

Análise da implementação da atenção pré-hospitalar e hospitalar a casos de acidentes e violências no Brasil

Analysis of the implementation of pre-hospital and hospital care for cases of accidents and violence in Brazil

Análisis de la implementación de la atención prehospitalaria y hospitalaria en los casos de accidentes y violencia en Brasil

Adalgisa Peixoto Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0001-9415-8068>)¹

Graziella Lage Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-3387-3583>)¹

Andréa Maria Silveira (<https://orcid.org/0000-0002-1180-3875>)¹

Joviana Quintes Avanci (<https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>)²

Resumo *Analisou-se a implementação de duas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) referentes à atenção pré-hospitalar (APH) e hospitalar (AH). Gestores de APH e AH dos municípios brasileiros participaram de estudo transversal (2020-2022), respondendo a um questionário via plataforma Redcap. Foram realizadas análises descritivas e comparativas. A taxa de resposta foi de 2,3% dos municípios (n=128), incluindo nove capitais. Essas apresentaram melhores resultados nos itens avaliados. Na APH móvel, 82,8% dos municípios e 100% das capitais utilizam transporte próprio para pacientes. Nas capitais, os serviços recebem e encaminham mais os casos intersetorialmente (valor-p<0,05). Na AH, as capitais fazem mais uso de protocolos (p=0,008) e 40% dos gestores consideram os leitos adequados às necessidades. A implementação da diretriz da PNRMAV que trata da Sistematização do atendimento pré-hospitalar foi boa em 59,4% municípios e 77,8% das capitais, enquanto a de assistência interdisciplinar às vítimas foi regular em 45,1% dos municípios e boa em 75% das capitais. Apesar dos avanços na implementação da PNRMAV, é necessário fortalecer as redes de atenção a urgência e emergência e otimizar os recursos disponíveis.*

Palavras-chave Acidentes, Violência, Política de saúde

Abstract *The implementation of two guidelines of the National Policy for Reducing Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV) regarding pre-hospital care (APH) and hospital care (AH) was analyzed. APH and AH managers from Brazilian municipalities participated in a cross-sectional study (2020-2022), answering a questionnaire via the Redcap platform. Descriptive and comparative analyses were performed. The response rate was 2.3% of the municipalities (n=128), of which 9 were capitals. Capitals presented better results in all items evaluated. In mobile APH, 82.8% of the municipalities and 100% of the capitals use their own transportation for patients. In the capitals, the services receive and refer more cases intersectoral (p-value<0.05). In AH, the capitals make greater use of protocols (p=0.008) and 40% of managers consider the beds adequate for their needs. The implementation of the Systematization of pre-hospital care guideline was good for 59.4% of the municipalities and 77.8% of the capitals, while the Interdisciplinary Assistance to Victims guideline was regular in 45.1% of the municipalities and good in 75% of the capitals. Despite the advances in the implementation of the PNRMAV, it is necessary to strengthen the emergency care networks and optimize the available resources.*

Key words Accidents, Violence, Health policy

Resumen *Se analizó la implementación de dos directrices de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV) relativas a la atención prehospitalaria (APH) y hospitalaria (AH). Los gestores de APH y AH de los municipios brasileños participaron en un estudio transversal (2020-2022), respondiendo a un cuestionario a través de la plataforma Redcap. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos. La tasa de respuesta fue del 2,3% de los municipios (n=128), 9 de los cuales eran capitales. Las capitales mostraron mejores resultados en todos los ítems evaluados. En APH móvil, el 82,8% de los municipios y el 100% de las capitales utilizan transporte propio para los pacientes. En las capitales, los servicios reciben y derivan más casos intersectorialmente (p-valor<0,05). En AH, las capitales utilizan más los protocolos (p=0,008) y el 40% de los gestores consideran que las camas son adecuadas a sus necesidades. La implementación de la directriz de Sistematización de la atención prehospitalaria fue buena en 59,4% de los municipios y 77,8% de las capitales, mientras que la de Asistencia interdisciplinaria a las víctimas fue regular en 45,1% de los municipios y buena en 75% de las capitales. A pesar de los avances en la implementación de la PNRMAV, es necesario fortalecer las redes de atención a urgencias/emergencias y optimizar los recursos disponibles.*

Palabras clave Accidentes, Violencia, Política de salud

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. adalpeixoto@yahoo.com.br

² Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Acidentes e violências constituem importantes causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, com expressiva magnitude e impacto na saúde da população, no curto, médio e longo prazo.

O número absoluto de mortes por causas externas (acidentes e violências) nas Américas atingiu 650.000 em 2019, com maior incidência entre os homens, sendo que a agressão interpessoal foi o principal agravado, destacando-se, também, os acidentes em estradas, automutilação, quedas e afogamentos¹. No Brasil, em 2023 foram autorizadas 1.468.434 internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), classificadas no grupo das lesões e traumas decorrentes de causas externas, o que representou 11,1% do total de hospitalizações por todas as causas. Desse total, destaca-se que 76% ocorreram por acidentes (de transporte, quedas e outros), 3,9% por violências (agressões, lesões autoprovocadas e intervenções legais) e 4,3% por sequelas de causas externas². Os dados de mortalidade mostram que, no mesmo ano de 2023 registraram-se 152.985 óbitos por causas externas, sendo 47% por acidentes, 39,7% por violências e 0,4% por sequelas de causas externas³.

Este cenário traz desafios singulares para o SUS, exigindo grande número de atendimentos ambulatoriais, transporte pré-hospitalar, internações, procedimentos cirúrgicos, terapia intensiva e reabilitação, com alto custo econômico para o sistema. Além do que é mensurável, existe o custo intangível derivado das sequelas físicas e emocionais, que atingem as famílias, as comunidades e, principalmente, jovens do sexo masculino, economicamente ativos e de cor da pele preta ou parda⁴.

Em função de sua magnitude e impacto, em 2001 estes agravos foram incorporados à agenda do Ministério da Saúde pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)⁵, com diretrizes que vão desde a prevenção e promoção da saúde, passando pelo fortalecimento da atenção primária, pré-hospitalar e hospitalar, e reabilitação, com o foco na intersetorialidade para a assistência às vítimas. A incorporação da PNRMAV no setor saúde foi decisiva para o planejamento do cuidado à saúde da população brasileira em distintos níveis de atenção no SUS, pois demanda recursos financeiros, humanos e tecnológicos especializados para seu atendimento⁶.

Os casos mais graves requerem atenção nos níveis pré-hospitalar (APH) e hospitalar (AH).

A APH envolve os seguintes componentes: 1) Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; 2) Atenção Básica em Saúde; 3) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; 4) Sala de Estabilização; 5) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas⁷. É decisiva para que as lesões sejam tratadas em tempo oportuno e as sequelas e os desfechos fatais sejam prevenidos. A APH é dividida em APH móvel que tem o objetivo de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma urgência ou emergência e APH fixo, realizado em unidades de menor complexidade como unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatoriais especializados, serviços de diagnóstico e terapias, mas também em urgências hospitalares⁸.

A AH oferta atenção de urgência e emergência e é composta pelas Portas Hospitalares de Urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e linhas de cuidados prioritários⁹. Os serviços hospitalares têm uma grande responsabilidade em detectar, atender, registrar e encaminhar, de forma segura e protetiva, os casos de acidentes e violências¹⁰.

Mesmo diante de avanços transformadores, ainda persistem desafios para a efetivação da organização dos serviços de APH e de AH para a atenção aos casos de acidentes e violências. Falta conhecimento sobre implementação, qualidade e efetividade dos processos instituídos.

Neste sentido, a avaliação de serviços atua como uma importante estratégia de diagnóstico e conhecimento, pois permite analisar intervenções, processos e resultados a partir de informações legítimas, visando potencializar o desempenho da gestão e favorecendo o processo de mudança, de tomada de decisões e a busca da qualidade¹¹. Desta maneira, este artigo tem o objetivo de analisar a implementação das diretrizes da PNRMAV sobre a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, assim como da assistência hospitalar aos casos de acidentes e violências em municípios brasileiros.

Método

Este trabalho analisa uma parte dos dados quantitativos, relativos aos serviços do nível pré-hospitalar e hospitalar, produzidos pelo estudo nacional "Pesquisa Avaliativa da Imple-

mentação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”, realizado de 2020 a 2022, que se baseia no referencial da pesquisa avaliativa¹²⁻¹⁵.

Entre julho e novembro de 2021, gestores municipais de saúde (ou seus representantes indicados) de todos os municípios brasileiros foram convidados a preencher um amplo questionário sobre a avaliação de implementação das diretrizes da PNRMAV⁵ por meio da plataforma Redcap. No presente artigo apresentam-se os dados relativos ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar aos casos de acidentes e violências.

Para o APH são analisadas informações sobre: natureza da gestão dos serviços, existência e suficiência do transporte de pacientes, recursos e insumos, integração entre APH e Atenção Primária, ações para atendimento dos casos de acidentes e violências de acordo com a modalidade da APH (fixo e móvel), e o tipo de atuação dos serviços da APH nos casos de acidentes e violências. No que diz respeito ao atendimento hospitalar, foram abordados: existência de centros de referência e leitos de UTI destinados aos casos, integração entre os serviços, uso de protocolos e rotinas para o atendimento às vítimas, suporte e acompanhamento das vítimas e aos autores de violência, fluxo pactuado para a articulação entre os serviços de saúde no atendimento aos casos e encaminhamentos à rede de proteção.

Foram realizadas análises descritivas dos dados quantitativos por meio da distribuição de frequências (bruta e relativa) segundo os municípios e capitais participantes e comparativas por meio do Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher, quando apropriado. Foi adotado o valor- $p \leq 0,05$ para verificação da significância estatística.

Para avaliar duas das diretrizes da PNRMAV⁵ que dizem respeito à atenção pré-hospitalar e hospitalar, indicadores avaliativos de implementação foram construídos a partir das questões consideradas mais representativas de cada diretriz e com base em estudos anteriores que avaliaram a implementação dessa Política^{16,17}. Os graus de implementação das diretrizes foram categorizados como: implementação *ruim* quando os municípios apresentaram pontuação no indicador composto da diretriz que representa percentual abaixo de 40%; implementação *regular* para os que se situam entre 40% e 70%; e *boa* para os que se localizam acima de 70%, com pequenas flutuações.

Foi construído um indicador composto para cada diretriz avaliada. Sobre a diretriz “Siste-

matização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar” o indicador incluiu sete itens: (1) o município possui/realiza transferência e transporte de pacientes; (2) existência de veículo de transporte sanitário ambulância do tipo B ou C ou D; (3) atendimento das necessidades do nível de atenção em relação à infraestrutura, equipamentos/materiais/insumos; (4) atendimento das necessidades do município para os casos de acidentes e violências; (5) existência de ações para a atenção pré-hospitalar aos casos de acidentes e violências; (6) atendimento e encaminhamento dos casos de acidentes e violências pela rede da atenção; e (7) efetividade e eficácia da Central de Regulação para atendimento aos casos de acidentes e violência. O indicador composto foi construído a partir da soma dos escores dos sete itens, em que sim=2 e não=1, sendo o escore total=14. A partir da pontuação apresentada, o desempenho de cada município nesta diretriz foi categorizada como *boa* para escore ≥ 10 , *regular* para escore ≥ 5 e < 10 e *ruim* para escore < 5 .

A diretriz “Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências” traz uma avaliação do atendimento hospitalar e seu indicador composto foi criado a partir da soma simples de 11 itens: (1) atendimento e encaminhamento dos casos de acidentes e violências pela rede do nível de atenção; (2) existência no município de programas da rede desse nível de atenção que atendem casos de acidentes e violências; (3) existência de atendimento especializado às violências pelo nível de atenção para agressores, crianças, adolescentes, idosos e mulheres; (4) ações de prevenção e atenção aos acidentes e violências nos serviços do nível de atenção; (5) frequência de adoção da linha de cuidado pelo nível de atenção, como estratégia de ação, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; (6) articulação intrasetorial do atendimento às vítimas de acidentes e violências com os serviços dos demais níveis da atenção; (7) frequência com que a internação hospitalar municipal às vítimas de acidentes e violência conta com infraestrutura, equipamentos/materiais/insumos que atendem às necessidades; (8) existência na rede hospitalar do município de centros ou serviços de referência especializados para pessoas em situação de violência ou que sofreram acidentes; (9) existência de serviços de urgência e emergência hospitalar municipal para atendimento dos casos de acidentes e violências; (10) existência na rede de atenção hospitalar municipal de ambulatórios especializados ou serviços de referência

para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual e de unidades que atendem à interrupção da gravidez prevista em lei e; (11) recursos humanos existentes no município para a atendimento e internação hospitalar dos casos de acidentes e violências. Para construir o indicador composto desta diretriz somaram-se os escores dos 11 itens, em que sim=2 e não=1, com escore total=22. A categorização do desempenho dos municípios nesta diretriz foi assim classificada: *boa* para escores ≥ 15 , *regular* para escore ≥ 7 e < 15 e *ruim* para escore < 7 .

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 Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A pesquisa contactou gestores municipais de saúde dos 5.570 municípios do país, dos quais 128 responderam (2,3%), sendo 14 da região Norte, 46 do Nordeste, 41 do Sudeste, 14 do Sul e 13 do Centro-Oeste. Do total de respondentes, 18,75% (n=24) eram de municípios com até 99.999 habitantes e 81,25% (n=104) de municípios com mais de 100 mil habitantes. Dentre esses últimos, encontram-se nove capitais (Araçaju, Belém, Brasília, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Porto Velho, Rio de Janeiro e Teresina).

Atendimento pré-hospitalar

Dos 128 municípios respondentes, 78,1% (n=100) informaram que entre os serviços da APH aos casos de acidentes e violências, prevalece a gestão municipal, 18% contam com serviços de gestão estadual, 9,4% com serviços geridos por consórcio intermunicipal, 6,2% pela rede privada conveniada com o SUS, 5,5% de gestão federal e 4,7% com serviços da rede privada. Entre as nove capitais respondentes, observou-se que 88,9% delas possuem serviços de gestão municipal, 44,0% de gestão estadual e 11,1% geridos por consórcio intermunicipal (dado não apresentado em tabela).

Entre as ações desenvolvidas para o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel aos casos de acidentes e violências observa-se que, no APH fixo, as capitais investiram mais em criar novos serviços, reorganizar os já existentes, ampliar leitos e consolidar o fluxo de atendimento, mas sem diferença significativa em relação ao con-

junto de municípios (Tabela 1). No APH móvel, as capitais conseguiram implementar mais que o conjunto dos municípios todas as ações pesquisadas, mas com diferença significativa apenas para reorganização dos serviços existentes (p=0,030) e ampliação dos recursos humanos (p=0,010) (Tabela 1).

O transporte de pacientes por meio de mecanismos próprios foi informado por 82,8% do total de municípios e por 100% das capitais participantes; 46,9% do conjunto de municípios e 55,6% das capitais se articulam com outros serviços fora da gestão municipal para este transporte de pacientes (dado não apresentado em tabela).

A ambulância tipo A, usada para o transportar pacientes sem risco de vida, remoções simples e de caráter eletivo é a mais citada por 71,1% do total de municípios e 88,9% das capitais. A ambulância tipo B, indicada para suporte básico de vida, ou seja, para transporte de pacientes com risco de vida desconhecido, está presente em mais da metade dos municípios participantes do estudo (66,4% do total e 77,8% nas capitais). Já as de tipo C que fazem o suporte avançado à vida estão presentes em 15,6% dos municípios e 33,3% das capitais; já as ambulâncias tipo D estão em 26,6% dos municípios e em 66,7% das capitais. Um percentual muito pequeno de municípios e de capitais informou contar com ambulância tipo E, que são as aeronaves (2,3% e 11,1% respectivamente); e as de tipo F que são embarcações (2,3% do total e 33,3% das capitais) (dado não apresentado em tabela).

Do total informado, 49,2% dos municípios e 88,9% das capitais possuem suporte ininterrupto para laboratório de radiologia; e 38,3% e 55,6%, respectivamente têm suporte para laboratório de patologia clínica. Articulação com a rede hospitalar por meio da Central de Regulação foi mencionada por 81,2% dos municípios e por 100% das capitais na APH (dado não apresentado em tabela).

Importante destacar que a integração entre os serviços APH e os da Atenção Primária é realizada “na maior parte das vezes ou quase sempre” por 57,8% dos municípios e por 62,5% das capitais que participaram do estudo (dado não apresentado em tabela).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 2, os serviços localizados nas capitais proporcionalmente recebem e encaminham mais, de forma intra e intersetorial, os casos de acidentes e violências. Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre as capitais que encaminham mais para o pronto socorro/

Tabela 1. Distribuição percentual de municípios e capitais com ações para atendimento aos casos de acidentes e violências nos serviços da Atenção Pré-Hospitalar (APH), segundo modalidade. Brasil, 2021.

Modalidade	Ações	Conjunto Municípios	Capitais	Valor-p
		(n=128)	(n=9)	
		n (%)	n (%)	
APH Fixo	Criação de novos serviços	34 (26,6)	4 (44,4)	0,247
	Reorganização dos serviços existentes	67 (52,3)	6 (66,7)	0,405
	Ampliação de leitos	38 (29,7)	3 (33,3)	0,817
	Ampliação de recursos humanos	55 (43,0)	3 (33,3)	0,572
	Ampliação de insumos	66 (51,6)	4 (44,4)	0,680
	Consolidação do fluxo de atendimento	72 (56,2)	6 (66,7)	0,542
	Integração entre os serviços do município	76 (59,4)	5 (55,6)	0,822
	Integração entre os serviços intermunicipais	61 (47,7)	3 (33,3)	0,405
APH Móvel	Criação de novos serviços	33 (25,8)	5 (55,6)	0,054
	Reorganização dos serviços existentes	52 (40,6)	7 (77,8)	0,030
	Ampliação de leitos	8 (6,2)	2 (22,2)	0,075
	Ampliação de recursos humanos	34 (26,6)	6 (66,7)	0,010
	Ampliação de insumos	47 (36,7)	6 (66,7)	0,075
	Consolidação do fluxo de atendimento	50 (39,1)	6 (66,7)	0,103
	Integração entre os serviços do município	56 (43,8)	6 (66,7)	0,182
	Integração entre os serviços intermunicipais	48 (37,5)	4 (44,4)	0,678

Fonte: Autoras.

Tabela 2. Distribuição percentual da atuação da Atenção Pré-Hospitalar dos municípios participantes em relação aos serviços da rede que atendem acidentes e violências. Brasil, 2021.

Serviços	Recebe e encaminha		Valor-p	
	Conjunto de municípios	Capitais		
	(n=128*)	(n=9)		
		n (%)	n (%)	
Unidade Básica de Saúde/Centro de saúde/Unidade de Saúde da família	107 (87,7)	8 (88,9)	0,917	
Pronto-socorro/UPA	66 (54,5)	9 (100,0)	0,007	
Serviço de Resgate	70 (58,8)	6 (66,7)	0,644	
Ambulatório especializado para pessoas em situação de violência	31 (25,8)	4 (44,4)	0,226	
Outros ambulatórios especializados (saúde mental, IST/Aids etc.)	80 (67,8)	9 (100,0)	0,042	
Hospital geral	77 (64,2)	8 (88,9)	0,131	
Emergência hospitalar	94 (77,7)	9 (100,0)	0,111	
Hospital especializado	26 (21,5)	7 (77,8)	<0,001	
Reabilitação	57 (48,3)	8 (88,9)	0,019	
Conselho Tutelar	101 (84,2)	8 (88,9)	0,706	
Vara da Infância e Juventude	57 (50,0)	6 (66,7)	0,336	
Centros de Defesa de Direitos	38 (33,0)	6 (66,7)	0,042	
Instituições de ensino (educação infantil a ensino superior)	53 (46,5)	6 (66,7)	0,243	
Delegacia Comum	86 (72,9)	6 (66,7)	0,687	
Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente	21 (18,1)	7 (77,8)	<0,001	
Delegacia de atendimento à Mulher	24 (20,5)	7 (77,8)	<0,001	
Delegacia de atendimento ao Idoso	15 (13,0)	6 (66,7)	<0,001	
Programas de assistência social	92 (79,3)	7 (77,8)	0,913	
Grupos de apoio (comunitário, autoajuda)	39 (33,6)	5 (55,6)	0,184	
ONG	28 (23,9)	6 (66,7)	0,005	
Igreja	51 (43,6)	6 (66,7)	0,180	

*O total variou de acordo com a resposta aos itens do questionário, girando entre 114 e 122. Os percentuais foram calculados em relação a essa variação de n.

Fonte: Autoras.

UPA e o conjunto dos municípios ($p=0,07$). O mesmo ocorre no caso dos ambulatórios especializados ($p=0,042$) e dos hospitais especializados ($p<0,001$) que orientam os pacientes para os serviços de reabilitação ($p=0,019$), para os centros de defesa dos direitos ($p=0,042$), para as delegacias de proteção à criança, adolescente, mulher e idoso ($p<0,001$) e para as ONG ($p=0,005$).

Atendimento hospitalar

A maior parte dos municípios participantes informou que os serviços de AH são constituídos por hospitais públicos municipais ou distritais (63,2%), seguidos por hospitais privados sem fins lucrativos que prestam serviço ao SUS (37,6%). Apenas 20,2% dos municípios informaram ter hospitais privados com fins lucrativos, o que é contrário ao observado nas capitais (75,0%). Todas as capitais informaram ter em sua rede hospitais públicos estaduais e municipais, e 87,5% referiram possuir hospitais privados sem fins lucrativos conveniados ao SUS (dado não apresentado em tabela).

Os serviços de referência para atendimento às vítimas de acidentes e violências estão mais presentes nas capitais participantes, se comparadas ao conjunto dos municípios, com diferença estatisticamente significativa para os serviços de referência no atendimento às pessoas que sofrem acidentes ($p=0,009$), aos leitos de UTI destinados ao atendimento de lesionados por essas causas ($p<0,001$), ao serviço que atende aborto legal ($p=0,005$) e ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica ($p=0,016$) (Tabela 3).

Todas as capitais participantes e menos da metade dos municípios relataram efetivamente utilizar protocolos e rotinas para o atendimento às vítimas de acidentes e violências ($p=0,008$) (Tabela 3).

Segundo a maioria dos participantes deste estudo, os profissionais que atuam na internação, nos serviços ambulatoriais hospitalares e na UTI não têm formação ou realizam cursos de educação permanente para atendimento aos casos de acidentes e violências. Nas capitais, o cenário é semelhante, embora o percentual dos que buscam essa formação para qualificar o atendimento seja maior. No entanto, apenas a formação dos profissionais da UTI para atendimentos aos acidentes foi estatisticamente diferente ($p=0,002$) (Tabela 3).

Um dos aspectos avaliados na pesquisa foi a percepção dos gestores acerca da frequência com que os leitos hospitalares existentes atendem às necessidades dos casos de acidentes e

violências. Aproximadamente 40% dos municípios acreditam que os leitos de urgência e emergência, os leitos hospitalares em geral, os leitos para adultos e pediátricos atendem às necessidades na maior parte das vezes ou quase sempre (dados não apresentados em tabela). Os municípios que informaram não possuir leitos de UTI de retaguarda e de UTI pediátrico são 79,1% do total, 72,2% não possuem UTI para adultos e 52,2% não contam com leitos psiquiátricos. Ao contrário, grande parte das capitais (acima de 70%) “na maior parte das vezes ou quase sempre” possuem leitos disponíveis que atendem aos vitimizados por acidentes e violências (dados não apresentados em tabela).

A integração entre os serviços pela gestão hospitalar municipal é feita “na maior parte das vezes ou quase sempre” em 60,7% dos municípios e em 83,3% das capitais. A integração intermunicipal ocorre “na maior parte das vezes” na metade dos locais participantes da pesquisa (dados não apresentados em tabela).

Em 48,6% dos municípios pesquisados “na maior parte dos casos ou quase sempre” é oferecido suporte e acompanhamento às vítimas de acidentes e violências, em 41,1% para suas famílias e em 30,2% para as equipes que realizam o atendimento. Os autores de violência são os que menos recebem suporte e acompanhamento, tanto nos municípios (34%), como nas capitais (50%) (Figura 1).

Síntese da avaliação

O resultado do cálculo do indicador composto da diretriz “Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar” mostrou que a maior parte dos municípios e capitais participantes informou boa implementação, com destaque para as capitais. Ao passo que a diretriz “Assistência interdisciplinar e intersectorial às vítimas de acidentes e de violências” se mostrou com implementação regular no conjunto dos municípios e boa em $\frac{3}{4}$ das capitais (Figura 2).

Discussão

Os resultados mostram que a implementação das duas diretrizes da PNRMAV que contemplam o atendimento pré-hospitalar e hospitalar pode ser considerada boa, para $\frac{3}{4}$ das capitais participantes. No entanto, quando se olha para o conjunto dos municípios, o desempenho foi distinto. Foi melhor na implementação da dire-

Tabela 3. Distribuição percentual da existência de centros/serviços de referência, protocolos e rotinas e formação dos profissionais para atenção aos casos de acidentes e violências na Atenção Hospitalar dos municípios e capitais participantes. Brasil, 2021.

Aspectos avaliados	Conjunto de municípios (n=128*)	Capitais (n=9**)	Valor-p
	n (%)	n (%)	
Centros/serviços de referência			
Para pessoas em situação de violência	26 (21,8)	4 (50,0)	0,070
Para pessoas que sofreram acidentes	26 (21,8)	5 (62,5)	0,009
Leitos de UTI para atendimento aos casos de acidentes e violências	15 (12,8)	5 (62,5)	<0,001
Unidades que atendem aborto legal	12 (10,9)	3 (50,0)	0,005
Centros de Informação e Assistência Toxicológica/CIAtox	24 (21,2)	4 (66,7)	0,016
Serviços de urgência e emergência	99 (85,3)	6 (85,7)	0,978
Central de Regulação dos leitos	60 (54,1)	4 (66,7)	0,545
Protocolos e rotinas			
Para atendimento aos acidentes e violências	47 (44,3)	6 (100,0)	0,008
Formação dos profissionais			
Da internação/serviços ambulatoriais hospitalares para atendimento às violências	34 (26,6)	4 (44,4)	0,247
Da internação/serviços ambulatoriais hospitalares para atendimento aos acidentes	41 (32,0)	5 (55,6)	0,149
Da UTI para atendimento às violências	9 (7,0)	2 (22,2)	0,105
Da UTI para atendimento aos acidentes	13 (10,2)	4 (44,4)	0,002

*O total variou de acordo com a resposta aos itens do questionário, girando entre 106 e 128. Os percentuais foram calculados em relação a essa variação de n. **O total variou de acordo com a resposta aos itens do questionário, girando entre 6 e 9. Os percentuais foram calculados em relação a essa variação de n.

Fonte: Autoras.

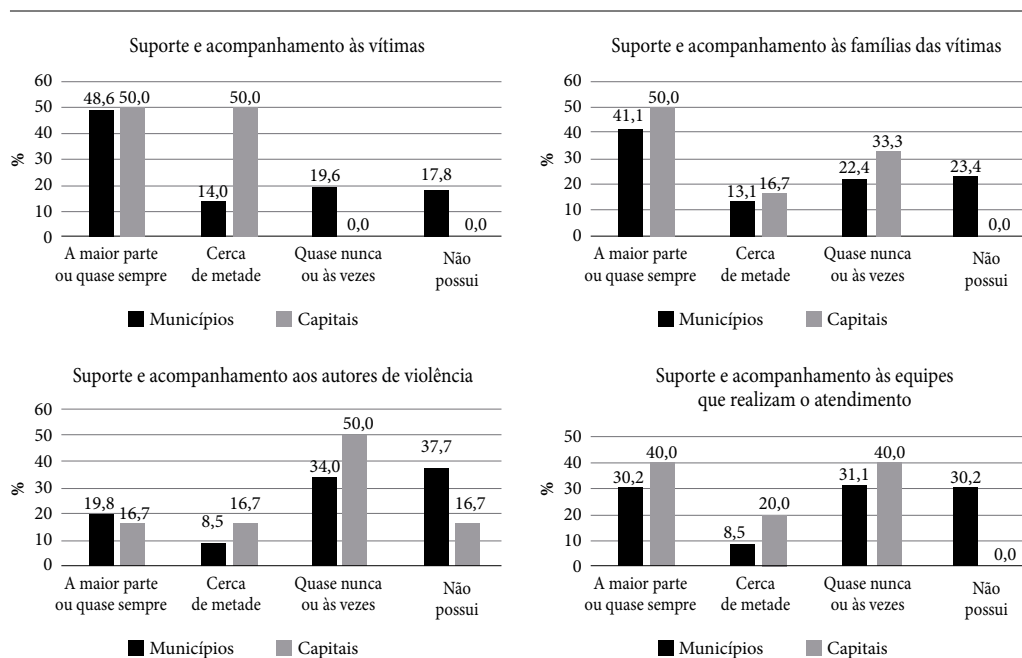


Figura 1. Distribuição percentual da frequência com que o suporte e acompanhamento realizado atendem às necessidades dos casos de acidentes e violências no total dos municípios e nas capitais participantes. Brasil, 2021.

Fonte: Autoras.

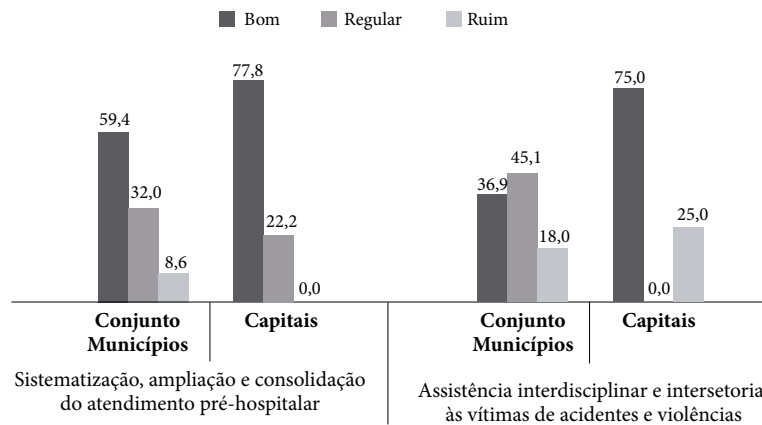


Figura 2. Indicador composto das Diretrizes avaliadas, segundo conjunto de municípios e capitais participantes da avaliação.

Fonte: Autoras.

triz “Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar” em que cerca de 60% dos participantes obtiveram boa avaliação. E pior na diretriz no que concerne à “Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências”: 45% com avaliação regular. Estes resultados refletem a dificuldade dos municípios no que se refere à implantação e ampliação da estrutura de serviços e à articulação entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção às vítimas.

No estudo anterior realizado em cinco capitais brasileiras sobre a implementação das diretrizes da PNRMAV¹⁶ a articulação interdisciplinar e intersetorial já era sinalizada como um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde dos níveis da APH e AH. As autoras concluíram àquela época que era necessário investir na articulação entre os serviços pré-hospitalares, principalmente na relação entre as unidades móveis e fixas com a atenção primária, que estava invisibilizada no atendimento às vítimas.

No presente estudo observou-se que nem sempre os serviços de atenção e proteção executam ações coordenadas de cuidado, com fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos e implementados, o que ficou evidente nos dados sobre as ações realizadas para atendimento aos casos e nos que mostram a articulação para recepção e encaminhamento das vítimas. Na atenção pré-hospitalar e hospitalar, esse aspecto se torna ainda mais complexo, dada a gravidade das lesões que chegam e as deficiências de meios e capacidade instalada nos municípios.

Ressalta-se o predomínio da gestão pública municipal nos serviços da APH e da AH para os casos de acidentes e violências. Sobre este ponto é interessante observar o que discutem Viana e Iozzi¹⁸ sobre a regionalização no sistema de saúde, apontando para uma forte concentração de serviços, recursos e tecnologias em municípios polo e com localização no litoral do país, evidenciando o imenso desafio para a integralidade da atenção no SUS. Essa heterogeneidade na distribuição dos recursos clama pela importância de investir recursos públicos na descentralização de serviços, equipamentos e cuidados, o mais possível, próximos aos usuários.

Sobre a cobertura da APH, principalmente móvel, observou-se uma predominância de ambulâncias de tipo A e B, que oferecem suporte básico à vida. A insuficiência de suporte avançado constitui um ponto de preocupação, uma vez que a maioria dos municípios participantes do estudo são de grande porte (acima de 100 mil habitantes). Em estudo sobre a evolução da cobertura da APH móvel, evidenciou-se que independente da complexidade dos meios oferecidos, 32,7% dos municípios brasileiros não estavam cobertos por este atendimento em 2019, sendo a região Norte a que tem maiores percentuais de municípios descobertos¹⁹. Em relação ao suporte oferecido por aeronaves e embarcações, é importante destacar que esses veículos são distribuídos conforme diversidade territorial e demanda²⁰. Embora se reconheça o alto custo de aquisição e manutenção desses equipamentos, o pequeno percentual de municípios que informa-

ram contar, por exemplo, com aeronaves aponta uma lacuna crítica nos casos de necessidades de salvamento em áreas de difícil acesso. Vale a pena destacar que as capitais são centros que recebem demandas das regiões metropolitanas que, geralmente, têm insuficiência do transporte para casos de lesões graves.

Apesar de terem sido avaliados com implementação regular na diretriz sobre “Assistência Interdisciplinar e Intersetorial às Vítimas”, a maioria dos municípios informou receber e conseguir encaminhar pacientes para serviços da rede de saúde e para outros setores como o de defesa dos direitos e assistência social. Essa constatação mostra um progresso em relação a avaliações anteriormente, em que os percentuais de serviços que recebiam e encaminhavam pacientes para outras instâncias não passavam de 50%^{21,22}.

Nos serviços hospitalares, é uma preocupação a insuficiência de leitos especializados, como os de UTI e leitos psiquiátricos. A carência desse tipo de leitos limita a capacidade de resposta a casos graves, o que é agravado pela avaliação de que os recursos disponíveis frequentemente não atendem às necessidades. Neste sentido, chama-se atenção para o fato de que, a cobertura da rede hospitalar brasileira para atendimento à infinidade de condições de saúde de alta complexidade é considerada média para 90,3% da população e baixa para 9,70%, com acessos distintos dependendo da região²³. Em relação aos leitos psiquiátricos, destaca-se que a Política de Atenção à Saúde Mental brasileira tem por princípio a desospitalização e preconiza a construção e fortalecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)²⁴, o que culminou em uma redução progressiva de leitos psiquiátricos. Nos casos em que cuidados contínuos em ambiente hospitalar está indicado, preconiza-se internações curtas em leitos psiquiátricos de hospitais gerais. Contudo, a implantação destes leitos esbarra em estigma, falta de estrutura adequada e capacitação de gestores e corpos clínicos assistenciais²⁵.

Outro desafio diz respeito às diferenças regionais e entre os próprios municípios em cada região. A pequena proporção de leitos de UTI nos municípios pode estar relacionada ao fato de que nem todos possuem unidades hospitalares. O parque hospitalar brasileiro é constituído em sua maioria por unidades de até 50 leitos, que apresentam ineficiências em termos organizacionais e de garantia de integralidade da atenção à saúde²⁶. Como discutido por Santos e Rodrigues²⁷, a maioria dos municípios brasi-

leiros são considerados de pequeno porte (mais de $\frac{2}{3}$ têm menos de 20 mil habitantes e quase 90% têm menos de 50 mil habitantes). Este contingente populacional é insuficiente para justificar a existência de um hospital geral que esteja apto a atender casos de emergência e realizar cirurgias, ou mesmo ter um ambulatório de especialidades. Os municípios nesta condição, só oferecem serviços de Atenção Primária e encaminham seus usuários para centros maiores, frequentemente distantes, dificultando e encarecendo o cuidado às vítimas²⁸. Este fato aponta para a necessidade de organizar a assistência de urgência e emergência com a lógica de redes regionais, que concentram recursos materiais e profissionais em polos que possam assistir os pacientes de forma qualificada. Tais redes deveriam contar com leitos de terapia intensiva em proporção adequada a sua dimensão, protocolos de triagem e de referência e contrarreferência, formas de regulação, serviços de apoio diagnóstico (patologia clínica e imagem) e profissionais qualificados^{29,30}.

É importante destacar que a violência e o cuidado decorrente de sua ocorrência, ganham visibilidade nos serviços de emergência e exigem agilidade do serviço de atenção¹⁰. Estratégias de cogestão e gestão participativa, constituição de equipes de referência, apoio matricial, dispositivos como a clínica ampliada e compartilhada e educação permanente estão previstas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Tais dispositivos permitem direcionar a prática de atenção hospitalar para o fortalecimento de processos que visem a humanização, integralidade do cuidado, ação intersetorial e olhar ampliado para o conceito de saúde³¹.

Quanto aos protocolos, os municípios parecem ter mais dificuldades de efetivamente utilizá-los no atendimento às vítimas de acidentes e violências. Considerando se tratar de uma tecnologia leve, o baixo percentual dos municípios que responderam implementá-los (44,3%) sinaliza dificuldades técnicas de organização dos serviços, o que pode implicar em perda de efetividade.

Na avaliação anterior, realizada em cinco capitais, a maioria dos serviços hospitalares informou dispor de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências, porém, embora esses instrumentos estivessem disponíveis às equipes, poucos profissionais realmente os utilizavam³². Constata-se a permanência dessa mesma dificuldade 15 anos após os resultados do primeiro diagnóstico. No entanto, é sabido que a observância aos protocolos ajuda na ges-

tão da superlotação dos serviços de urgência, na redução do tempo de permanência dos pacientes, no tempo de tomada de decisão médica e nas exigências de exames diagnósticos. Ainda, evitar atrasos na analgesia e antibioticoterapia, com consequente aumento da segurança, redução de custos e da mortalidade³³⁻³⁵.

Assim como observado para os protocolos, a pouca ou nenhuma assistência aos autores de violência foi novamente identificada na presente avaliação (37,5% dos municípios não realizam). Na avaliação anteriormente realizada sobre o atendimento aos idosos agredidos, apenas 13,7% dos serviços pré-hospitalares realizavam acompanhamento dos autores de violência²¹.

No caso da rede hospitalar, observam-se baixas proporções de municípios que oferecem formação aos profissionais que atuam no setor, sendo um pouco mais frequente as orientações sobre como cuidar dos acidentados que das vítimas de violência. Essa parece ter sido uma ação que ficou preterida ao longo do tempo, pois na avaliação de anos atrás, 82% dos serviços pesquisados informaram realizar alguma atividade nesse sentido²².

Como limitações do presente estudo, podem ser citadas: 1) a resposta de apenas 2,3% dos municípios brasileiros convidados para o estudo, o que reflete o contexto sanitário do período. A coleta de dados da pesquisa ocorreu num momento de quebra de vínculos e adaptação dos serviços para fazer frente às demandas da grave emergência de saúde pública, a pandemia de COVID-19. 2) as dificuldades inerentes ao estudo transversal, que impossibilita o estabelecimento de relação causal entre os eventos investigados. No que se refere ao número de municípios e capitais que participaram do estudo, a baixa taxa de resposta pode revelar ainda um contexto de importantes desafios para o atendimento aos acidentes e violências no país, e ao teor do próprio tema, nunca bem aceito no contexto biomédico, além de refletir o contexto sanitário do período. Tudo isso contribuiu para

uma baixa taxa de resposta e dificultou o delineamento de um cenário mais representativo do país, embora o estudo tenha contado com a participação de municípios de todas as cinco macrorregiões.

Considerações finais

Os resultados apresentados neste estudo dão pistas de avanços, mas também dos desafios que precisam ser enfrentados para a melhoria do atendimento às vítimas de acidentes e violências no país. O melhor cenário de implementação de todos os itens avaliados se observa nas capitais, em ambas as diretrizes relativas à APH e à AH. Os dados mostram a necessidade de fortalecimento dos arranjos regionais em relação a recursos materiais e profissionais, articulação de processos, elaboração de protocolos e regulação, de modo a atender também aos municípios de pequeno porte e sem condições de cumprir os requisitos para a implantação de estrutura própria, tanto em nível pré-hospitalar móvel e fixo e hospitalar.

Além dos arranjos regionais, os pontos mais críticos e com menor nível de implementação observados dizem respeito à referência e contrarreferência e à articulação intra e intersetorial para garantir resolutividade e integralidade da assistência às pessoas atingidas por causas de morbidade e mortalidade tão relevantes.

Sugere-se como medidas importantes a serem tomadas, considerando os resultados observados, a otimização da regionalização dos serviços, com fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos, pactuação de fluxos com a rede ampliada de proteção, aumento do número de serviços que realizem o aborto legal nos municípios que possuem capacidade hospitalar para isso, maior ênfase na formação de profissionais de UTI para atendimento às violências e acidentes e suporte e acompanhamento para as equipes que realizam esse atendimento.

Colaboradores

AP Ribeiro, GL Oliveira e JQ Avanci contribuíram na concepção, no delineamento, análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final. AM Silveira contribuiu na redação do artigo e aprovação da versão final; todas as autoras realizaram a revisão crítica e a aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Pan American Health Organization (PAHO). *Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes*. Washington, D.C.: PAHO; 2024.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. *Morbidade Hospitalar do SUS* [Internet]. [acessado 2024 set 2]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus>.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. *Estatísticas Vitais* [Internet]. [acessado 2024 set 2]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Atlas da violência 2023*. Brasília: Ipea, FBSP; 2023.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (PNRMAV). *Diário Oficial da União* 2001; 18 maio.
6. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). *Cien Saude Colet* 2023; 2(6):1598.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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; 8 jul.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*; 2002.
9. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
10. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):81-94.
11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
12. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pienault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizador. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
13. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
14. Scriven M. Metaevaluation. In: Mathison S, organizer. *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks: Sage; 2005.
15. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711.
16. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

17. Souza ER, Correia BSC. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2753-2762.
18. Viana ALA, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00022519.
19. Malvestio MAA, Sousa RMC. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Cien Saude Colet* 2022; 27(7):2921-2934.
20. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):e00043716.
21. Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2775-2786.
22. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CR-BSF, Krempel M, Cavalcanti ML, Lima MLC, Moysés SJ, Leal ML, Carmo CN. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):385-396.
23. Chaves AC, Andrade EIG, Santos AF. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. *Cien Saude Colet* 2024; 29(6):e18392022.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
25. Echebarrena RC, Silva PRF. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 3):223-234.
26. Carpanez LR, Malik AM. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Cien Saude Colet* 2021; 26(4):1289-1298.
27. Santos DL, Rodrigues PHA. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. *Saude Debate* 2014; 38(103):744-755.
28. Rodrigues PHA, Santos IS. *Gestão Municipal*. Rio de Janeiro: FGV Management; 2011;
29. Torres SFS, Belisário SA, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saude Soc* 2015; 24(1):361-373.
30. Souza FEA, Nune, EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Lazarini FM. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. *Saude Soc* 2019; 28(3):143-156.
31. Moreira TNC. *A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à Violência contra Criança* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2022.
32. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1641-1649.
33. Parenti N, Reggiani ML, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(7):1062-1069.
34. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(3):e20201361
35. Soster CB, Anschau F, Rodrigues NH, Silva LGA, Klafke A. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. *Rev LatinoAm Enferm* 2022; 30:e3511.

Artigo apresentado em 15/09/2024

Aprovado em 03/10/2024

Versão final apresentada em 05/10/2024

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