

Assistência intersetorial às vítimas de acidentes e violências na visão de gestores e profissionais da Atenção Primária

Intersectoral assistance to victims of accidents and violence from the perspective of Primary Care managers and professionals

La atención intersectorial a las víctimas de accidentes y violencia desde el punto de vista de los gestores y profesionales de la Atención Primaria

Kathie Njaine (<https://orcid.org/0000-0003-3250-2331>)¹

Joviana Quintes Avanci (<https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>)¹

Daniella Harth da Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9881-9545>)¹

Resumo O artigo analisa a implementação da diretriz sobre assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) a partir da Atenção Primária à Saúde. O estudo é baseado na triangulação de métodos quantitativo e qualitativo, para coleta de dados e análises. Foram realizados questionários e entrevistas com gestores e profissionais dos serviços de atenção primária nas capitais brasileiras e em alguns municípios. A Rede de Saúde, os Serviços de Assistência Social e o Conselho Tutelar são os principais órgãos com os quais a atenção primária articula o cuidado nos casos em pauta. A frequência de fluxos e protocolos de encaminhamento dos casos é alta e, em geral, bem avaliada pelo grupo que participou do estudo. A atenção às vítimas de acidentes, no entanto, é mais limitada. Houve avanços nas articulações intersetoriais em todas as regiões do país. Porém a formação deficiente e a alta rotatividade das pessoas nas equipes são os principais entraves. Conclui-se que a implementação da PNRMAV na atenção primária precisa ser fortalecida pois seu papel é muito importante em si e na articulação com outros serviços para a qualidade de vida dos usuários e a construção da paz.

Palavras-chave Violência, Acidente, Atenção Primária à Saúde, Intersetorialidade

Abstract This article examines the implementation of the interdisciplinary and intersectoral assistance guideline for victims of accidents and violence, as outlined in the National Policy for Reducing Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV), within Primary Health Care. This is research based on the triangulation of quantitative and qualitative methods, analyzing questionnaires and interviews with managers of primary care services in selected capitals and cities. The health network, social assistance services, and the guardianship council are the primary entities with which Primary Health Care coordinates care for cases of accidents and violence. There is a high frequency of flows and protocols for referring cases of violence and accidents, which are generally well-regarded. However, attention to accident victims is more limited. Progress has been observed in intersectoral coordination for providing care to victims of violence and accidents across all regions of the country. The main challenges identified are insufficient training and high staff turnover. The study concludes that the implementation of the PNRMAV in primary because its role is very important in itself and in conjunction with other services for the quality of life of users and the construction of peace.

Key words Violence, Accidents, Primary Health Care, Intersectoriality

Resumen El artículo analiza la implementación de la directriz de atención interdisciplinaria e intersectorial a las víctimas de accidentes y violencias de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV) desde la Atención Primaria de Salud. El estudio se basa en la triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos para la recolección y análisis de datos. Se realizaron cuestionarios y entrevistas a gestores y profesionales de los servicios de atención primaria de las capitales brasileñas y de algunos municipios. La Red de Salud, los Servicios de Asistencia Social y el Consejo Tutelar son los principales órganos con los que la atención primaria articula el cuidado en los casos analizados. La frecuencia de los flujos y protocolos de derivación es elevada y, en general, bien evaluada por el grupo que participó en el estudio. Sin embargo, la atención a las víctimas de accidentes es más limitada. Ha habido avances en la coordinación intersectorial en todas las regiones del país. Sin embargo, la escasa formación y la elevada rotación del personal en los equipos son los principales obstáculos. Se concluye que es necesario fortalecer la implantación de la PNRMAV en la atención primaria porque su papel es muy importante en sí mismo y en el enlace con otros servicios para la calidad de vida de los usuarios y la construcción de la paz.

Palabras clave Violencia, Accidente, Atención Primaria, Intersetorialidad

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil.
knjaine28@gmail.com

Introdução

A estruturação e organização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma diretriz fundamental para o acolhimento, diagnóstico, tratamento e encaminhamento de vítimas de acidentes e violências no país. A atenção primária à saúde (APS) atua como ordenadora da Rede de Saúde no país, configurando-se como a principal porta de acesso ao SUS. A APS fundamenta-se numa proposta de atenção integral e dentro dos princípios de acolhimento, humanização, continuidade do cuidado e territorialização. Os cuidados primários são estratégicos para a prevenção de agravos, identificação, notificação, coordenação da assistência em geral, inclusive para as pessoas em situação de violências e acidentes que recorrem ao sistema. Esse nível de atenção é privilegiado porque atinge a saúde dos indivíduos, dos familiares e dos grupos de vizinhança, e se adequa ao contexto¹. O caráter de atendimento básico que propicia à APS um conhecimento próximo à realidade dos usuários também permite uma articulação com outros setores como o de educação, de assistência social e de justiça e o entendimento dos fatores socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários, individuais e de gênero que interferem na saúde, e no caso aqui estudado, nos casos de violência e acidentes². De acordo com dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 2020 cerca de 76% da população brasileira estava coberta pela atenção primária e 63,6% pela Estratégia Saúde na Família (ESF). No tocante as regiões do país, as porcentagens de cobertura da atenção primária variavam de 82,33% no Nordeste e 68,53% no Sudeste³.

Em relação aos casos de violência e acidentes que chegam aos serviços, o estabelecimento de vínculos na oferta de cuidados possibilita um conhecimento mais aprofundado para identificação das causas primárias, atendimento e acompanhamento. Por exemplo, sabe-se pela literatura, que cerca de metade das pessoas que cometem suicídio compareceram a uma consulta médica no intervalo de seis meses antes da morte e a maior parte delas foi atendida por um médico generalista da atenção primária no mês anterior ao episódio, com queixas clínicas diversas, inespecíficas e vagas⁴. Cenário semelhante ocorre nos casos de violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres ou idosos. Em geral, os profissionais atentos conseguem atuar

na identificação, atendimento e encaminhamento das vítimas, e podem evitar o agravamento à saúde física e emocional dos indivíduos.

O caráter preventivo e de promoção da saúde da APS possibilita uma assistência contínua e independentemente de demandas por intervenções em patologias específicas, estimulando que o serviço seja buscado mesmo na ausência de queixas ligadas a adoecimentos já manifestos. Essa característica é relevante nas situações de violência que costumam ocorrer de forma sistêmica e intergeracional, requerendo cuidado integral⁵⁻⁷ e necessitam de acionamento de ampla rede de cuidado intrasetorial e intersetorial, pois as violências e acidentes não são fenômenos exclusivos que afetam o setor saúde⁸.

A assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências faz parte das sete diretrizes da Política Nacional de Redução a Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) do Ministério da Saúde, promulgada em 2001⁹. Nesse documento, a ideia de intersetorialidade está conectada à noção de rede e parcerias com diversos serviços que fazem a gestão intrasetorial de saúde e de problemas sociais como é o caso da assistência social, da educação, da segurança pública, do trânsito, da justiça¹⁰. Mas essa articulação exige uma nova visão da cultura de trabalho e novos arranjos de práticas institucionais¹¹⁻¹³.

O presente artigo examina a implementação da diretriz de assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências da PNRMAV a partir das equipes da atenção primária à saúde. Como já dito, a pesquisa se justifica pela importância da APS na prevenção e atenção a esses eventos.

Método

O estudo é parte de uma pesquisa realizada em todo território nacional entre os anos de 2020-2023 intitulada “Pesquisa Avaliativa da Implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência” que utiliza métodos quantitativo e qualitativo e várias técnicas de coleta e análise de dados¹⁴⁻¹⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, com o CAAE 27932820.7.0000.5240. Todos os participantes assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Abordagem quantitativa

Este estudo é parte de uma grande pesquisa avaliativa sobre a implementação da PNRMAV em todos os municípios brasileiros. Sobre questão da intersetorialidade a partir da Atenção Primária, foram ouvidos profissionais e gestores de 290 serviços, incluindo 18 de capitais (Quadro 1).

Para este estudo foram retiradas da grande pesquisa questões que focalizaram dois temas: (1) articulação de redes e serviços para os quais a atenção primária encaminha os casos de acidentes e violências e (2) tipo de fluxo para articulação da atenção primária com outros serviços de saúde para os casos de acidentes e as violências. O destaque maior foi dado à análise por regiões brasileiras. Toda a análise quantitativa foi feita por meio do pacote estatístico SPSS 24¹⁸.

Abordagem qualitativa

Foram realizadas entrevistas individuais com 11 gestores e profissionais da atenção primária à saúde das seguintes capitais e cidades brasileiras: Manaus-AM, Recife-PE, Belo Horizonte-MG, São Paulo-SP, Florianópolis-SC, Porto Alegre-RS, Caruaru-AM, Santarém-PA, Rio Tinto-PB, São Tomás de Aquino-MG e Arroio do Tigre-RS (Sul). A seleção dessas cidades baseou-se em 14 indicadores, construídos a partir de diretrizes da PNRMAV⁹. A entrevista indagou sobre as ações e articulações intrasetoriais na assistência às pessoas em situação de violências e acidentes, os processos e resultados alcançados na implementação da PNRMAV na atenção primária. Todas as entrevistas foram realizadas de maneira remota a partir da plataforma *Google Meet*, com duração média de uma

Quadro 1. Número de serviços participantes dos municípios e das capitais da Atenção Primária segundo Região e Unidade da Federação. Brasil, 2021.

Região	Unidade da Federação	Serviços Municipais participantes (N)	Serviços das Capitais participantes (N)
Norte	Acre	4	0
	Amapá	1	1
	Amazonas	3	1
	Pará	8	1
	Rondônia	2	1
	Roraima	3	1
	Tocantins	2	1
Nordeste	Alagoas	2	1
	Bahia	19	0
	Ceará	11	1
	Maranhão	3	1
	Paraíba	19	0
	Pernambuco	7	1
	Piauí	11	0
	Rio Grande do Norte	7	1
Sergipe	3	0	
Sudeste	Espírito Santo	8	0
	Minas Gerais	42	1
	Rio de Janeiro	10	1
	São Paulo	39	1
Sul	Paraná	13	0
	Rio Grande do Sul	18	0
	Santa Catarina	28	0
Centro-Oeste	Distrito Federal	1	1
	Goiás	9	1
	Mato Grosso	7	1
	Mato Grosso do Sul	10	1
Total		290	18

Fonte: Autoras.

hora, e foram gravadas e transcritas por profissionais especializados. Foram utilizadas as técnicas de análise temática para dar relevância aos principais conteúdos¹⁹.

Resultados

Encaminhamento e fluxos da Atenção Primária com outros serviços

A Rede de Saúde (99,3%), o Conselho Tutelar (98,2%), a rede de assistência social (97,8%) e o Ministério Público (84,9%) são os principais serviços para os quais a atenção primária encaminha os casos de violência. Por sua vez, o Conselho de Direitos da Pessoa LGBTI+ (20,5%), o Centro de referência especializado de outros setores (21,5%) e a Delegacia da Pessoa com Deficiência (21,9%) são pouco citados. O cenário não difere entre as unidades participantes (Tabela 1).

Em consonância com os dados quantitativos, os profissionais e gestores entrevistados também mencionaram o compartilhamento dos casos com outros serviços da saúde, com o Centro de

Referência de Assistência Social (CRAS), com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com o Conselho Tutelar e com o Ministério Público. As articulações, em geral, são realizadas a favor do atendimento a mulheres, crianças, adolescentes, idosos e gestantes vítimas de violência. Os profissionais ressaltaram as ações conjuntas com as escolas para prevenção de violência; com organizações não governamentais, conselhos de direito, universidades e associações comunitárias. Em algumas localidades, gestores e profissionais destacaram o apoio de dispositivos regionais. Uma gestora da região Norte mostrou uma visão bem positiva dos encaminhamentos dos casos de violências atendidos pela atenção primária:

Tivemos um trabalho muito bacana com o pessoal da Secretaria da Justiça para que a gente pudesse melhorar mais o fluxo. A gente entende que todos precisam falar a mesma língua, além da articulação com serviços da secretaria de assistência social, como o CRAS e o CREAS.

No Nordeste, uma profissional que atua em Recife-PE destacou:

A gente tem algumas articulações: do ponto de vista da prevenção, a gente tem tido com

Tabela 1. Redes e serviços para os quais a Atenção Primária encaminha os casos de violências nos municípios e capitais participantes.

Redes/Serviços	Municípios % (n)	Capitais % (n)
Rede de saúde	99,3 (280)	100,0 (17)
Rede de assistência social	97,8 (279)	100,0 (17)
Rede de educação	63,5 (277)	70,6 (17)
Rede de atendimento à mulher	50,5 (277)	100,0 (17)
Conselho Tutelar	98,2 (279)	100,0 (17)
Conselho do Idoso	67,1 (280)	94,1 (17)
Delegacia de Atendimento ao Idoso	30,5 (272)	62,5 (16)
Centro de Referência dos Direitos Humanos	24,0 (275)	64,7 (17)
Ministério Público	84,9 (279)	88,2 (17)
Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	36,6 (276)	88,2 (17)
Delegacia de Atendimento à Mulher	44,9 (276)	88,2 (17)
Outras Delegacias	77,6 (272)	52,9 (17)
Justiça da Infância e da Juventude	49,3 (278)	70,6 (17)
Defensoria Pública	67,0 (276)	70,6 (17)
Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente	65,5 (278)	76,5 (17)
Delegacia da Pessoa com Deficiência	21,9 (274)	41,2 (17)
Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência	32,2 (273)	70,6 (17)
Conselho de Direitos da Pessoa LGBTI+	20,5 (273)	47,1 (17)
IML - Instituto Médico Legal	58,8 (277)	62,5 (16)
Centro de referência especializado fora da saúde	21,5 (274)	52,9 (17)
Outros serviços	7,8 (245)	0,0 (17)

Fonte: Autoras.

o Movimento de Mulheres e com algumas ONG. A gente tem com o Ministério Público, com Vara da Família, com todos os órgãos de controle também, CRAS, CREAS. Então a gente dialoga bastante nesses casos que envolvem violência. A gente estava tentando fazer algumas articulações com a Universidade de Pernambuco, porque tem o núcleo lá que estuda violência. Mas aí, foi no momento que começou a pandemia.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é citado como uma importante estratégia na prevenção das violências por gestores de vários municípios do país. O PSE tem o propósito de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, buscando enfrentar as vulnerabilidades que impactam o pleno desenvolvimento de criança e jovens da rede pública de ensino. A redução da morbimortalidade por acidentes e violência é uma das ações previstas pelo PSE²⁰. Um dos entrevistados de uma cidade de pequeno porte do Nordeste exemplifica essa articulação, ainda que restrita a momentos de campanhas:

Os profissionais da saúde junto com os da assistência iam as escolas falar um pouco sobre os tipos de violência, geralmente em maio, a gente tem o enfrentamento ao abuso e exploração sexual e em outros momentos a gente fala também das violências física, psicológica, enfim, fala muito nas escolas. Como houve essa parada por conta da pandemia, esse tipo de atividade diminuiu bastante (Rio Tinto-PB).

Gestores e profissionais da atenção primária de uma capital da região Sul ressaltaram o potencial do trabalho em rede, o que possibilita articulação com órgãos públicos, instituições comunitárias e associações.

A gente tem a Gerência da Integração que faz parte da nossa diretoria aqui e ela faz muito essa interface com esses outros setores. Com a Assistência Social, principalmente vendo a questão da vulnerabilidade em algumas situações mais específicas. Mulheres gestantes que estão expostas em situação de rua. Interface com a própria universidade e com os serviços do Estado. A Atenção Primária faz uma forte interface intersetorial dentro também do território. Lá dentro, o gerente local é estimulado a trabalhar com o Programa Saúde Escolar. [A gente] estimula as pessoas a olharem os equipamentos sociais que eles têm no território e dali observar quais são as possibilidades de [eles mesmos] trabalharem as questões de violência no território (Florianópolis-SC).

Um dos gestores de uma capital do Sul do país destacou a importância de mobilizar e po-

tencializar uma rede ampla que inclua os recursos já presentes no território, como é o caso das associações comunitárias:

Também não são só institucionais. Tem redes que acabam se formando muito mais em prol da questão comunitária e das associações que acabam vindo como uma experiência importante. Claro que isso é algo que tem que sempre ser potencializado e que precisa ser sempre pensado institucionalmente, mas eu sempre acredito que também se consiga achar boas interlocuções com as redes. Eu venho de experiências importantes sobre isso, [de valorizar] o que já existe nas comunidades como oferta de espaços e de cuidados. Esses temas também vêm e perpassam a questão da violência (Porto Alegre-RS).

Em algumas capitais do Sudeste foi mencionada por profissionais de saúde, a existência de Núcleos Intersetoriais que recebem, discutem e articulam o cuidado dos casos de violência com representantes de diversas áreas, favorecendo o compartilhamento de casos complexos.

Os núcleos Intersetoriais envolvem às vezes educação, assistência social, quando a educação também identifica alguma criança que tá com comportamento diferente. Começa suspeitar de alguma questão de violação de direitos eles também nos acionam via Centro de Saúde ou encaminha o caso pra esse chama NIR -Núcleo Intersetorial Regional, onde são discutidos esses casos. Tem uma articulação intersetorial importante e a gente faz via regional esses encaminhamentos aos Conselhos do Idoso, ao Conselho Tutelar dessas fichas de notificação, as fichas protetivas e a gente recebe também muitas vezes dos próprios órgãos de proteção da criança, a demanda, que muitas vezes eles foram atendidos em outros pontos, a demanda de necessidade de acompanhamento dessa pessoa ou dessa família (Belo Horizonte-MG).

A existência de fluxos e protocolos de encaminhamento dos casos de violências e acidentes desempenha papel importante na efetivação da atenção integral. Por volta de 60,0% dos municípios pesquisados e um pouco mais de 80,0% das capitais têm fluxo pactuado para a articulação das unidades de atenção primária com as demais redes e os outros níveis de saúde, em situações de violência e acidentes. Em geral, quando existem, os fluxos são institucionalizados e regulamentados por ato normativo. Esse nível de organização foi mais destacado na região Sudeste nos casos de violência e na região Centro-Oeste nas situações envolvendo acidentes. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram mais fragilidades na regulamentação de fluxos envolvendo violências. E nas regiões Sul e Nor-

deste, os fluxos de encaminhamento dos casos de acidentes foram menos mencionados.

A rede estadual se destaca na articulação intersetorial para atendimento aos casos de violências e acidentes. Na rede privada não conveniada com o SUS e na rede federal, ações intersetoriais são poucas citadas. Nos serviços públicos das capitais, é bem maior a existência de fluxo pactuado e articulação em rede (Tabela 2). Os dados qualitativos mostram que os vínculos e encaminhamentos estão mais consolidados para o atendimento de crianças, adolescentes, mulheres, vítimas de violência sexual e tentativas de suicídio. É consensual entre profissionais e gestores que a complexidade dos casos de violências e acidentes exige uma atuação inter e multiprofissional e intersetorial.

Na região Sul, profissionais de uma capital ressaltaram diversas iniciativas de prevenção das violências e enfatizaram a importância da integração e dos fluxos.

Talvez a subnotificação seja o nosso pior inimigo nesse primeiro momento, porque sem a informação correta fica muito difícil projetar políticas públicas que possam prevenir as questões de violência. Nós estamos agora fazendo cruzamento de informações junto com o que a Gerência de

Saúde tem, junto com a Secretaria Municipal de Segurança, junto com outro o setor de governança do município, o serviço social do município. Tentamos diminuir a lacuna da subnotificação. É importante que nesse grupo que estamos participando, o setor da saúde e o setor da educação. Estamos trabalhando com políticas preventivas nas escolas municipais nas áreas mais vulneráveis socialmente de Porto Alegre, na periferia. Elas atendem a uma população que sofre violência institucional, estrutural, além da violência racial, de gênero e de sexo, de preconceitos. Temos alguma resistência do setor de segurança que não tem esse mesmo entendimento (Porto Alegre-RS).

No interior dessa região, um profissional de atenção primária destacou a existência de um grupo técnico bem articulado intra e intersetorialmente em seu município.

Nós acionamos o CRAS e o Conselho Tutelar. Se necessário, o Ministério Público. Acabamos fazendo entre nós uma rede [para atender as vítimas de] violência. Temos um grupo técnico de enfrentamento às violências e esse grupo técnico se reúne uma vez ao mês, obrigatoriamente. O grupo técnico é composto pelas enfermeiras das unidades. A nossa responsável da política sobre violências é uma assistente social. Estendemos o

Tabela 2. Distribuição percentual da existência de fluxo para articulação das unidades da Atenção Primária com outros serviços de saúde de distintas esferas para os casos de violências e acidentes, nos municípios e capitais participantes.

Fluxo para articulação e institucionalização da Atenção Primária com outros serviços de saúde	Violências		Acidentes	
	Municípios	Capitais	Municípios	Capitais
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Fluxo pactuado para a articulação das unidades da Atenção Primária municipal com outros serviços de saúde de distintas esferas governamentais e não governamentais para o atendimento aos casos de violência	59,7 (273)	82,0 (17)	64,3 (280)	88,2 (17)
Rede Federal	16,7 (252)	20,0 (15)	19,4 (252)	40,0 (15)
Institucionalizado/regulamentado por ato normativo	82,9 (41)	100,0 (3)	85,1 (47)	83,3 (6)
Em construção	5,3 (207)	8,3 (12)	5,6 (195)	22,2 (9)
Rede Estadual	62,2 (259)	94,0 (17)	62,2 (263)	93,8 (16)
Institucionalizado/regulamentado por ato normativo	74,2 (159)	69,0 (19)	76,9 (169)	80,0 (15)
Em construção	4,2 (96)	0	8,2 (85)	0 (1)
Rede privada/filantrópica conveniada com o SUS	36,5 (260)	41,0 (17)	37,5 (261)	50,0 (16)
Institucionalizado/regulamentado por ato normativo	73,9 (92)	86,0 (7)	83,9 (93)	87,5 (8)
Em construção	2,5 (163)	10,0 (10)	8,9 (158)	12,5 (8)
Rede privada não conveniada com o SUS	1,03 (253)	19 (16)	13,0 (254)	26,7 (15)
Institucionalizado/regulamentado por ato normativo	59,4 (32)	100,0 (3)	56,7 (30)	75,0 (4)
Em construção	1,9 (215)	7,7 (13)	2,8 (215)	0,0 (11)
Outra rede	9,0 (245)	19,0 (16)	6,7 (238)	13,3 (15)
Institucionalizado/regulamentado por ato normativo	63,6 (22)	100,0 (3)	66,7 (15)	100 (2)
Em construção	2,6 (192)	7,7 (13)	6,8 (205)	7,7 (13)

Fonte: Autoras.

convite para várias entidades que lidam com os mesmos problemas. Algumas não comparecem às reuniões., mas o grupo é bem sólido. Ali é trazido todo e qualquer tipo de violência; contra a criança, contra idosos, violência autoprovocada (Arroio do Tigre-RS).

Também em outro município do interior do Sul, destaca-se uma ampla articulação intersetorial e fluxos bem definidos de encaminhamentos.

Nossa rede de proteção ela é instituída através do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. E ela perpassa todos os conselhos, o conselho de saúde, o conselho de assistência social e o conselho de educação. Então os fluxos que nós temos pactuados e os protocolos passam em todos os conselhos. Nesse conjunto de conselhos foi deliberada a criação de um grupo de trabalho onde tem um representante de cada política pública, da saúde, da assistência, da educação municipal e estadual, conselho tutelar e segurança pública. Então a prevenção é feita através desse planejamento, através das ações desenvolvidas juntamente. Assim e a organização das instituições e organizações da sociedade civil que a gente tem aqui no nosso município (Dois Irmãos-PR).

A gente utiliza o rádio, agora a gente tem Instagram e Facebook. Dentro do nosso protocolo, temos o papel de atender essa vítima nas suas necessidades de saúde. Quem vai acompanhar a vítima e sua família é a política de assistência, que seria o CREAS. Então, cada segmento tem o seu papel, cada um tem o seu olhar e cada um fomenta de uma forma essa organização e as ações de prevenção e de coibir a violência (Dois Irmãos-PR).

Avaliação de gestores aos fluxos dos serviços da atenção primária com outras redes

O Gráfico 1 mostra a boa avaliação dos gestores municipais e profissionais de saúde quanto à qualidade das articulações e fluxos dos serviços da atenção primária com outras redes (66,7%) e com a rede privada não conveniada com o SUS (59,4%) para o atendimento dos casos de violência pelos respondentes do questionário. Nas capitais, a rede federal foi a mais bem avaliada (Gráfico 1).

Na análise por regiões, no Norte, em geral, a avaliação dos fluxos da rede de serviços de atenção primária foi considerada regular, especialmente, no caso da rede privada e na conveniada com o SUS. Na região Nordeste, prevaleceu a avaliação positiva do fluxo da APS para outras redes, inclusive nas cidades de menor

porte populacional (100,0%) e na rede federal. Os municípios participantes da região Sudeste também fizeram uma boa avaliação do fluxo entre a rede federal e as outras parceiras no atendimento aos casos de violência. Na região Sul, o fluxo para a rede privada não conveniada com o SUS recebeu muito boa avaliação. Mas o mesmo não ocorre com a rede federal da região, considerada ruim, em especialmente, nos municípios de menor porte. Nos locais menores da região Centro-Oeste o fluxo para a rede estadual (60,0%) recebeu uma boa avaliação (dados não apresentados).

Em relação aos acidentes, as unidades privadas e filantrópicas conveniadas com o SUS e outras redes se destacaram com boa avaliação sobre a qualidade das articulações e dos fluxos de serviços de atenção primária nos municípios e nas capitais. A articulação com a rede federal foi avaliada como regular. Já a rede privada não conveniada com o SUS recebeu a pior avaliação. A avaliação das articulações realizadas pela rede estadual se concentrou no conceito “regular” pelos gestores das capitais (Tabela 3).

As ações relacionadas à atenção intersetorial para atender às vítimas de acidentes foram pouco mencionadas pelos gestores e profissionais da APS. Os casos de pessoas acidentadas só chegam nas unidades de saúde da atenção primária se forem de baixa gravidade, como é o caso de queimaduras leves, pequenos cortes, escoriações e outros. As vítimas mais graves passam a utilizar os serviços de APS num segundo momento, depois da fase aguda que, em geral, é atendida nas Emergências hospitalares. Os acidentes de trânsito e outros acidentes podem deixar sequelas provisórias e permanentes que demandam o cuidado de uma complexa rede de atenção o que inclui também os serviços de atenção primária.

Com relação à vítima de trânsito, a gente quase não tem demanda dentro da unidade. A gente vai ter, sim, depois, para fazer o acompanhamento dela, da pessoa que sofreu e precisa ser acompanhado. Por exemplo, porque a pessoa acabou ficando acamado, ou algum processo que a gente precisa fazer o acompanhamento em domicílio, e aí sim nós somos chamados. Mas nesse primeiro momento, quando acontece a questão da violência no trânsito, geralmente, ele é encaminhado mesmo para um pronto-socorro (Manaus-AM).

Ainda na região Norte, um gestor de uma cidade do interior do Amazonas falou sobre os tipos de acidentes que chegam na atenção primária: picadas por animais peçonhentos, quedas de idosos, acidentes de trânsito e de trabalho. Essas

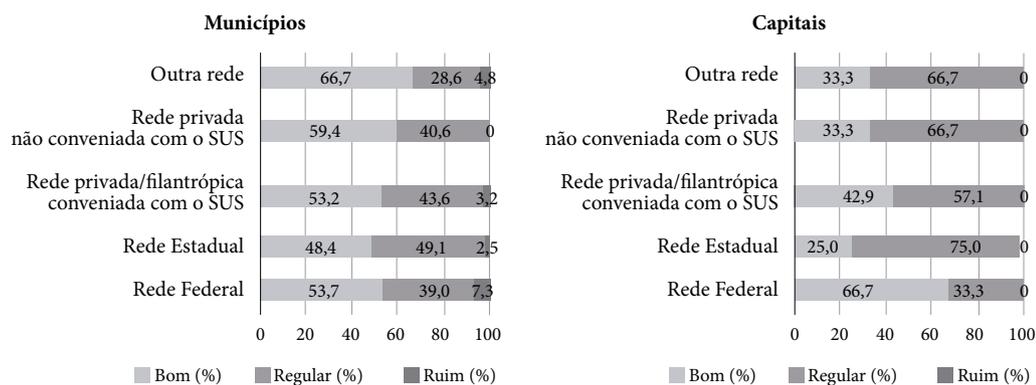


Gráfico 1. Distribuição percentual da avaliação do fluxo para articulação das unidades da Atenção Primária com outros serviços de saúde das demais redes para o atendimento aos casos de violências, no total dos municípios e capitais participantes.

Fonte: Autoras.

Tabela 3. Distribuição percentual da avaliação do fluxo para articulação das unidades da Atenção Primária com outros serviços de saúde das demais redes para o atendimento aos casos de acidentes, no total dos municípios participantes.

Redes	Municípios				Capitais			
	Bom (%)	Regular (%)	Ruim (%)	Total (N)	Bom (%)	Regular (%)	Ruim (%)	Total (N)
Rede Federal	43,8	52,1	4,2	48	40,0	60,0	0,0	5
Rede Estadual	50,6	46,4	3,0	166	26,7	73,3	0,0	15
Rede privada/filantrópica conveniada com o SUS	59,1	38,7	2,2	93	57,1	42,9	0,0	7
Rede privada não conveniada com o SUS	48,5	45,5	6,1	33	25,0	50,0	25,0	4
Outra rede	56,2	37,5	6,2	16	50,0	50,0	0,0	2

Fonte: Autoras.

situações demandam um nível de assistência com o qual o município não tem como contar, pois, nos de pequeno porte, não há serviços de média e alta complexidade:

A gente tem que solicitar UTI. Aqui a gente não tem médicos para fazer uma intubação, então, é muito complicado quando você se depara com fraturas, é uma demanda de ciência. E aqui no interior é muito complicado para a gente ter. Então a gente fala: “é melhor prevenir do que tratar as consequências desses acidentes” (Carauari-AM).

O Programa Vida no Trânsito (PVT) foi lembrado por alguns entrevistados pelo seu importante papel no fortalecimento das políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito. O PVT tem como característica principal o

trabalho intersetorial e conjunto entre diferentes atores ligados direta e indiretamente a essa questão. Uma gestora de Recife esclareceu como funciona o trabalho intersetorial do PVT no município:

[Recife] é uma das capitais contempladas com o projeto. Temos reuniões periódicas para poder fazer análise de óbito, análise dos dados, enfim, isso é feito junto, em conjunto de fato com a Secretaria Estadual de Saúde. É uma parceria que vem não só do âmbito Estadual de Saúde, mas inclui ações intersetoriais. Então a CTTU, que é o órgão do trânsito do município, muitas vezes até o Instituto Médico Legal, quando a gente precisa aprofundar, os bombeiros, dados do Sinatt. Aqui em Recife, a gente tem acesso a ele e consegue olhar para dentro do nosso território, quais

são as vias que têm mais acidente, o perfil das vítimas e os fatores relacionados. Então, tem essa parceria bem instituída aí, bem forte aí na ação dos acidentes junto com o Estado (Gestor AP, Recife-PE).

No estado de São Paulo, uma gestora da capital comentou que a APS vem trabalhando com outras instituições para mapear a ocorrência de acidentes de trânsito, através do projeto chamado “Vida Segura”, o que já vem mostrando bons resultados.

Olha, nós estamos com o projeto junto a CET [Companhia de Engenharia de Tráfego]. Chama Vida Segura. Então a gente tem identificado quais são os acidentes de moto que mais ocorrem. E aí nós colocamos isso no mapa, identificando pelo menos 10 unidades dessas áreas de abrangências onde mais ocorrem esses eventos com morte. A gente está fazendo esse estudo agora, está muito interessante (Gestor AP, São Paulo-SP).

Apesar dos gestores participantes da etapa qualitativa do estudo apresentarem o reconhecimento e a valorização do trabalho intersetorial no contexto da atenção às pessoas em situação de violências e acidentes, algumas dificuldades e desafios foram sinalizados. A dificuldade de diálogo entre os diferentes setores e instituições e o acompanhamento com continuidade são os pontos mais negativos. As barreiras decorrem do acúmulo de trabalho, da descontinuidade das ações e da rotatividade dos profissionais envolvidos nos serviços.

Eu acho que a gente precisaria avançar muito ainda com o Conselho Tutelar. Muitas vezes eu acho que é uma relação que ainda exige clareza de papéis, do que que é competência da saúde. Eu vejo que muitas vezes não é uma relação muito fácil, a gente não tem um espaço para construção de casos emblemáticos, às vezes não tem a presença do Conselho Tutelar, que eu acho que é importante (Belo Horizonte-MG).

Porque são tantas demandas, que a gente acaba assim: ‘não, eu passo para o CREAS. O CREAS é quem vai conversar com a delegacia. Ou passo para o Conselho Tutelar, o Conselho Tutelar que vai conversar com o Ministério Público, com a delegacia’. E, muitas vezes, esse feedback, ele não acontece da forma que deveria acontecer. Eu acredito que essa contrarreferência está ainda frágil de verdade. A vítima de violência vai e não volta, muitas vezes (Rio Tinto-PB).

Discussão

Em comparação com a análise diagnóstica dos primeiros anos de implantação da PNRMAV realizada por Minayo e Deslandes²¹, nota-se um grande avanço da atenção primária na abordagem das várias formas de violência e dos acidentes como problemas de saúde, com a ampliação da consciência do cuidado assim como da criação de estratégias para notificar e garantir a atenção em saúde. Isso se deve, sobretudo, ao incremento da sensibilização dos profissionais e qualificação profissional, fomentado pelo Ministério da Saúde e outras instituições, além da ampliação de instrumentos para a institucionalização de fluxos e cuidados.

Os achados deste artigo evidenciam o papel estratégico de serviços de atenção primária para a prevenção e o cuidado de pessoas em situação de acidentes e de violência em especial no que diz respeito à articulação intra e intersetorial. Em todas as regiões do país, observam-se avanços em relação a essas articulações na atenção às vítimas, o que significa um ganho importante na implementação da PNMRAV. É consenso o entendimento das violências e acidentes como fenômenos complexos que demandam esforços de vários setores e instituições da sociedade, superando visões e práticas fragmentadas. Ademais, o enfrentamento às violências e acidentes depende da adequada articulação dos fluxos e organização do trabalho em rede, de forma a permitir uma melhor e mais completa oferta de cuidados^{22,23}.

Apesar do lugar privilegiado dos serviços da APS na prevenção e na atenção às situações de violências e acidentes, as demandas dos indivíduos e de suas famílias não se encerram nesse nível de atenção. Ao contrário, demandam o acionamento de uma rede complexa de serviços que extrapolam a rede de saúde. Todavia, esse diálogo nem sempre é fácil e demanda um trabalho permanente. Mafioletti *et al.*²⁴ alertam para os desafios impostos pela cultura do trabalho setorializado, hierarquizado e verticalizado nas instituições públicas, o que dificulta o trabalho em redes intersetoriais, cujo paradigma é da integração, horizontalidade, conectividade e complementaridade, exigindo uma comunicação ágil e eficaz nos encaminhamentos e na descentralização de decisões²⁵. Na verdade, existem já parcerias estabelecidas com o Conselho Tutelar, o CRAS, o CREAS e o Ministério Público para atuar na prevenção, promoção e atenção à saúde, em geral, e em particular, nos impactos das violências e acidentes. Contudo, é preciso

fortalecer a articulação com outros setores que cuidam de grupos vulnerabilizados como é o caso dos Conselhos de Direitos da Pessoa LGBTQIA+ e centros especializados.

A constatação da existência de fluxos na articulação de unidades da APS com outros serviços de saúde para os casos de violências e acidentes mostra o avanço da institucionalização da política no país ao longo dos últimos anos. Todo o esforço realizado visa criar fluxos e protocolos claros para cuidar das vítimas, pactuados por diferentes equipes e serviços permitindo dar respostas mais rápidas e assertiva por parte dos profissionais, e oferecer maior efetividade nos tratamentos. Algumas violências como a sexual, a autoprovocada e a que envolve mulheres, crianças e jovens e idosos são as que mais têm pessoas preparadas e protocolos para os cuidados².

O destaque para a melhor organização inter-setorial e dos fluxos de referência e contrarreferência ocorre na rede estadual que, em geral tem um potencial de atuação mais abrangente. E as articulações mais frágeis se encontram na rede privada não conveniada com o SUS e nas instituições da rede federal.

Há que se fortalecer iniciativas recentes de fluxos de atendimento à população LGBTQIA+ em situação de violência, inclusive, com a criação de serviços de atenção especializados. A efetivação desses fluxos é fundamental para a consolidação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)²⁶. E no caso da Atenção Primária é necessário desenvolver as estratégias em relação a essa população e das pessoas portadoras de deficiência².

Em relação aos acidentes, os profissionais da APS ainda não estão suficientemente sensibilizados, especialmente, para o atendimento aos casos urgentes de baixa gravidade e complexidade, como previsto pela Política Nacional de Atenção às Urgências²⁷. Igualmente, no momento posterior à alta hospitalar depois de acidentes graves, é para a atenção primária que as vítimas de acidentes são encaminhadas para receber cuidados de reabilitação. É muito característica e peculiar a disponibilidade de profissionais de atenção primária para avaliar e direcionar os usuários de acordo suas necessidades específicas, o que contribui para maior racionalidade no uso da média e alta complexidade²⁸.

Os resultados da presente pesquisa corroboram o que a pouca literatura sobre o tema enfatiza sobre a atuação da APS na prevenção das violências e dos acidentes. Neste sentido,

comenta-se a pouca literatura encontrada sobre prevenção dos acidentes na APS. Ao contrário, há muito mais estudos sobre a prevenção de violência. Estudos conduzidos com enfermeiros da APS evidenciam a baixa oferta de capacitação para esses profissionais atuarem sobretudo em casos de acidentes domésticos e de trânsito, envolvendo crianças^{29,30}. É importante ressaltar que no Brasil, os acidentes emergem como a principal causa de morte de crianças. Medidas preventivas adequadas ao desenvolvimento infantil precisam ser aprendidas e transmitidas às famílias no acompanhamento desse grupo.

Igualmente importante é a prevenção de acidentes que ocorrem com mais frequência na população idosa, particularmente as quedas. Estima-se que cerca de 28% das pessoas com 65 anos ou mais caem anualmente, acarretando graves consequências para sua saúde³¹. A ocorrência de quedas é multifatorial e precisa do apoio de várias áreas como a engenharia de trânsito, a manutenção de calçadas seguras, melhor formação e comportamento dos motoristas de transporte público, cuidados dentro de casa, criando condições seguras nos banheiros e para de circulação³². No entanto, embora demande iniciativas pouco dispendiosas, as ações de prevenção de acidentes domésticos e de transporte em idosos mostram-se bastante limitadas³³.

É fundamental investir na formação das pessoas que trabalham na APS de forma que possam programar e implementar ações que previnam violências e acidentes e sejam líderes em promover iniciativas intra e intersetoriais¹. Junto a tais iniciativas é preciso que os gestores estejam atentos à rotatividade das equipes, um dos principais entraves à efetivação dos protocolos e dos fluxos. Como pontua D'Oliveira *et al.*¹³, a integralidade da atenção só é efetiva quando são postas em prática ações articuladas entre os profissionais da rede intra e intersetorial, de modo que o resultado seja a construção de projetos de intervenção que produzam potência em cada ponto da rede.

A principal limitação deste estudo é a quantidade insuficiente de informações recolhidas pela pesquisa que lhe deu origem. Anteriormente, já foi esclarecido que esse fato se deve em especial, porque o trabalho ocorreu em pleno período da pandemia de COVID-19. Não possível ir a campo e entende-se que profissionais e gestores estavam assoberbados com a assistência aos atingidos pela doença. No entanto e apesar de sua natureza descritiva, este artigo traz achados inéditos que colocam a Atenção Primária na liderança dos cuidados com as pessoas em situ-

ação de violência e de recuperação de acidentes e traumas, o que não foi constatado na primeira análise diagnóstica realizada em 2005. Logo, tanto na atuação específica como na articulação intra e intersetorial é importantíssimo investir nesse nível de atenção para implementação e fortalecimento da PNRMAV.

Para finalizar, mesmo levando em conta os avanços na implementação, a adoção da PNR-

MAV pelo setor saúde ainda não está totalmente garantida e nem universalizada. Isso só vai ocorrer com o devido reconhecimento da importância dessa política, com a valorização e colaboração de trabalhadores e gestores que, desse a Atenção Primária, atuam como potencializadores da promoção da saúde e prevenção dos agravos que prejudicam a qualidade de vida e a construção da paz!

Colaboradores

As autoras participaram igualmente em todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
2. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* 2020; 25(6):2247-2257.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. *Cobertura da Atenção Primária* [Internet]. [acessado 2023 nov 9]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
4. Aguiar AMA, Azevedo CA, Ferretjan R. Manejo do suicídio pelo médico generalista na Atenção Primária. *Parlatorium* 2015; 9(2):5-20.
5. D'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Graglia CGV, Aguiar JMD, Sousa PCD, Bonin RG. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190164.
6. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Acad Med* 1997; 72(1 Supl.):S19-S25.
7. Conceição HN, Madeiro AP. Profissionais de saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. *Rev Baiana Enferm* 2022; 36:e37854.
8. Castells M. *A sociedade em redes*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: MS; 2001.
10. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saude Soc* 2004; 13(1):25-36.

11. Anunciação LL, Carvalho RC, Santos JEF, Morais AC, Almeida VRS, Souza SL. Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola. *Saude Debatte* 2022; 46 (n. esp.):201-212.
12. Santos KD. *Atenção básica à saúde e enfrentamento da violência: um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NPs) na cidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2020.
13. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1037-1050.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
15. Minayo MCS, Cruz Neto O. Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. In: Bronfman M, Castro R, organizadores. *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. Cor Del Valle: Edamex; 1999. p. 65-80.
16. Denzin NK. *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. New Brunswick: Transaction Publishers; 1973.
17. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saude Publ* 1993; 9(3):239-262.
18. IBM Corp (Released 2016) *SPSS Statistics for Macintosh*, Version 24.0. Armonk: IBM Corp.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Programa de Saúde na Escola. *Diário Oficial da União* 2007; 7 dez.
21. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
22. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saude Soc* 2014; 23(3):778-786.
23. Penafort CH, Mafioletti TM, Peres AM. Intersetorialidade na atenção as mulheres em situação de violência: uma metassíntese. *Cuestiones Genero* 2019; 14:135-148.
24. Mafioletti TM, Peres AM, Fontoura MP, Muzeka KD, Daltoé CM, Fellini J. Rede de atenção às mulheres em situação de violência: experiência de um município do sul do Brasil. *Res Soc Dev* 2020; 9(10):e1509108452.
25. Krenkel S, Moré CLO, Motta CCL. The significant social networks of women who have resided in shelters. *Paideia* 2015; 25(60):125-133.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: MS; 2013.
27. Brasil. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 7 jul.
28. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes AB, Schmitt ACB. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Pesq* 2017; 24(1):74-82.
29. Oliveira AC, Melo DFC, Albuquerque IMN, Ribeiro MA, Medeiros Neto CD, Lima LXSM, Cavalcante RS, Porto GSM, Andrade MG. Atuação do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos infantis na atenção primária à saúde. *Cad Pedagog* 2024; 21(7):e5865.
30. Camboin FF, Toso BRGO, Caldeira S, Silva MAI. Acidentes de trânsito na infância: prevenção na perspectiva do enfermeiro. *Rev Gaucha Enferm* 2021; 42(n. esp.):e20200171.
31. Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farias-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VI, Lutz BH, Barbosa-Silva TG, Lima NP, Bertoldi AD, Tomasi E. Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. *Rev Saude Publica* 2018; 52:22.
32. Dourado Júnior FW, Moreira AC, Salles DL, Silva MA. Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm* 2022; 35:eAPE02256.
33. Araújo LUZ, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3521-3532.

Artigo apresentado em 11/09/2024

Aprovado em 25/09/2024

Versão final apresentada em 27/09/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva