

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde

34

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde

No Brasil, os acidentes e a violência configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. No âmbito governamental, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência é o instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adotando como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e às causas intencionais – agressões e lesões autoprovocadas – que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Sabidamente, os acidentes e a violência resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.

Por ser fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, assume-se como *violência* o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros – por exemplo: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional.

Acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais. Assume-se que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais.

Ao se analisar o problema dos acidentes e da violência sob o prisma dos segmentos populacionais observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências quanto às suas características e circunstâncias.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens (faixa etária de 0 a 24 anos de idade) tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e violência. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica: acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extradomiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e violência domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extradomiciliar (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na

comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios, bem como a violência auto-infligidas, como a tentativa de suicídio).

Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios. Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas, aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos, principalmente com crianças e idosos, são passíveis de prevenção por intermédio de orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar e elaboração e ou cumprimento de leis específicas. A violência doméstica representa grande desafio, pois seu diagnóstico é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. Sua gravidade manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violência passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral. A partir de então, representam cerca de 15% dos óbitos registrados, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996/97, os acidentes e a violência foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais – são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violência.

A concentração dos acidentes e violência é visivelmente mais clara nas áreas urbanas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora sua gênese e manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Aí são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as víti-

mas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à auto-agressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem se observando um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem – de 20 a 24 anos – é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes de trabalho e de trânsito, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações para Internação Hospitalar – AIHs – mostram que em 1996 foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS – com preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade.

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em consequência dos mesmos – o que correspondeu a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade – 22,6 por 100.000 habitantes – foi 40% maior do que a encontrada em 1977.

Em relação aos homicídios, as taxas disponíveis revelam uma realidade preocupante. A partir de sua análise, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. Nessa faixa etária detectam-se mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras não devidamente investigadas, podendo decorrer de maus-tratos.

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. Atualmente, cerca de 7 em cada 10 adolescentes morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 a 19 anos passou de 93,7 para 128,2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca de 37%.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias como as DST, a Aids, o aborto e a gravidez não-planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional. A isso acresça-se o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, a violência física e a sexual são os eventos mais freqüentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior freqüência, maridos, companheiros e parentes próximos

– dados de 1998 indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos (pessoas a partir dos 60 anos de idade) dizem respeito às ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, à ausência de ações que lhes são devidas –, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança.

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de estudos realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos (quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões) são muito freqüentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico (e outros) quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e a violência com freqüência não são corretamente diagnosticados, em vista da falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, des-

crédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

No Brasil, o impacto econômico representado pelos acidentes e pela violência pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, gastou-se R\$ 232.376.613 - o que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações.

Como se depreende, os acidentes e a violência configuram problema de grande magnitude. Por envolver diferentes fatores, seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, segmentos sociais e da população em geral.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde.

Princípios básicos

- A saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde;
- e a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde, considerando, especialmente, a sua finalidade - o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersectorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Ainda, define diretrizes para o setor, identifica responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões e prioriza as medidas preventivas - sob o enfoque de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e abrangência na proteção da população.

Assim, seu propósito fundamental é a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

Diretrizes

Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral - e da mídia em parti-

cular - para a importância dos acidentes e da violência, bem como o reforço das ações intersectoriais relacionadas. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias - por exemplo, implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde" - que considerarão as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo sua participação na reivindicação, proposições e acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes, violência e seus fatores de risco, como uso de drogas, armas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirá medida essencial para a promoção de comportamentos não-violentos.

Monitorização da ocorrência de acidentes e de violência

Compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violência.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades. Nesse sentido, promover-se-á o registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e da violência relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza, tipo de lesões e causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos.

Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de Atendimento Pré-Hospitalar será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Além disso, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrên-

cia de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de modo que se possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes – visando a proteção das vítimas – e acompanhar os casos identificados.

A assistência às vítimas de acidentes e de violência deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Serão definidas unidades de atendimento para emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor plethora nos serviços de alta complexidade.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação.

Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes fixadas, destacando, em especial: promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas; criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde; complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC; promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado – homologado pelo MEC – para a formação de socorristas, voltados ao atendimento pré-hospitalar; capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violência, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional.

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e à violência constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

Responsabilidades institucionais

A redução da morbimortalidade por acidentes e violência no País – propósito desta Política Nacional – requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – elementos capazes de refletir decisivamente na redução dos acidentes e da violência no País.