas e ajustadas. A partir daí, os relatórios finais das localidades serviram de base para a construção de uma análise transversal.

Os questionários foram digitados em um banco de dados (EpiData)<sup>4</sup> e criticados. A análise teve um caráter exploratório, sendo usadas medidas estatísticas descritivas (frequências simples e relativas) aplicadas às variáveis em cada cidade. A análise qualitativa buscou interações entre conteúdos manifestos e inferências de conteúdos latentes dos depoimentos e anotações de campo, identificando argumentos, significados e relatos de práticas relevantes aos objetivos do trabalho. A seguir, foi realizado um exercício de triangulação entre informações quantitativas, análise de relações e representações dos diferentes atores.

Embora sem possibilidade de extrapolação - tanto em relação aos êxitos como em relação aos problemas - este artigo oferece informações sobre questões comuns e recorrentes em toda a rede, sobretudo nas capitais e regiões metropolitanas. Isso é relevante porque hoje elas concentram a maior parte dos acidentes e violências no país<sup>2</sup>.

No texto, apresentamos os seguintes tópicos: (1) rápida revisão do quadro de morbimortalidade nas cinco capitais; (2) adequação da oferta de serviços ao perfil epidemiológico e de promoção e adoção de comportamentos saudáveis; (3) formação dos profissionais de saúde; (4) monitoramento de acidentes e violências; (5) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O artigo adota uma perspectiva de síntese, destinada a fomentar um debate. Análise mais completa das informações foi objeto da publicação de um livro<sup>2</sup> e de dois artigos que estão em processo de publicação.

## **Análise de resultados**

### **Sobre o quadro de mortalidade e morbidade**

Jovens e idosos são os grupos sociais que continuam demandando especial atenção dos que atuam na prevenção da violência. Nas capitais estudadas, pessoas de 20 a 29 anos (sobretudo em Recife e no Rio de Janeiro) e de 60 ou mais anos de idade, (especialmente no Distrito Federal, Manaus e Curitiba) são as mais afetadas pela mortalidade por causas externas. Consoante à realidade nacional<sup>3</sup>, os homens são os mais atingidos pelas agressões, pelas auto-agressões e pelos acidentes de trânsito.

Em todas as localidades analisadas, as maiores taxas de mortalidade dentre as causas externas são devidas às agressões, segundo dados de 2004<sup>2</sup>. Ressaltamos que em Recife e no Rio de Janeiro essas taxas atingem patamares elevadíssimos (65,4 por cem mil e 45,1 por cem mil, respectivamente). A cidade de Recife apresenta hoje uma situação de intensa violência urbana. Mas as taxas de violência apontada pelos dados epidemiológicos são elevadas em todas as capitais analisadas. Por exemplo, no Distrito Federal, as agressões, juntamente com os acidentes de trânsito, perfazem cerca de 73% das mortes por todas as causas externas. Nessa capital, quase metade das mortes de jovens e adolescentes é causada por agressões. E em Curitiba, a tendência das violências letais está em franco crescimento. Igualmente, as maiores taxas de mortes por acidentes de trânsito e de transporte ocorrem em Curitiba (24,9) e no Distrito Federal (22,7).

Os dados apontam para a necessidade de investimento maciço nos processos de prevenção; para melhor adequação da oferta de serviços de saúde para o atendimento às vítimas e para metas específicas de redução dos desfechos fatais<sup>6,7</sup>. A violência não é uma fatalidade<sup>8,9</sup>. Estudos históricos<sup>10</sup> mostram que tanto as mortes por agressão, por violência no trânsito, como por auto-agressão são passíveis de serem reduzidas e prevenidas.

Quando analisamos os dados de internações hospitalares, observamos que grupos etários e de gênero diferentes conformam o perfil, em cada localidade estudada<sup>2</sup>. Os idosos são, proporcionalmente, os que mais se internaram por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro, onde as crianças de 0 a 9 anos são os principais pacientes, e em Curitiba, onde crianças e adolescentes de 10 a 19 anos apresentam as maiores taxas de hospitalização. No Rio de Janeiro, pessoas com 10 a 19 anos conformam o grupo com mais elevadas taxas de internação por acidentes de trânsito. Já no Distrito Federal, as agressões são as principais causas de hospitalizações dos jovens de 10 a 19 anos.

No grupo de 20 a 29 anos, a maior taxa de internação por causas externas aconteceu em Curitiba. Em Recife, em termos absolutos, o grupo das pessoas com 30 a 59 anos foi o que mais se internou pelas várias causas externas (2.757). Mas proporcionalmente, o segmento mais vulnerável é o dos idosos que se internaram por acidentes de transporte e agressões<sup>2</sup>.

Os adultos de 20 a 29 e de 30 a 59 anos são os que apresentam maiores taxas de internações por acidentes de transporte e agressões no Distrito Federal. A Capital Federal, juntamente com o Rio de Janeiro, em comparação com as capitais estuda-

das, apresenta as mais elevadas taxas de tentativas de suicídio nas referidas faixas etárias<sup>2</sup>.

Ressaltamos que os dados de morbimortalidade nas capitais estudadas apenas evidenciam as formas mais visíveis e agressivas de violência, ficando de fora os processos sociais e institucionais que alimentam a reprodução desses tipos de mortes e de lesões.

### **Adequação da oferta de serviços ao perfil epidemiológico**

Consideramos baixo o percentual de unidades locais de saúde que realizam atendimento diferenciado às vítimas de acidentes e violências. Em termos percentuais, esses serviços não ultrapassam 10%<sup>2</sup>. Tais unidades tiveram participação nesta avaliação, por não terem sido identificadas pelos gestores entrevistados como atuantes diante da temática em pauta. Mesmo constituindo o alicerce da rede de serviços de saúde, a rede básica está quase ausente dos atendimentos aos agravos por violência, na forma como preconizada pela PNRMVA<sup>1</sup>.

No outro extremo da rede, a oferta de leitos de UTI é deficiente em todas as capitais estudadas. Em hospital com capacidade igual ou superior a cem leitos, os destinados à UTI deveriam corresponder a 5 a 10% do total, ter atendimento 24 horas, área física própria e acesso facilitado. Também 5% do total de leitos pediátricos deveriam ser reservados à UTI. Recife alcança a proporção mais elevada, com 50% dos hospitais adequados aos requisitos. Em Manaus, no Rio de Janeiro e em Curitiba, 14%, 19% e 20% dos hospitais, respectivamente, estão de acordo com as normas estabelecidas. No Distrito Federal, nenhum dos hospitais que atende vítimas de acidentes e violências possui UTI adequada.

Como já dissemos, os idosos constituem, proporcionalmente, o segmento que mais se interna por causas externas em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro. Entretanto, não verificamos nenhum tipo de atenção diferenciada para essa parcela da população.

O atendimento às famílias ainda não constitui uma prática realizada dos serviços de qualquer nível, com parcial exceção para Curitiba, onde 58% das unidades estudadas cuidam dessa inclusão. Sabemos que em vários países, sobretudo para os casos de violências interpessoais e intrafamiliares, existem serviços de prevenção associados aos hospitais e às unidades de atenção básica, vinculando uma rede interdisciplinar que busca dar sequência ao tratamento das lesões e traumas. Na verdade, o atendimento médico – seguindo uma linha tradi-

cional de atuação – constitui a principal prioridade dos serviços que atuam nas consequências dos acidentes e violências. E mesmo quando as unidades básicas e do Programa Saúde da Família se destacam por promover o encaminhamento dos pacientes para acompanhamento, observamos total desarticulação no nível da contra-referência.

A parceria das unidades de saúde com as demais instituições que podem auxiliar no cuidado e acompanhamento das vítimas de acidentes e violência e apoiá-las na busca de seus direitos precisa ser um foco de maior investimento intersetorial. Além da articulação, já mais consolidada em alguns serviços, com o Conselho Tutelar e com programas de assistência social, em todos há uma grande diversidade de possibilidades pouco exploradas: interação com escolas, com universidades, com ONGs e com grupos comunitários, entre outros.

Ações de prevenção são ainda muito pouco pensadas, institucionalizadas e empreendidas. Nossa pesquisa mostra que apenas metade dos serviços que atendem a vítimas de acidentes e violência cuida dessa importante ação que tem centralidade na PNRMAV<sup>1</sup>, que coloca como sua diretriz principal a promoção da qualidade de vida e não apenas o tratamento dos agravos.

Desdobrando a análise, tratamos separadamente os subsistemas: pré-hospitalar, hospitalar, de reabilitação e no que diz respeito a ações de prevenção e de promoção.

### **Sobre o pré-hospitalar**

Como ponto positivo, destacamos a entrada do SAMU nas cidades onde o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e do atendimento feito por médicos nas ambulâncias, como é o caso de Manaus. Apesar de alguns problemas localizados que a mudança tem propiciado, em todas as capitais estudadas, a implantação do SAMU representa considerável benefício para a população. No entanto, chamamos atenção para discrepâncias na estruturação desses serviços.

Vários são os problemas observados no processo de implementação do SAMU. Excluindo o Rio de Janeiro, que possui todas as modalidades de veículos necessários, nas outras quatro capitais falta algum tipo de ambulância, o que precisa ser resolvido para dar segurança e atendimento adequado aos lesionados e traumatizados. Em Manaus, faltam as do tipo D e E, que respondem pelo suporte avançado de vida. O SAMU de Recife não tem ambulâncias do tipo C, dificultando o resgate de vítimas em locais de difícil acesso; no Distrito Federal, somente há ambulâncias do tipo B e D; e em Curitiba, falta helicóptero.

A articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde através de central de regulação é um ponto positivo apresentado nas capitais estudadas. No entanto, no Rio de Janeiro, há entraves para a obtenção de vagas nos hospitais. Isso ocorre, embora haja uma ação de articulação entre setores expressivos, tais como diretores de hospitais, CREMERJ, SAMU e Corpo de Bombeiros. Apesar da participação do Ministério Público nestas reuniões, presença que conferiu maior efetividade às pactuações de atendimento integrado, na prática, ainda hoje, a cada plantão, o SAMU precisa atualizar o rol de especialistas disponíveis em cada hospital, para garantir resolutividade ao socorro. Apesar da boa interação entre os serviços móveis e fixos, a falta de vagas nos hospitais e a desarticulação dos vários serviços do SUS são problemas em todas as capitais analisadas.

No pré-hospitalar fixo, atribuição das unidades não hospitalares (PS-24 horas), detectamos vários problemas relacionados à ausência de especialistas necessários para atendimento adequado às vítimas: cirurgiões gerais, ortopedistas, cirurgiões ortopedistas e radiologistas. Faltam também assistentes sociais e psicólogos que poderiam contribuir positivamente para o apoio às vítimas e familiares. Sendo assim, podemos afirmar que a atenção prestada no subsistema pré-hospitalar fixo é de modesta complexidade e não garante a multiprofissionalidade preconizada pela PNRMAV<sup>1</sup>. Consideramos, pois, que os equipamentos de atenção básica não estão preparados para dar resolutividade a esse nível de atenção, o que acaba por aumentar a demanda sobre as Emergências. Embora este não seja um problema apenas brasileiro<sup>9,11</sup>, aqui ele toma proporções muito significativas.

Os ambulatórios especializados que oferecem cuidados médicos, suporte psicológico e social às vítimas de violência, ainda que sejam em pequeno número nas localidades analisadas, realizam um atendimento relevante e específico, cuidando tanto das vítimas como das famílias. Sugerimos apoio e valorização constante de tais iniciativas, para que tenham continuidade e possam aprofundar e expandir seu trabalho.

### **Sobre o nível hospitalar**

O pouco investimento na esfera de atenção básica, aliado a uma cultura popular que busca uma atenção pontual e imediata para seus males e leva à utilização indevida dos prontos-socorros e dos hospitais de emergência, ocasiona uma considerável sobrecarga para esses serviços<sup>10,12-15</sup>. Tal dinâmica acontece em todas as cinco capitais estudadas, agravando a constatada insuficiência de leitos de

emergência e de UTI. Em Manaus, os gestores atribuem o fato à estrutura precária e deficiente dos serviços de saúde nos demais municípios, o que torna a rede da capital responsável pela atenção à saúde da população do Estado do Amazonas. Em Recife, a situação de superlotação também se evidencia e observamos déficit de leitos no setor de emergência e de UTI. No Distrito Federal, faltam leitos nas áreas de UTI e de UTI semi-intensiva e há deficiente investimento em UTI adulta e pediátrica.

Em relação à organização da rede hospitalar, ressaltamos alguns pontos positivos encontrados nas cinco capitais estudadas. A maioria dos hospitais possui mecanismos próprios de articulação com outros serviços para transporte e transferência de pacientes, para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e de patologia clínica, além de estarem articulados à central de regulação ou a uma rede pactuada pelo município.

Na estrutura dos hospitais de emergência, existe disponibilidade maior e mais adequada de equipamentos e medicamentos, mas não de forma suficiente, exceto no Distrito Federal e em Manaus. Enfatizamos também que, em todas as capitais analisadas, a maioria dos hospitais dispõe de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências, acessíveis às equipes, embora profissionais e gestores nos dissessem que poucos são os que os consultam. Igualmente, ressaltamos ainda como positivo o fato de nas cinco localidades haver um trabalho planejado para adequar as estruturas e os recursos a uma atenção às vítimas de lesões e traumas.

No entanto, observamos inúmeras deficiências. Por exemplo, no Rio de Janeiro, a rede que se caracteriza por dispor de serviços de referência com alta qualificação técnica atua de forma bastante desarticulada<sup>16</sup>. Também faltam-lhe insumos e equipamentos e a manutenção desses últimos é inadequada. Em Curitiba, todos os hospitais estão articulados à central de regulação e a estrutura para atendimento é considerada adequada pelos gestores, mas esses reconhecem pontos de tensão e de estrangulamento do sistema em determinados horários e em datas especiais.

Todas as cinco localidades estudadas possuem falhas importantes na articulação entre os serviços de referência e contra-referência. E as ações de prevenção e de promoção da saúde na esfera hospitalar ou são inexistentes ou não são registradas. A composição das equipes nos diferentes níveis está muito longe de cumprir o que é preconizado pela PNRMVA<sup>1</sup>. Exceção seja feita à cidade de Curitiba, que possui o número adequado de serviços e de especialistas.

### **Sobre atendimento de reabilitação**

A área de reabilitação é a que mais necessita de avanços para cumprir as diretrizes da PNRMAV<sup>1</sup>. Um dos desafios importantes é a criação de mecanismos de informação, sensibilização e educação, que devem incluir os próprios profissionais de saúde. Nos serviços que existem, observamos uma preocupação dos profissionais para que informações adequadas cheguem aos gestores e aos profissionais quanto a seus papéis na organização do subsistema e na orientação aos portadores de sequelas e a seus familiares. Nesse sentido, existe um esforço incipiente em Brasília, Manaus e Recife e, de forma mais avançada, em Curitiba e no Rio de Janeiro. No entanto, em todas as cinco localidades, a oferta de orientação não está institucionalizada e nem recobre todos os serviços.

Na estruturação dos serviços, são muitas as debilidades constatadas. Destacamos como aspectos mais problemáticos: fraco acompanhamento pós-hospitalar; deficiente transporte de pacientes sequelados; descontinuidade na distribuição de medicamentos; baixa qualidade e deficiente treinamento para uso das órteses e próteses, o que as tornam inadequadas.

A rede de reabilitação é pequena para garantir uma cobertura adequada aos sequelados. A contratação de novos profissionais se faz necessária e urgente, já que vem aumentando a fila de espera para tratamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. A insuficiência de pessoal e de recursos materiais para responder à demanda tem levado, inclusive, muitos serviços a abreviarem indevidamente o tempo de atendimento aos pacientes. Nas entrevistas, ouvimos queixas sobre isso, tanto por parte dos servidores como dos gestores.

Há ainda outras deficiências, como falta de aporte financeiro para o subsistema<sup>16</sup>, ausência de definição de protocolos assistenciais para os vários tipos de clientela e muitas falhas no registros das informações, exigindo melhor gerenciamento das ações.

### **Sobre promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis**

Não foi objeto deste estudo o mapeamento e a análise de todas as iniciativas relacionadas à prevenção da violência e à promoção da vida. No entanto, de forma exploratória, buscamos identificar ações que, voltadas para as três grandes áreas de atendimento às vítimas de acidentes e violência, também contivessem estratégias específicas direcionadas à promoção da saúde e à prevenção dos agravos.

Em todas as cinco capitais, os gestores entrevistados mencionam a relevância das ações de prevenção e promoção; contudo, são unânimes em reconhecer que pouco tem sido investido neste sentido. Duas iniciativas se destacaram. A primeira, no Distrito Federal, onde encontramos ações realizadas intrasetorialmente. Elas são organizadas em conjunto pelo Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências/NEPAV da Subsecretaria de Atenção à Saúde/SAS/SES e pelo setor de Vigilância Epidemiológica das Doenças-Não Transmissíveis/VEDANT na Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica/VE/SES. A segunda, em Curitiba, tem se destacado por realizar ações de prevenção, especialmente na esfera do trânsito. A partir de 2003, foi criado o Projeto Trânsito Saudável, visando à redução da morbimortalidade por acidentes, implantado a partir de um convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

Os Núcleos de Prevenção às Violências que funcionam nessas localidades com apoio do Ministério da Saúde também possuem uma linha de ação estratégica voltada para prevenção e promoção de ambientes saudáveis. No entanto, esses núcleos estão em estágio inicial de implantação, não tendo sido possível analisar suas ações.

### **Formação específica dos profissionais de saúde**

Para que se realize a plena implementação da PNRMAV<sup>1</sup>, é necessário investimento contínuo em formação dos profissionais. Embora, neste estudo, poucas unidades básicas tenham sido contempladas, exatamente por não atenderem à demanda proveniente dos acidentes e violências, os gestores incisivamente solicitaram treinamento e formação para os profissionais que atuam ou deveriam atuar nesse nível. Ponto considerado fundamental ressaltado por eles, a preparação dos profissionais está fortemente amparada nas sugestões da Organização Mundial da Saúde, em seu documento sobre violência e saúde<sup>8</sup>.

A capacitação em núcleos de educação em urgência hoje é realizada em quatro das localidades estudadas que apresentam o SAMU como responsável pelo atendimento pré-hospitalar. Existe um excelente serviço de treinamento em nível pré-hospitalar a cargo do GSE no Rio de Janeiro, que atua também no processo de formação permanente de seus quadros, inclusive para o registro e a sistematização das informações.

Nos hospitais, a capacitação para o atendimento e o adequado registro das causas externas são processos muito dispersos. Nesses serviços, obser-

vamos grande resistência dos gestores para liberação de seu pessoal, pois isso implicaria uma queda de produtividade do montante de atendimento.

### **Monitoramento de acidentes e violências**

Entendemos que o monitoramento dos acidentes e violências é fundamental para que ações venham a ser desenvolvidas de acordo com a realidade local. Para que essa adequação ocorra, existe necessidade de aumento de cobertura do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/SUS); melhor qualificação dos dados sobre causas externas nos registros de morbidade e nas declarações de óbito; capacitação dos profissionais que atuam em nível local, com destaque para os profissionais dos Institutos Médico-Legais e das próprias unidades de internação; e integração e comunicação entre as bases de dados.

Observamos avanço positivo no processo de monitoramento das causas externas no Rio de Janeiro, em Recife, em Manaus e em Curitiba. No Distrito Federal, esse processo necessita ser incrementado. No entanto, foi constatada em nossa pesquisa que a área de pré-hospitalar móvel não utiliza as informações que gera, visando ao planejamento, organização e análise dos serviços. Nesse mesmo nível de atenção, não existe integração do banco de dados com os dos outros subsistemas. No caso em que os entrevistados disseram que há interação das informações, esse processo é bastante precário. Outro aspecto crítico é a falta de integração das informações entre as redes municipal e estadual nas capitais estudadas.

O sistema de registro sobre acidentes e violências – nos três níveis de atenção – é ainda muito pouco fidedigno e pouco eficiente. Inúmeras limitações ocorrem e dentre elas citamos o subjetivismo com que muitos profissionais registram os fatos ou o puro e simples descaso na notificação. Ressaltamos a falta de investimento na capacitação do pessoal que executa os registros. Nesse particular, observamos uma exceção positiva em Curitiba, onde todos os serviços possuem sistemas de registros sobre os atendimentos às vítimas de violência e acidentes. Mesmo aí, os dados não são de fácil acesso à consulta por parte dos profissionais que atendem. O SAMU do Rio de Janeiro também demonstra potenciais melhorias na elaboração de uma nova ficha, de modo a incorporar as peculiaridades dos atendimentos por violências.

Analisando a situação de notificação (obrigatória) de violências contra crianças e adolescentes, nas diferentes capitais, observamos que este dis-

positivo é o que está funcionando melhor nos níveis pré-hospitalar e hospitalar. O Rio de Janeiro se destaca pela melhor qualidade dos registros, nesse particular. No caso das mulheres e dos idosos, grupos para os quais é também compulsória a notificação, o processo de registro é ainda muito falho.

Quanto à qualidade dos dados de mortalidade por acidentes e violências nas localidades estudadas, constatamos que no Rio de Janeiro, 10,9%, e em Recife, 8,5% dos óbitos por causas externas não tiveram, em 2004<sup>2</sup>, a causa básica esclarecida, o que indica um espaço potencial e necessário para o investimento na melhoria dos registros. Em Manaus, os dados de morbidade referenciam elevadíssimas proporções de eventos cuja intenção “é indeterminada”. Esse grupo de dados imprecisos abrange mais de 80% das internações por causas externas nessa capital, onde também chamou-nos atenção a ausência de registros de suicídio para todas as faixas etárias.

### **Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas**

Nas cinco capitais estudadas, foram observadas iniciativas para o desenvolvimento do conhecimento acerca dos acidentes e violências. Destaque deve ser dado ao Rio de Janeiro, do ponto de vista acadêmico. Mas nessa capital, como nas outras, é necessário que tal diretriz se insira dentro das políticas públicas locais, voltadas para o tema, propiciando a realização de estudos que sejam capazes de aprofundar problemáticas específicas e modos peculiares de atuação local.

Consideramos que os estudos tanto locais como nacionais, ademais de responderem aos problemas levantados pela prática, devem ter cunho estratégico, ou seja, ser voltados para a solução de problemas. E também, que sejam incentivadas parcerias das universidades com os serviços e redes de saúde para aumentar o conhecimento tanto do fenômeno como das melhores formas de enfrentamento.

### **Considerações finais**

Encerramos este artigo fazendo um balanço da implementação da PNRMAV<sup>1</sup> nas cinco capitais estudadas. Em cada uma delas, o processo está em determinado estágio e, na maioria dos casos, depende dos investimentos realizados pelos gestores e profissionais para seu desenvolvimento.

Em Manaus, a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é um processo bastante recente,

que se iniciou em 2006. A perspectiva mais positiva vem da implantação do SAMU, substituindo o sistema anterior, bastante precário.

Em Recife, o processo vem se aprofundando há mais tempo e podemos registrar já alguns avanços positivos: (a) na área pré-hospitalar, a estruturação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a criação do comitê gestor responsável pela Rede Pactuada de Atendimento às Emergências no Estado. Esse comitê vem discutindo a organização dos hospitais gerais e de emergência com ênfase na recuperação de toda a rede hospitalar da região; (b) na formação de recursos humanos, é digna de nota a iniciativa de capacitação dos profissionais através dos núcleos de educação em urgência já implantados no município; (c) na integração das ações, tem havido investimento na articulação entre o subsistema pré-hospitalar móvel, fixo e com algumas unidades básicas que atendem a crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violência. No entanto, existe baixa articulação entre a rede estadual e a municipal em todos os níveis, o que afeta a integração das ações aqui analisadas.

No Rio de Janeiro, houve considerável avanço na organização dos serviços que prestam o atendimento pré-hospitalar móvel, com a articulação entre o Corpo de Bombeiros e SAMU. Porém, fatores como a complexidade do sistema de saúde no município e da rede hospitalar formada por instituições governamentais municipais, estaduais e federais, cada uma delas dependente de autoridades diferentes que muitas vezes não se entendem, a precariedade e insuficiência da rede de atenção básica (que resultam na sobrecarga de demanda nas emergências, retardam as altas hospitalares, prolongando a ocupação dos leitos hospitalares por pacientes cujo tratamento e pós-operatórios poderiam se dar na rede básica e ambulatorial)<sup>12</sup>; e a demanda da população proveniente de outros municípios aos serviços da capital são apontados pelos gestores como entraves que dificultam a implementação efetiva da PNRMAV<sup>1</sup> na capital.

Das cinco capitais, Curitiba é a cidade com melhor nível de implementação da PNRMAV<sup>1</sup>. Seu atendimento pré-hospitalar móvel é bastante organizado e compatível com as normas técnicas do Ministério da Saúde para esta área. Além do SAMU, esse município também conta com o SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência), realizado pelo Corpo de Bombeiros. O subsistema pré-hospitalar fixo tem sido incrementado, de modo que as unidades básicas prestam atendimento às vítimas de acidentes e violências, apesar dos gestores assinalarem dificuldades, como número insuficiente de profissionais, de estrutura



física e de equipamentos. No entanto, sua rede hospitalar, ainda que mostre adequação, também sofre com problemas relacionados às instalações físicas, aos insumos e ao número insuficiente de profissionais. O setor de reabilitação necessita de muito maiores investimentos.

A implantação das diretrizes da PNRMAV<sup>1</sup> no Distrito Federal é bastante incipiente. A desarticulação intersetorial entre gestores tem dificultado a efetiva aplicação da política. Além disso, questões relacionadas à falta de recursos humanos e de recursos orçamentários vêm sendo apontadas por gestores e profissionais como fatores limitantes. Com relação aos avanços havidos na implementação das principais diretrizes da Política Nacional, destacamos: (a) a criação pela SES do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências (NEPAV), que tem realizado ações voltadas para promoção e de prevenção aos agravos provocados por acidentes e violências; (b) a Rede Intersectorial de Atenção as Vítimas de Violência, que reúne mensalmente órgãos governamentais e não-governamentais (Secretaria de Educação, Segurança Pública, Ação Social, entre outros) objetivando a articulação das ações e a busca de alternativas conjuntas de prevenção e atendimento às vítimas de acidentes e violências. O Distrito Federal também implantou o Programa para Prevenção aos Acidentes e Violência (PAV) como estratégia de descentralização local para viabilizar ações de capacitação de profissionais para prevenção primária e secundária, notificação, atendimento e encaminhamento de vítimas. O Distrito Federal conta ainda com um Núcleo Acadêmico ligado à Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, que realiza estudos e pesquisas sobre violência na capital do país e em seu entorno.

Em geral, os gestores das três grandes áreas de atendimento às vítimas de acidentes e violências nas diferentes capitais reconhecem a importância dessa política na estruturação e na articulação intersectorial e apontam a diretriz de prevenção e promoção de ambientes saudáveis como o grande mote para a redução da morbimortalidade. Por exigir ações interdisciplinares, multiprofissionais e multisectoriais, todos dizem que o grande desafio é a integração das várias instâncias para a efetiva implementação da PNRMAV<sup>1</sup>.

Entendemos que, mesmo com todos os percalços constatados, o estudo que gerou esta análise situacional apresenta um passo importante, pois lança a público a dinâmica de construção de uma práxis setorial amparada numa política norteadora. Resultados conseguidos em aspectos específicos do cumprimento das diretrizes em cada uma das capitais estudadas indicam que o longo cami-

nho não é um infinito em abstrato e de alcance impossível. Pelo contrário, os sucessos parciais, aqui reconhecidos e ressaltados, são prova de que é possível realizar a inclusão do tema da violência e dos acidentes na pauta da Saúde Pública.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência** (PNRMAV). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Souza ER, Veiga JP. **Ranking de mortes por homicídios, suicídios e acidentes de trânsito em municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes**. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz; 2004.
4. Lauritsen JM, editor. **EpiData Data Entry, Data Management and basic Statistical Analysis System** [programa de computador]. Versão 3.1. Odense Denmark: EpiData Association; 2000-2008.
5. Souza ER, Lima ML. The panorama of urban violence in Brazil. **Cien Saude Colet** 2006;11(2): 363-374.
6. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS; 2002.
7. Deslandes SF. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
8. Minayo MCS, Souza ER, organizadores. **A violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
9. Minayo MCS. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Impacto da violência sobre a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.9-33.
10. Abdallat AM, Al-Smadi I, Abbadi MD. Who uses the emergency room services? **East Mediter Health J** 2000; 6(5):1126-1129.
11. Jacquemot A. Qu'est-ce qu'une urgence ? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l'urgence médicale. In: Bernabé J, Confiant R. **Au visiteur lumineux - Des îles créoles aux sociétés plurielles**. França: Petit-Bourg/Ibis Rouge Editions; 2000. p. 575-586.
12. O'Dwyer G, Oliveira SP, De Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa Qualis no Rio de Janeiro. **Cien Saude Colet** [periódico na Internet] 2006 jan. [acessado 2008 jul 22]. [cerca de 15 p.]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=663](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=663)
13. Krakau I, Hassler E. Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits. **Am J Emerg Med** 1999; 17(1):18-20.
14. Coleman P, Irons R, Nicholl J. W. Alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? **Emerg Med J** 2001; 18(4):482-487.
15. Mesquita Filho M, Mello MHP. Características da morbidade por causas externas em serviços de urgência. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(4):579-591.
16. Azevedo CS, Fernandes MIA, Carreteiro TC. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(10):2410-2420.