

A comunidade segura

Safe community

Maria de Jesus C. S. Harada¹, Glaura César Pedroso², Renato Nabas Ventura¹

Resumo

Objetivo: Analisar a efetividade de programas de prevenção de injúrias intencionais e não intencionais, em crianças e adolescentes, embasados nos princípios da comunidade segura.

Fontes de dados: Pesquisa eletrônica nas bases de dados MEDLINE e LILACS, correspondendo ao período de 2000 a 2005. Para prevenção de injúrias não intencionais, usaram-se os descritores: *injury and prevention and community or population and intervention*; para prevenção de injúrias intencionais, *violence and prevention and community or population and intervention*; foi tomada como limite a faixa etária de 0 a 18 anos. Critérios de inclusão: artigos originais, que estudaram a efetividade de intervenções utilizando mais de uma estratégia e abrangendo toda uma comunidade ou grupo, abordando injúrias intencionais e não intencionais, publicados em português, inglês ou espanhol.

Síntese dos dados: Foram obtidos 152 estudos como resultado. Considerando os critérios de inclusão, foram encontrados cinco artigos sobre prevenção de injúrias não intencionais, um sobre prevenção de injúrias intencionais e um artigo que aborda as duas questões. As pesquisas analisadas evidenciam benefícios para crianças e adolescentes, em diferentes proporções.

Conclusões: Os programas que trabalham com o conceito de comunidade segura ainda são em número restrito. As investigações analisadas neste estudo apresentam resultados positivos. É preciso aumentar esforços para o desenvolvimento dessa base de evidência, respeitando as características locais, desenvolvendo indicadores de avaliação que permitam melhor comparação entre diferentes trabalhos.

J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S137-S145: Promoção da saúde, prevenção de acidentes, violência.

Introdução

A partir de meados da década de 1970, observou-se o início da mudança do foco de programas de prevenção do âmbito individual para o comunitário, com ênfase na participação da comunidade e na colaboração multidisciplinar, reconhecendo que é a comunidade que pode melhor avaliar e solucionar os problemas locais¹. Esse processo ocorreu paralelamente à evolução do conceito de promoção da saúde, que "representa uma estratégia promissora para

Abstract

Objective: To analyze the effectiveness of prevention programs for intentional and unintentional injuries, based on safe community principles, in children and adolescents.

Sources of data: An electronic search was performed in the MEDLINE and LILACS database, corresponding to the period from 2000 to 2005. For prevention of unintentional injuries, we used the following keywords: *injury and prevention and community or population and intervention*. For prevention of intentional injuries, we used the following keywords: *violence and prevention and community or population and intervention*; the age range from zero to 18 years was used as a threshold. The inclusion criteria were: original articles which evaluated the effectiveness of interventions using more than one strategy, involving a whole community or group, published in Portuguese, English or Spanish.

Summary of the findings: 152 studies were obtained as a result. Considering the inclusion criteria, five articles were found on unintentional injury prevention, one about intentional injury prevention and one paper addressing these two issues. All studies analyzed demonstrate benefits to children and adolescents, but in different proportions.

Conclusions: A restricted number of programs using the safe community concept were found. The investigations analyzed in this study presented positive results. Increased efforts to further develop this evidence are still needed, respecting local characteristics, and developing evaluation indicators that allow for a better comparison between different studies.

J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S137-S145: Health promotion, accident prevention, violence.

enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos²....".

A Carta de Ottawa³ define promoção da saúde como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo". Esse documento também define os seguintes campos de ação para promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da participação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde.

Uma proposta que vem ganhando destaque como política de prevenção e de promoção da saúde é a aplicação do conceito de comunidade segura, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que utiliza múltiplas estra-

1. Doutor(a), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

2. Mestre, UNIFESP, São Paulo, SP.

Como citar este artigo: Harada MJ, Pedroso GC, Ventura RN. A comunidade segura. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S137-S145.

tégias, direcionadas a todos os grupos, ambientes e situações, para promover a segurança e prevenir injúrias intencionais e não intencionais. Segundo esse modelo, uma comunidade segura reconhece que os cidadãos têm o direito de viver em comunidade com segurança; participar nas decisões relacionadas à segurança do seu ambiente; decidir quais são as prioridades de ação e quais recursos deverão ser alocados às intervenções; saber quais são os riscos à sua segurança e quais são os produtos potencialmente lesivos; e receber treinamento em controle de injúrias físicas^{1,4}.

Os princípios básicos do projeto de comunidades seguras incluem: organização da comunidade (envolvimento de todas as organizações relevantes; relação com todos os setores relevantes de atividades, especialmente o de atenção primária à saúde; estruturas que façam o melhor uso possível dos processos eficientes já existentes e suplementem os ineficientes; participação ativa da comunidade na solução dos problemas); epidemiologia e informação (uso de dados epidemiológicos suficientes para avaliar o problema em todos os ambientes; conscientização da comunidade utilizando a mídia ou formas tradicionais de divulgação, com dados relevantes e com ênfase nos fatores locais); intervenção (participação da comunidade; intervenções aceitáveis e benéficas à maioria); soluções aplicáveis ao ambiente social, econômico e político existente; desenvolvimento de processos sociais, econômicos e políticos através de pesquisa e educação; abordagem intersetorial; estabelecimento de alvos e dados de base para avaliação de processo e resultado)⁵.

A OMS ainda estabelece indicadores para que uma comunidade seja considerada segura: infra-estrutura baseada em parcerias e colaborações governadas por uma equipe transversal, que é responsável pela promoção da segurança em sua comunidade; programas sustentáveis a longo prazo, abrangendo todos os gêneros, idades, ambientes e situações; programas dirigidos a grupos e ambientes de alto risco e que promovam segurança para grupos vulneráveis; programas que documentem a frequência e as causas de injúrias; medidas para avaliar programas, processos e efeitos das mudanças e participação em redes nacionais e internacionais de comunidades seguras⁴.

Todavia, uma estratégia baseada em comunidade compreende um conjunto de processos para facilitar uma ou mais intervenções que possam diferir de uma comunidade para outra porque as comunidades e os problemas também são diferentes. O foco dessa estratégia é desenvolver uma resposta que se ajuste ao contexto social, político e cultural. Isso significa que não é possível um controle restrito da intervenção nos moldes do que se realiza nos ensaios clínicos⁶.

Nessa perspectiva, embora programas com essas características venham sendo aplicados em vários países, poucos tiveram sua efetividade avaliada e descrita na literatura¹. Os estudos randomizados e controlados podem ser questionados quando aplicados em intervenções complexas como os programas de promoção à saúde. Além disso, nos estudos de impacto de programas de prevenção

de injúrias, observa-se uma dificuldade para seleção da comunidade controle ou grupos controles, dados os aspectos inerentes ao próprio tipo de estudo. Como a morte ou lesões graves são relativamente raras em relação ao número de casos de injúrias intencionais e não intencionais, a utilização da redução de número de óbitos por injúrias como indicador de resultados não é conveniente. Daí a necessidade de se desenvolver indicadores para avaliar e monitorar a cultura de segurança, a sustentabilidade dos programas e o envolvimento da comunidade na sua execução⁷.

É preciso definir se a prevenção baseada em comunidade funciona no mundo real e, se funciona, quais os fatores que contribuem para o sucesso e quais permitem a replicação das intervenções, incluindo os possíveis efeitos sinérgicos entre várias ações⁶. Esse é um grande desafio a ser enfrentado em pesquisas envolvendo promoção da saúde, fato que deve ser considerado não apenas pelo pesquisador, que tem consciência das limitações do estudo, mas também pelo público leitor desses trabalhos. As limitações encontradas são devidas à natureza do campo de pesquisa e não devem ser usadas para invalidar os estudos^{6,8}.

Ressalta-se também a importância da discussão das definições, valores e princípios das intervenções comunitárias. Segundo Klassen *et al.*⁹, intervenções baseadas na comunidade são voltadas para grupos de indivíduos ou comunidades geograficamente definidas, como cidades ou escolas; envolvem um conjunto de estratégias que incluem: educação e mudança de comportamentos; intervenção no ambiente e desenvolvimento de tecnologia; elaboração e aplicação de leis. As estratégias educacionais e comportamentais visam aumentar a consciência sobre os riscos e sobre a importância de comportamentos seguros, além de oferecer incentivos e modelos positivos. A intervenção no ambiente físico busca alternativas para torná-lo mais seguro e modificações em equipamentos de segurança. O desenvolvimento de leis e normas de segurança permite a aplicação dos conhecimentos já adquiridos sobre segurança e redução de riscos, mas deve vir acompanhado de um conjunto de ações educacionais que permitam a melhor aceitação dessas medidas, bem como a adoção de comportamentos, por parte dos pais, que possam servir de modelo para seus filhos.

Essa abordagem comunitária é particularmente relevante para crianças e adolescentes, dadas as possibilidades de desenvolvimento de atitudes, conhecimentos, habilidades e estilos de vida saudáveis já nessa faixa etária, com grande influência sobre seus pares e sobre o grupo social⁹.

Muitos acreditam que o sucesso da promoção da saúde depende da comprovação da sua efetividade em saúde pública. Em contrapartida, outros acreditam que a medicina baseada em evidências é inapropriada para o campo da promoção da saúde. Entre esses dois extremos estão aqueles que advogam a combinação de várias formas de evidência, com o objetivo de criar olhares diferenciados na construção do conhecimento no campo da promoção da saúde⁷.

Nos países em desenvolvimento, apesar da importância dos acidentes e violências, a preocupação com políticas de

intervenção é bastante recente. Segundo Blank¹⁰, apenas metade dos países da América do Sul possuem estratégias nacionais de prevenção ou grupos consultores sobre o tema, havendo necessidade de se realizarem estudos de intervenção no continente.

No âmbito nacional, merece destaque a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências¹¹, que busca estabelecer diretrizes para assistência, vigilância e prevenção de morbimortalidade por causas externas, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, em conjunto com o processo político e social, com a perspectiva da mudança e adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Para tanto, essa política prioriza os fundamentos do processo de promoção da saúde e suas estratégias de intersectorialidade e fortalecimento da ação comunitária, de acordo com os itens: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e violência; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersectorial às vítimas de acidentes e violência; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Acredita-se que essa política, articulada a outras voltadas para a promoção da saúde, seja um importante passo para o desenvolvimento de comunidades seguras em nosso país.

O objetivo deste estudo é analisar a efetividade dos programas de prevenção de injúrias intencionais e não intencionais em crianças e adolescentes, os quais foram embasados nos princípios da comunidade segura.

Fontes de dados

A revisão bibliográfica para compor este estudo foi realizada por meio de pesquisa eletrônica nas bases de dados MEDLINE e LILACS, correspondendo ao período entre 2000 e 2005. Para avaliação de programas de prevenção de injúrias não intencionais, foram utilizados os descritores: *injury and prevention and community or population and intervention*, tomando como limite a faixa etária de 0 a 18 anos. Para avaliação de programas de prevenção de injúrias intencionais, foram utilizados os descritores: *violence and prevention and community or population and intervention*, tomando como limite a mesma faixa etária. Os critérios de inclusão deste estudo foram: serem artigos originais; estudarem a efetividade da intervenção baseada no conceito de comunidade segura, definida como a aplicação de mais de uma estratégia de intervenção, abrangendo toda uma comunidade ou grupo de indivíduos; abordarem injúrias intencionais e não intencionais, separadamente ou não; serem publicados em português, inglês ou espanhol.

Foram obtidos 152 estudos como resultado. Após leitura e avaliação separadamente pelos três autores, considerando os critérios de inclusão, foram encontrados cinco artigos sobre prevenção de injúrias não intencionais, um sobre prevenção de injúrias intencionais e um artigo que aborda as duas questões. Estes dois últimos não utilizam claramen-

te o conceito de comunidade segura. Contudo, apresentaram características que justificaram sua inclusão neste trabalho. O estudo de Margolis et al.¹² merece destaque pela abrangência, diversidade, transversalidade e duração da intervenção comunitária, bem como pela análise dos indicadores de violência em conjunto com outros relacionados ao uso de serviços de saúde e ao estilo de vida. Trata-se de uma intervenção multifacetada, em nível da comunidade, dos serviços de saúde e das famílias, com uma análise aprofundada da efetividade do programa, com desdobramentos em cada um desses níveis, que possibilitam a adoção desse modelo por outras comunidades. Já a pesquisa de Marcelle & Melzer-Lange¹³ foi incluída neste estudo em função das características do projeto, que também oferece atendimento de saúde mental e integra as famílias à rede de proteção da comunidade. Trata-se de um exemplo das possibilidades de atuar segundo o novo paradigma proposto para a atenção hospitalar, dentro dos princípios da promoção da saúde.

Síntese dos dados: prevenção de acidentes

O estudo de Coggan et al.¹⁴ teve como objetivo principal avaliar o impacto e o progresso de redução de injúrias na comunidade após implantação do projeto piloto – *Waitakere Community Injury Prevention Project (WCIPP)*, na Nova Zelândia, em 1994, baseado no Modelo de Comunidade Segura, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa avaliação correspondeu a um período de 3 anos (1995-97) e envolveu todas as idades. Os dados são demonstrados por meio de gráficos, permitindo ao leitor uma ampla visão das taxas de hospitalização por injúrias não intencionais/100.000 habitantes ao longo de uma década (1989-1998). Foi realizada, contudo, uma análise separada das ocorrências de injúrias na população de crianças de 0-14 anos, a qual apresentou uma significativa redução da taxa de morbidade hospitalar por injúrias não intencionais ($p < 0,05$) durante o período de 2 anos. Como observam os autores, o estudo contribuiu para a elaboração de políticas públicas locais para prevenção de acidentes na infância e adolescência.

O objetivo do estudo de Lindqvist et al.¹⁵ foi avaliar o efeito do Programa de Prevenção de Injúrias não Intencionais relacionadas ao trânsito, considerando também a gravidade das ocorrências. A intervenção foi desenvolvida com base no Modelo de Comunidade Segura. Ambos, grupos controle e de intervenção, pertenciam ao condado de Östergötland, Suécia. O programa foi baseado em um conjunto de estratégias (Tabela 1) desenvolvido com a participação da comunidade, utilizando experiência do Programa Nacional de Prevenção, concentrando esforços em ações contra injúrias de trânsito. Para estruturar as mudanças, foi usado como referência o Guia de Planejamento Urbano para Segurança de Trânsito do país, e foram efetuadas intervenções arquitetônicas em locais "difíceis". Os resultados mostraram que houve somente uma tendência na redução do risco relativo para injúria associada ao trânsito. Apesar da abrangência, importância e diversidade de estratégias, observou-se uma limitação em medidas de intervenção direcionadas à população de condutores de

veículo, como, por exemplo, uso de álcool e drogas, controle de velocidade, manutenção dos veículos, entre outros. Embora tenha-se o conhecimento de que essas medidas fazem parte do Programa Nacional de Prevenção de Injúrias não Intencionais, acredita-se que esses tópicos deveriam ser descritos no artigo. Outro ponto que merece destaque refere-se à operacionalização das medidas de segurança relacionadas ao equipamento de segurança de transporte, comentado de forma incipiente no texto. Acredita-se que esse ponto seja fundamental no impacto da redução do risco de acidentes de trânsito.

O estudo de Lindqvist et al.¹⁶ tem como objetivo avaliar o Programa de Prevenção de Injúrias não Intencionais em crianças de 0 a 15 anos, considerando também a gravidade das ocorrências. Foi desenvolvido baseado no Modelo de Comunidade Segura. A avaliação do impacto do programa correspondeu a um período de 3 anos (1985-1988); ambos, grupos controle e de intervenção, pertencentes ao condado de Östergötland, Suécia. Após as medidas de intervenção (Tabela 1), como resultado houve um decréscimo importante das ocorrências na área na qual foram implementados os programas de prevenção. Contudo, a pesquisa não deixa claro como foi realizada a coleta de dados pré-intervenção, limitando, desse modo, os achados do estudo.

Conners et al.¹⁷ desenvolveram um programa de prevenção de quedas (escadas, degraus) relacionadas ao uso de andadores em crianças menores de 18 meses, objetivando diminuir a aquisição e o uso desse equipamento e injúrias associadas. Para tanto, várias organizações de saúde e educação apoiaram o projeto, desenvolvendo, em conjunto, materiais educativos para esse fim. Esse produto educativo (Tabela 1) apresenta situações comuns dentro desse contexto, como crianças caindo e se afogando, rolando as escadas, dentre outros, enfatizando que seu uso não é seguro, além de sugerir condutas alternativas. O material foi distribuído em consultórios, clínicas de atendimento de crianças e gestantes, *shopping centers*, livrarias, correios, além do seu recebimento por parte dos pais, por ocasião do nascimento e registro do recém-nascido. Colaborou também o Exército da Salvação, cancelando a redistribuição de andadores em suas lojas. Como resultado, os autores referem que houve uma redução de 28% de quedas (degraus, escadas) relacionadas ao uso de andadores. Todavia, o estudo traz limitações quanto aos resultados, pois o tempo de avaliação dos achados pré-intervenção não foi igual ao pós, somando-se a isso a limitação quanto ao tipo de quedas (somente de degraus/escadas). Não se incluiu a avaliação de casos de queimaduras térmicas, elétricas e intoxicações, as quais possuem uma relação estreita com o uso de andadores (que favorecem esse tipo de situação, por dar maior mobilidade à criança). Ressalta-se, ainda, que a avaliação não envolveu todos os serviços de atendimento de crianças na comunidade.

Com o objetivo de avaliar um programa de prevenção de injúrias durante exercício físico, baseado no conceito de comunidade segura (OMS), Timpka & Lindqvist¹⁸, em um estudo quase-experimental, não randomizado, observaram redução na taxa total de morbidade por lesões relacionadas ao exercício, mas com variações de acordo com a faixa

etária e severidade de lesão. Os autores concluem que um programa de prevenção baseado em programas educacionais e regras de segurança pode reduzir o ônus das injúrias relacionadas ao exercício físico na comunidade, sendo necessários novos estudos a fim de ajustar o programa para beneficiar todas as faixas etárias. O estudo apresenta limitações na avaliação da faixa etária pediátrica, por incluir, em um mesmo grupo, todas as crianças de 0 a 12 anos, não considerando as diferenças observadas em função do crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, o artigo não deixa claro a abordagem adotada para cada tipo de atividade física ou esporte.

Síntese dos dados: prevenção de injúrias intencionais

Com o objetivo de melhorar a atenção à criança, por meio de uma organização mais efetiva dos serviços de prevenção e uma melhor articulação destes com os serviços de cuidados primários e com as atividades desenvolvidas por organizações comunitárias, Margolis et al.¹² desenvolveram um estudo numa região da Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América, de aproximadamente 182 mil habitantes, envolvendo gestantes com acesso ineficiente a serviços de saúde e seus filhos, profissionais da atenção primária e departamentos de saúde mental. O estudo comparou as taxas de acesso aos serviços de prevenção à saúde antes e depois da intervenção que se deu em três níveis: da comunidade, dos profissionais de saúde e das famílias. Particularizando, esta última, de interesse para o trabalho, consistia de um intenso programa de visitas domiciliares a gestantes e aos bebês durante o primeiro ano de vida, realizadas por um(a) enfermeiro(a) de saúde pública e por um profissional do departamento de saúde mental. Nessas visitas, foi incluído um treinamento de como prevenir injúrias tanto intencionais como não intencionais, e de como disciplinar as crianças. Os autores utilizaram um estudo de série histórica (abril de 1995 a março de 1996), que comparou indicadores de cuidados às próprias mulheres e às crianças entre dois grupos: mulheres que participaram do programa (iniciado em março de 1994, com término em julho de 1997) e mulheres que fizeram o pré-natal 9 meses antes do início do programa. Embora não tenha havido uma randomização, o que representa uma limitação do estudo, observou-se uma melhora, estatisticamente significativa, de alguns indicadores. Dentre eles, salientamos os de interesse neste trabalho de revisão: o menor número de crianças hospitalizadas por injúrias ou por ingestão de substâncias no grupo que sofreu a intervenção, não tendo sido observado nenhum caso de abuso ou negligência nos dois grupos, no período do estudo. E, ainda, tratando-se da segurança da criança, os autores observaram que, nas famílias que sofreram intervenção, houve uma melhora, estatisticamente significativa, no controle de substâncias venenosas, assim como na utilização de assentos apropriados para crianças nos carros. Trata-se, portanto, de um estudo em que, embora baseado na comunidade e, de certa forma, trabalhe com os conceitos de comunidade segura, os indicadores de violência doméstica e de outras

Tabela 1 - Estudos de programas de prevenção de injúrias não intencionais, baseados na comunidade, tendo menores de 18 anos como público alvo

Estudo	Localização/ população	Tempo de intervenção	Tipo de estudo	Estratégias de intervenção	Método	Resultados
Coggan et al.¹⁴	Waitakere, Nova Zelândia 155.565 (censo 1996)	3 anos – 1995-1997	Quase-experimen- to, com população de controle de 147.000. Variáveis: características de- mográficas, segu- rança urbana, das rodovias, e conjun- tos residenciais.	Baseada na educação, promoção e treinamento.	Análise de documen- tos, observação dos grupos de gerencia- mento, entrevista.	Diminuição significan- te ($p < 0,05$) nas taxas de injúrias em crian- ças hospitalizadas, de 0-14 anos.
Lindqvist et al.¹⁹	Motala/Mjölby Östergötland, Suécia	1 ano – 1983-1984	Quase-experimen- to, área de inter- venção - Motala, e controle - Mjölby. Agrupados por sexo e faixa etária.	O programa foi baseado em estratégias com a par- ticipação da comunidade. Implementação do pro- grama <i>safe way to school</i> – identificando lugares de risco e reformado com cooperação das escolas. Implementação do pro- grama <i>cut your garden hedge</i> para promover o aumento da visibilidade das áreas residenciais. Manutenção das rodovias durante o inverno. Educação de trânsito em todas as escolas – duran- te 1 hora/semana. Educação sobre seguran- ça de ciclista para pais de crianças pequenas, incen- tivando o uso de capacete e subsídios para compra. Implementação do pro- grama <i>shape up your bike</i> , para melhorar o desem- penho da bicicleta. – Segurança de assentos – Prevenção de quedas em idosos.	Análise de todos os pacientes que deram entrada nos serviços de saúde, com injúrias relacionadas ao trânsito na área do estudo durante o pe- ríodo investigado. Duas enfermeiras fo- ram treinadas para classificar as injúrias, baseadas nas infor- mações dos prontuá- rios. Utilizaram o CID- 8 para classificar, e <i>The Abbreviation Scale Injury</i> para me- dir a severidade do evento. Quando ne- cessário, um médico era solicitado para ti- rar dúvidas.	Na área de estudo, não houve diminuição sig- nificativa para o risco de injúria de trânsito, somente uma tendên- cia de decréscimo (<i>odds ratio</i> , 0,91; 95% IC 0,81-1,02), após a introdução do progra- ma de comunidade-se- gura. No grupo con- trole, não foram ob- servadas mudanças. Quanto à severidade dos eventos, a análise do impacto do progra- ma mostrou que o ris- co para injúria mode- rada na área de estu- do foi reduzido quase pela metade, para se- veras ou fatal perma- neceu constante, e o risco para as injúrias leves diminuiu.
Lindqvist et al.¹⁶	Motala/Mjölby Östergötland, Suécia	3 anos – 1985-1988	Quase-experimen- to, comparação de comunidades vizi- nhas com sexo e idade similar.	Educação sobre seguran- ça por meio da mídia. Treinamento de enfermei- ras. Produção de vídeo sobre segurança no domicílio. Normatização dos padrões de seguranças de esco- las, creches, <i>playground</i> e outros ambientes públi- cos freqüentados por cri- anças. <i>Workshop</i> para profes- sores/técnicos de educação física e de esporte em geral, sobre segurança de práticas esportivas. Implementação do pro- grama <i>safe way to school</i> . Implementação do pro- grama <i>shape up your bike</i> .	Foram avaliadas todas as crianças que de- ram entrada nos ser- viços de saúde que participavam do gru- po controle, durante o período de estudo. Utilizaram o CID-8 e <i>The Abbreviation Injury Scale</i> para me- dir a severidade do evento. Duas enfer- meiras foram treina- das para essas classi- ficações, baseadas nas informações dos prontuários.	Todas as injúrias fo- ram mais reduzidas na área de intervenção do que na área controle, expostas somente com o Programa Nacional de Segurança. Na área de intervenção, houve um decréscimo de 25% em todas as injúrias. Quanto ao risco de gra- vidade moderada, caiu aproximadamente pela metade, enquanto o risco das severas per- maneceu constante, com uma ligeira baixa nas leves.

Tabela 1 - Estudos de programas de prevenção de injúrias não intencionais, baseados na comunidade, tendo menores de 18 anos como público alvo (continuação)

Estudo	Localização/ população	Tempo de intervenção	Tipo de estudo	Estratégias de intervenção	Método	Resultados
Conners et al.¹⁷	Rochester – Nova Iorque	6 meses – 1/7/96 a 31/12/96	Estudo descritivo. Avaliação do número de crianças atendidas em um serviço de emergência pediátrico, antes e depois da intervenção.	Desenvolvimento de material educacional, tipo panfletos, pôsteres, brochuras, designados para pais, auxiliares de desenvolvimento de creches e outros cuidadores. Apoiaram o processo de intervenção organizações em geral que cuidam de crianças, serviços de emergências, Departamento de Prevenção de Injúrias e Centros Regionais de Prevenção de Queimaduras e Intoxicações.	Avaliação das crianças menores de 18 meses, vítimas de quedas relacionadas com andadores, atendidas em dois centros de emergência, por um período de 30 meses, anterior à implementação das medidas de intervenção, e 12 meses após.	Houve uma redução de 28% nas quedas ($p < 0,001$) relacionadas ao uso de andadores, nos serviços estudados, atribuída não somente ao programa, mas a outras mudanças que ocorreram simultaneamente, associadas com outros programas de prevenção.
Timpka & Lindqvist¹⁸	Östergötland, Suécia	1 ano – 1987-1988	Quase-experimento. Com população controle não randomizada.	Intervenção em três níveis: comunitário (cursos para professores de educação física), organizações de esportes (normas de segurança, regras de <i>fair play</i> , uso de equipamentos) e envolvimento dos clubes esportivos (evitar lesões por meio de preparação física adequada).	Registro prospectivo de morbidade, lesões agudas atendidas nos serviços de saúde durante o período de estudo, classificadas pela CID-8 e AIS-80 (<i>Abbreviated Injury Scale</i>) para medir a severidade do evento. Foram medidas apenas lesões associadas ao exercício físico.	Redução da incidência total de lesões em relação ao controle, sem significância estatística. O efeito observado foi mais importante para as injúrias moderadas. Os autores concluem que programas baseados na comunidade para prevenção de lesões associadas ao exercício podem ser efetivos, mas devem ser ajustados para incluir todas faixas etárias e tipos de exercício.

formas de violência são trabalhados de forma diluída entre muitos outros indicadores relacionados ao pré-natal, ao parto, ao uso dos serviços de prevenção e atenção primária, tanto pela mãe como pela criança, e mudança de estilos de vida.

Marcelle & Melzer-Lange¹³, em um trabalho retrospectivo, realizado na região de Milwaukee, Wisconsin, descrevem a população de jovens atendida em um projeto de intervenção e prevenção da violência, baseado em um serviço de atendimento com inserção na comunidade. Esse projeto, chamado UJIMA, tem como objetivos reduzir as taxas de revitimização por injúrias intencionais e a morte prematura, assim como minimizar as conseqüências psicológicas a longo prazo. Foram analisados 218 jovens incluídos no programa durante o ano de 1998. Foram excluídos do estudo os jovens atendidos pelo Departamento de Emergência do Hospital Infantil de Wisconsin, os quais foram vítimas de auto-agressão e abuso, além daqueles que já eram atendidos em outros serviços de atendimento

psicossocial. A maioria dos jovens incluídos no projeto foi vítima de agressão física (62%), enquanto que 32% foram vítimas de ferimento por arma de fogo. Na tentativa de analisar o impacto do projeto por meio das intervenções descritas na Tabela 2, os autores analisaram o número de recorrências por injúrias intencionais e observaram que somente 1% dos adolescentes foram internados novamente, embora só tenham sido analisados os dados do Serviço de Emergência do Hospital Pediátrico de Wisconsin. Independente de gerar seqüelas físicas, a exposição crônica a episódios de violência leva a transtornos psiquiátricos graves, como dissociações e comportamento social inadequado, reforçando, assim, a importância da prevenção de recorrências proposta pelo projeto.

Contudo, o estudo não analisa o impacto psicológico sofrido pelos jovens que vivenciaram um episódio agudo de violência e a influência do projeto na expressão desses transtornos psicológicos. Isso se deve à limitação do próprio estudo.

Tabela 2 - Estudos de programas de prevenção de injúria intencional, baseados na comunidade, tendo menores de 18 anos como público alvo

Estudo	Localização/ população	Tempo de intervenção	Tipo de estudo	Estratégias de intervenção	Método	Resultados
Marcelle & Melzer-Lange¹³	Área metropolitana de Milwaukee, Wisconsin, EUA	O projeto foi iniciado em setembro de 1995, e o estudo foi realizado durante todo o ano de 1998.	Estudo descritivo, retrospectivo com 218 jovens atendidos pelo Projeto UJIMA no ano de 1998.	Um trabalhador social e um elemento de ligação do projeto com a comunidade são acionados, durante a internação do jovem vitimizado no Depto. de Emergência do Hospital Infantil de Wisconsin, os quais providenciam suporte psicossocial ao jovem e familiares, introduzindo-os aos serviços do programa, através de um consentimento dos pais ou responsáveis. Acompanhamento do paciente na comunidade, através de visitas domiciliares, ajuda no plano terapêutico pós-alta, atendimento em serviços de saúde mental, introdução em atividades para jovens e integração da família à rede de proteção da comunidade.	Avaliação das recorrências das injúrias intencionais.	Apenas 1% dos participantes do Projeto UJIMA retornaram aos Serviços de Emergência no Hospital Pediátrico de Wisconsin, re-vitimizados por uma injúria intencional. Não foram pesquisados os outros serviços de emergência disponíveis na comunidade.
Margolis et al.^{12*}	Durham, Carolina do Norte, EUA (182.000 habitantes). Gestantes e crianças menores de 2 anos acompanhadas nos Serviços de Atenção à Saúde.	Julho de 1994 a julho de 1997.	Série histórica.	Intervenção em três níveis: da comunidade, dos profissionais de saúde e das famílias. Esta última consistia de um intenso programa de visitas domiciliares a gestantes e aos bebês durante o primeiro ano de vida, realizadas por uma enfermeira de saúde pública e por um profissional do departamento de saúde mental. Nessas visitas, foi incluído um treinamento de como prevenir injúrias tanto intencionais como não intencionais e de como disciplinar as crianças.	Taxas de acesso aos serviços de prevenção à saúde antes e depois da intervenção. Indicadores de cuidados às próprias mulheres e às crianças do programa. Hospitalização por injúrias e intoxicações agudas.	Menor número de crianças hospitalizadas por injúrias ou por ingestão de substâncias no grupo de intervenção; não foram observados casos de abuso ou negligência nos dois grupos. Melhora estatisticamente significativa no controle de substâncias venenosas, assim como no uso de assentos apropriados para crianças nos carros.

* Este estudo avaliou a ocorrência de injúrias tanto não intencionais como intencionais.

Discussão

Vários programas têm sido desenvolvidos, no mundo, objetivando reduzir as causas de morbidade e, conseqüentemente, de mortalidade na população infantil, em decorrência das injúrias intencionais ou não intencionais. Entretanto, os programas que trabalham com o conceito de comunidade segura ainda são em número restrito. Ainda mais restritos são os que abordam a relação com o custo da

sua elaboração, condução e avaliação. No período investigado para compor este estudo, apenas uma pesquisa analisou a relação custo-benefício de um programa de comunidade segura, apresentando conclusões favoráveis à sua implantação¹⁹.

Ao se analisar os centros afiliados ao centro colaborador da OMS para a promoção da segurança comunitária e

a rede de comunidades seguras⁴, observa-se uma alta concentração de programas em países nórdicos (16), seguidos pela Austrália (quatro), Canadá (três), outros países europeus (quatro) e países asiáticos (três). A ausência de programas em países em desenvolvimento pode ser decorrente da rigidez na composição dos critérios de inclusão no conceito de comunidade segura, onde vários trabalhos, baseados nos princípios da promoção da saúde, poderiam estar incluídos.

No presente trabalho, localizaram-se três artigos que aplicaram os fundamentos que constituem a comunidade segura; os demais estudos (quatro) foram incluídos por apresentarem características semelhantes às conceituadas pela OMS. Essa ampliação permite ao leitor compreender a concepção mais atual de prevenção de injúrias, a qual é baseada em intervenções que geram transformações no meio ambiente, na comunidade, e não somente no indivíduo e na família, como descreve Mace *et al.*²⁰, ou ainda nos estudos de Kendrick *et al.*²¹ e Watson *et al.*²², que avaliam intervenções familiares (domiciliares e comportamentais) e não comunitárias, apesar de associar várias estratégias.

Foi encontrado, ainda, um trabalho que avaliou o processo de implantação de um programa de comunidade segura²³ e três trabalhos que, apesar de apresentarem resultados, não fazem análises de impacto por faixa etária²⁴⁻²⁶.

É oportuno citar a revisão de Nilsen¹, que avalia estudos de efetividade de programas baseados na comunidade, os quais adotaram várias estratégias, dirigidas a diferentes grupos, ambientes e situações, para prevenção de injúrias intencionais e não intencionais. O autor observou a dificuldade de avaliação dessas intervenções, em razão da interação entre as diferentes variáveis e da dificuldade de estabelecer a relação entre processo e resultado, bem como de identificar os fatores responsáveis pelo sucesso dos programas.

Todos os trabalhos analisados neste estudo foram realizados em países desenvolvidos, evidenciando, assim, a dificuldade de sua realização em países em desenvolvimento. O alto custo que envolve a condução desses estudos e as dificuldades para realizar trabalhos de avaliação em promoção e prevenção à saúde são fatores limitantes, devido, principalmente, à complexidade do tema e à dificuldade de controle sobre as variáveis envolvidas. Em concordância com Rivara²⁷, acredita-se que haja necessidade de investimentos em estudos epidemiológicos bem conduzidos, destacando-se os estudos caso-controle, de coorte e de desenho ecológico, que possam contribuir no processo de conhecimento sobre as questões que envolvem a segurança da criança e do adolescente, em especial sobre a efetividade das intervenções.

Além disso, vários autores apontam para a necessidade de questionamentos relativos à metodologia de estudos de efetividade, uma vez que o impacto em saúde pública envolve mais do que eficácia, e observa-se que, nesses estudos, os indicadores de avaliação utilizados referem-se à estrutura e ao processo, não envolvendo análise de resultados. Muitas avaliações de programas, quando sub-

metidas aos periódicos, correm o risco de serem recusadas pelos revisores por não ser sempre possível o controle das variáveis envolvidas^{6,8}. Esse fato pode justificar, em parte, o número reduzido de publicações encontradas nas bases de dados mais utilizadas.

Observa-se que as publicações da América Central e do Sul limitam-se a descrever estratégias para intervenção²⁸, identificar fatores de risco²⁸, avaliar aquisição de conhecimentos pelas famílias²⁹, além de propor modelos teóricos e conceituais^{30,31}. Soma-se a isso o interesse reduzido, embora crescente, por parte da comunidade científica em estudar essas questões.

Merecem destaque revisões importantes sobre esse tema, tais como as de Spinks *et al.*³² e Towner & Dowswell⁷, nas quais os autores realizam análises críticas consistentes de pesquisas de impacto na comunidade, além de apontarem sugestões para o desenvolvimento de novos programas.

A colocação dessas questões na agenda da saúde pública brasileira somente neste momento deve-se não apenas à existência de outras prioridades que marcaram o século 20 (e que resultaram em queda expressiva da mortalidade infantil), mas também à explosão dos índices de mortalidade por causas externas em todas as classes sociais, não se restringindo mais o problema à população de menor poder aquisitivo, em que a mortalidade por injúrias é mascarada pelos problemas oriundos da exclusão social.

A partir do estabelecimento, em nosso país, da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, espera-se que novos trabalhos sejam desenvolvidos, tanto para diagnóstico como para avaliação de programas já implantados, a fim de orientar políticas públicas que levem em conta as características locais e que sejam pensadas segundo o conceito ampliado de saúde, que desloca o foco do indivíduo e seus comportamentos para o ambiente, a comunidade e sua qualidade de vida.

Como conclusão, pode-se observar que existem poucos trabalhos na literatura que ofereçam evidências da efetividade das intervenções que adotam o conceito de comunidade segura. As investigações que foram analisadas neste estudo apresentam-se de forma positiva. Entretanto, é preciso aumentar esforços para o desenvolvimento dessa base de evidência, respeitando as características locais e desenvolvendo indicadores de avaliação que permitam melhor comparação entre diferentes trabalhos.

Referências

1. Nilsen P. What makes community based injury prevention work? In search of evidence of effectiveness. *Inj Prev.* 2004;10:268-74.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000;5:163-77.
3. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde/IEC; 1986. p. 11-18.
4. Safe Community Network. www.safecommunity.net. Acesso: 27/10/2005.

5. Mello JL, Silva CA, Blank D. Intervenção comunitária na prevenção de acidentes. In: Blank D (org). Manual de Acidentes e Intoxicações na Infância e Adolescência. Rio de Janeiro (RJ): Sociedade Brasileira de Pediatria; 1994. p. 2-13.
6. Moller J. Reconsidering community based interventions. *Inj Prev.* 2004;10:2-3.
7. Towner E, Dowswell T. Community-based childhood injury prevention interventions: what works? *Health Promot Int.* 2002;7:273-84.
8. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health.* 2003;93:1261-7.
9. Klassen TP, Mackay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. *Future Children.* 2000;10:83-110.
10. Blank D. Injury control in South America: the art and science of disentanglement. *Inj Prev.* 2004;10:321-4.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. [Publicada no Diário Oficial da União; 2001; Maio 18].
12. Margolis PA, Stevens R, Bordley WC, Stuart J, Harlan C, Keyes-Elstein L, et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics.* 2001;108:E42.
13. Marcelle DR, Melzer-Lange MD. Project UJIMA: working together to make things right. *Wis Med J.* 2001;100:22-5.
14. Coggan C, Patterson P, Brewin M, Hooper R, Robinson E. Evaluation of the Waitakere Community Injury Prevention Project. *Inj Prev.* 2000;6:130-4.
15. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of inter-organizational traffic injury prevention in a WHO Safe Community. *Accid Anal Prev.* 2001;33:599-607.
16. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L, Risto O. Evaluation of a child safety program based on the WHO Safe Community Model. *Inj Prev.* 2002;8:23-6.
17. Conners GP, Veenema TG, Kavanagh CA, Ricci J, Callahan CM. Still falling: a community-wide infant walker injury prevention initiative. *Patient Educ Couns.* 2002;36:169-73.
18. Timpka T, Lindqvist K. Evidence based prevention of acute injuries during physical exercise in a WHO safe community. *Br J Sports Med.* 2001;35:20-7.
19. Lindqvist K, Lindholm L. A cost-benefit analysis of the community-based injury prevention programme in Motala, Sweden – a WHO Safe Community. *Public Health.* 2001;115:317-22.
20. Mace SE, Gerardi MJ, Dietrich AM, Knazik SR, Mulligan-Smith D, Sweeney RL, et al. Injury prevention and control in children. *Ann Emerg Med.* 2001;38:405-14.
21. Kendrick D, Marsh P, Fielding K, Miller P. Preventing injuries in children: cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ.* 1999;318:980-3.
22. Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. Providing child safety equipment to prevent injuries: randomized controlled trial [periódico eletrônico]. *BMJ.* 2005;330:178. Epub 2004 Dec 16.
23. Kemp A, Gibbs N, Vafidis G, Sibert J. Safe Child Penarth: experience with a Safe Community strategy for preventing injuries to children. *Inj Prev.* 1998;4:63-8.
24. Bjerre B, Schelp L. The community safety approach in Falun, Sweden – is it possible to characterize the most effective prevention endeavours and how long-lasting are the results? *Accid Annal Prev.* 2000;32:461-70.
25. Ozanne-Smith J, Day L, Stathakis V, Sherrard J. Controlled evaluation of a community based injury prevention program in Australia. *Inj Prev.* 2002;8:18-22.
26. Lindqvist K, Timpka T, Karlsson N. Impact of social standing on injury prevention in a World Health Organization Safe Community – intervention outcome by household employment contract. *Int J Epidemiol.* 2004;33:605-11.
27. Rivara FP. Prevention of injuries to children and adolescents. *Inj Prev.* 2002;8 (Suppl IV):iv5-iv8.
28. Méndez MA, Franco-Ortiz M, Mirabal B. Identificación de factores de riesgo y factores protectores para prevenir la violencia em jóvenes: hacia un plan estratégico comunitario. *P R Health Sci J.* 2003;22:69-76.
29. Mock C, Arreola-Risa C, Trevino-Perez R, Almazan-Saavedra V, Zozaya-Paz JE, Gonzalez-Solis R, et al. Injury prevention counseling to improve safety practices by parents in Mexico. *Bull World Health Organ.* 2003;81:591-8.
30. Azevedo MA. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Violência e Criança. Brasil/Israel – SP/USP, 6 a 8 de novembro de 2000. www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/contribuicoes.doc. Acesso: 27/10/2005.
31. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JF. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública.* 2002;18:707-14.
32. Spinks A, Turner C, McClure R, Nixon J. Community based prevention programs targeting all injuries for children. *Inj Prev.* 2004;10:180-5.

Correspondência:

Maria de Jesus C. S. Harada
Rua Prof. Ferreira Paulino, 169/92, Vila Augusta
CEP 07025-020 – Guarulhos, SP
Tel./Fax: (11) 6422.4544
E-mail: jjharada@uol.com.br