

# ACIDENTES E VIOLÊNCIAS, VULNERABILIDADE E FORTALECIMENTO DA REDE DE PROTEÇÃO: MORBIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE SOROCABA, SÃO PAULO, BRASIL

ACCIDENTS AND VIOLENCE, VULNERABILITY AND STRENGTHENING THE SAFETY NET: MORBIDITY AND MORTALITY IN THE CITY OF SOROCABA, SÃO PAULO, BRAZIL

Rosana Maria Paiva dos Anjos<sup>1</sup>, José Mauro da Silva Rodrigues<sup>2</sup>, Mauro Paiva Rodrigues<sup>3</sup>, Fernanda Soares Simoneti<sup>4</sup>, Larissa Olm Cunha<sup>4</sup>

## RESUMO

Os acidentes e violências são problema de saúde pública e suas notificações fundamentais para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Objetivo e Método: o presente estudo objetivou caracterizar a mortalidade por acidentes e violências no município de Sorocaba, considerando as informações do banco de dados do SIM, Sistema de Informação de Mortalidade, construídas a partir das Declarações de Óbito, tendo como referência os dados do DATASUS e as ações preconizadas pela PNRM, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde. Resultados: em Sorocaba o número de óbitos por causas externas permaneceu mais ou menos constante nos anos de 2008 a 2012, com o maior risco de morrer devido a causas externas no sexo masculino. Especificamente no ano de 2012 no grupo “Acidentes de transporte e atropelamentos” apresentaram maior risco para o óbito pessoas com 60 anos ou mais. No grupo “Agressões por disparo por arma de fogo” mostraram maior vulnerabilidade os adultos e jovens entre 20 e 39 anos de idade. Conclusão: no levantamento das iniciativas para a prevenção e para o atendimento às vítimas dos acidentes e violências, tendo como norte a PNRM, verifica-se que Sorocaba muito tem a oferecer em sua rede de proteção e assistência às vítimas de violências e suas famílias, mas falta otimizar suas articulações e parcerias para o trabalho integrado em equipe matricial. Também o sistema de notificação necessita ser aprimorado, ampliado e capacitado para ampliar o vínculo das equipes profissionais e intersectoriais envolvidas.

Descritores: acidentes; violência; notificação; mortalidade; estudo sobre vulnerabilidade.

## ABSTRACT

Accidents and violence are a public health problem and their reports are fundamental to the definition of public policies for prevention and health promotion. This study aimed to characterize mortality from accidents and violence in the city of Sorocaba, considering the information obtained in the SIM, Mortality Information System database, built from the death certificates, with reference to the data available in DATASUS and the actions recommended by the Morbidity and Mortality Reduction National Policy of Injuries and Violence, of the Ministry of Health. In Sorocaba, the number of deaths from external causes remained more or less constant from 2008 to 2012. The risk of dying due to external causes was higher in males throughout this period. Specifically in 2012, the assessment in “traffic and pedestrian accidents at risk for death, are persons aged 60 or more. In the group characterized by “attacks by shooting with firearms,” showed most vulnerable people in the age group 20 - 39 years old. In the survey of the initiatives for the prevention and care

for victims of accidents and violence, with the north the PNRM, it appears that the city of Sorocaba, has much to offer in its network of protection and assistance to victims of violence and their families but lack optimize your joints and partnerships, the work integrated in matrix team. In addition, the reporting system needs to be enhanced, enlarged, with better training and bond teams.

Key-words: accidents; violence; notification; mortality; vulnerability study.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes e violências são problema de saúde pública e suas notificações são fundamentais para a vigilância e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Entende-se que são problemas de saúde mais relevantes na atualidade, não apenas por sua magnitude, abrangência e tendências de incremento, mas também por sua vulnerabilidade a medidas de intervenção e por suas repercussões em diversas áreas da sociedade. Nessa perspectiva, são fenômenos complexos, desencadeados por múltiplos fatores e que, portanto, devem ser investigados, inseridos no contexto dos envolvidos e características diversas que reflatam as circunstâncias que envolveram a ocorrência, o meio cultural, o momento histórico e o impacto vividos pelos participantes no evento estressor. A descrição do que é acidente violento dentro de um modelo narrativo fica atrelado a um determinado contexto.<sup>1,2</sup>

Os acidentes e violências impõem uma carga negativa na qualidade de vida das pessoas. A saúde pública compete zelar por comunidades seguras e sadias, estabelecendo planos e políticas nacionais para prevenir os acidentes e violências, realizando parcerias entre os vários setores e assegurando dotação de recursos para as ações preventivas. Embora a liderança da saúde pública não tenha governabilidade e suficiência para conduzir todas as ações para prevenir e reagir aos acidentes e violências, as autoridades e líderes têm um papel relevante nesse âmbito. Os dados existentes no acervo da saúde pública e outras agências, as visões e a compreensão obtidas por intermédio do método científico e a dedicação no sentido de encontrar respostas verdadeiras são contribuições importantes frente às reações globais contra os acidentes e a violência.<sup>2,4</sup>

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 2, p. 62 - 68, 2015

1. Professora do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

3. Médico Estagiário do Centro Médico - Diagnóstico por Imagem

4. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 27/2/2015. Aceito para publicação em 26/5/2015.

Contato: rmpanj@igmail.com

Visto que as causas externas causam grande impacto no bem-estar e nas condições de saúde da população devido a sua vulnerabilidade e transcendência, pois atingem um número muito maior de pessoas que aquelas que se encontram diretamente envolvidas nos casos de acidentes e violências. Seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas. Apesar disso, somente nas últimas décadas essas questões no Brasil vêm recebendo atenção especial em pesquisas e nos planos de enfrentamento e intervenção.<sup>5-9</sup>

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - e suas secretarias e grupos técnicos, tanto na área da vigilância como na assistência, que vêm a seu tempo publicando normas e orientações de procedimento para atenção à questão sob a ótica do SUS - Sistema Único de Saúde.

Destacam-se entre essas construções, por seu potencial para sensibilizar e orientar os gestores municipais para normas para atenção aos acidentes e violências no SIM, Sistema de Informações sobre Mortalidade, e no SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, os editais para projetos de núcleos de prevenção e outras ações para o enfrentamento de violências e acidentes.<sup>10,11</sup>

No monitoramento dos acidentes e violências para fins de vigilância epidemiológica, até o ano de 2006 era possível conhecer o perfil das violências ocorridas no País apenas por meio da verificação de dados através da DO, Declaração de Óbito, e da Autorização de Internação em Hospitais Públicos ou AIH, Autorização de Internação Hospitalar, fornecidos, respectivamente, pelo SIM e SIH/SUS, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.<sup>13-16</sup>

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema VIVA, Vigilância de Violências e Acidentes, no SUS, tendo como um dos componentes o da vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), com o objetivo de gerar informações e caracterizar essas situações em diferentes regiões do País.<sup>16,17</sup>

Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e acidentes e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito dessas ações e como estratégia na vigilância à saúde.<sup>18</sup>

O setor de saúde sozinho não pode assumir a responsabilidade no combate aos acidentes e violências, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento dos problemas, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas, no modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar para o trabalho em equipe matricial.<sup>18,19</sup>

Em Sorocaba/SP, o sistema de notificação VIVA foi implantado em 2006. Em 2008, a notificação foi ampliada aos outros serviços de emergência e urgência, mas é ainda muito subnotificado e sem o envolvimento total da rede municipal de assistência às violências e aos acidentes.<sup>20</sup>

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão dos acidentes e violências, a determinar a necessidade de investimentos em

núcleos de assistência e de vigilância e ainda permite o conhecimento da dinâmica dos eventos estressores. Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.<sup>21-24</sup>

O presente estudo tem por objetivo efetuar um diagnóstico situacional sobre acidentes e violências em Sorocaba, com base no SIM e DATASUS, Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde,<sup>25-27</sup> e também uma verificação das iniciativas para a prevenção e para o atendimento das vítimas dos acidentes e violências, tendo como norte o que é preconizado pela PNRMAV do Ministério da Saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo da mortalidade por acidentes e violências ocorridos em Sorocaba, com pesquisa de recursos locais, serviços e ações destinados ao atendimento e prevenção das vítimas, segundo o preconizado pela PNRMAV. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Na primeira etapa, os dados de mortalidade foram levantados através do SIM, que é alimentado pela DO. A responsabilidade pela emissão da DO é do médico, conforme prevê o artigo 115 do Código de Ética Médica, Artigo 1º da Resolução nº 1.779/2005 do Conselho Federal de Medicina e a Portaria SVS nº 116/2009.

Para o cálculo das taxas de mortalidade foi considerado como numerador o número de mortes e como denominador a população dos censos de 2000 e 2010 (IBGE) e estimativas populacionais intercensitárias: 2001-2009 e 2011-2012, obtidas através da TABNET, Informações em Saúde, Demográficas e Socioeconômicas, utilizadas na publicação "Saúde no Brasil - 2012", segundo faixa etária e sexo. Assim, para um diagnóstico situacional foram consolidadas as informações segundo variáveis pertinentes, sendo estabelecidas as taxas de risco ao evento, incidentes para as causas externas de acidentes, agressões e outras, calculadas por 100.000 habitantes.

## RESULTADOS

Em Sorocaba existem 1.656 registros de óbito levantados no período entre 2008 e 2012. Na análise realizada, o risco de morrer em Sorocaba por causas externas no período estudado de cinco anos, variou de 61,0 a 53,7 por 100.000 habitantes. Na verificação mais detalhada entre as variáveis e o desfecho (morte) foi destacado o ano de 2012, com 330 registros de óbito e um coeficiente de mortalidade de 54,6 por 100.000 habitantes, sendo que o sexo masculino apresentou um maior risco de morte (84,6) que o sexo feminino (25,8) por 100.000 habitantes (Tabela 1).

A tabela 2 mostra que em Sorocaba, no ano de 2012, os acidentes de transporte foram numericamente e proporcionalmente maiores que as agressões. Por acidentes de transporte ocorreram 110 óbitos (33,3%) e por agressões 71 óbitos (21,5%) do total de 330 óbitos. Também o risco de morrer, apresentado pelo coeficiente de mortalidade, é maior nos eventos de transporte que na violência interpessoal

(18,1 e 11,7 por 100.000 habitantes, respectivamente).

A tabela 3 detalha a tabela anterior, demonstrando através de coeficientes, faixas etárias e sexo, o maior risco de morrer no grupo de causas externas. Nos “acidentes de transporte”, o grupo que apresenta maior coeficiente de mortalidade é o do sexo masculino, na faixa etária dos 70 aos 79 anos de idade (80,7/100.000 habitantes), seguido das faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, com 46,1 e 42,6 por 100.000 habitantes, respectivamente. No grupo “outras lesões acidentais”, na faixa etária dos 80 anos ou mais, tanto no sexo masculino como no feminino, os coeficientes são alarmantes: 312,6 e 152,6 por 100.000 habitantes, respectivamente. No item “agressões”, os coeficientes também são muito altos no sexo masculino e nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos: 46,6 e 42,6 por

100.000 habitantes.

Na tabela 4 temos os dados relacionados às pessoas que faleceram vítimas de atropelamento, onde os coeficientes apontam uma concentração de morte para o idoso do sexo masculino. Os maiores coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes são: 17,1 na faixa etária de 60 a 69 anos, 50,7 na faixa etária de 70 a 79 anos e 28,4 para 80 ou mais anos de idade.

A tabela 5 mostra que na morte por agressão a arma de fogo foi o instrumento mais utilizado, ocasionando 50 dos 330 óbitos (15,1%) em Sorocaba, no ano de 2012, ceifando vidas principalmente nas faixas etárias produtivas da população. Mostrou um coeficiente de mortalidade de 26,6 por 100.000 habitantes na faixa etária de 20 a 29 anos e de 36,5 por 100.000 habitantes na faixa etária de 30 a 39 anos.

Tabela 1. Óbitos por causas externas de acordo com gênero [número e coeficiente\*], município de Sorocaba, período de 2008 a 2012.

ANO	SEXO MASC.	CM*	SEXO FEM.	CM*	TOTAL	CM*
2008	270	97,1	66	22,8	336	59,2
2009	260	92,1	50	16,9	310	53,7
2010	282	98,2	76	25,3	358	61,0
2011	263	90,3	59	19,3	322	54,0
2012	250	84,6	80	25,8	330	54,6
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>92,4</b>	<b>331</b>	<b>22,1</b>	<b>656</b>	<b>56,5</b>

\* Coeficientes por 100.000 habitantes

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 2. Distribuição da mortalidade por causas externas específicas [número, proporção e coeficiente]. Município de Sorocaba, ano 2012.

CAUSAS EXTERNAS ESPECÍFICAS	Nº	%	Coef.*
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>	<b>54,5</b>
Acidentes de transporte	110	33,3	18,1
Outras causas externas de lesões acidentais	87	26,3	14,3
Agressões	71	21,5	11,7
Lesões autoprovocadas voluntariamente	32	9,6	5,2
Eventos cuja intenção é indeterminada	21	6,3	3,4
Complicações assistência médica e cirúrgica	9	2,7	1,4

\* Coeficientes por 100.000 habitantes

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 3. Acidentes de transporte, agressões e outras causas externas de lesões acidentais: distribuição da mortalidade segundo coeficientes relacionados às principais causas externas específicas.

TIPOLOGIA	ACIDENTES DE TRANSPORTE			AGRESSÕES			OUTRAS LESÕES ACIDENTAIS		
	Coeficiente*			Coeficiente*			Coeficiente*		
FAIXA ETÁRIA	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
< 1 ano	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	29,1	14,2
1 a 4 anos	0,0	7,2	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	3,6
5 a 9 anos	0,0	5,3	2,5	0,0	0,0	0,0	10,1	5,3	7,8
10 a 14 anos	7,2	12,9	16,9	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	2,1
15 a 19 anos	12,5	8,4	10,5	16,7	8,4	12,6	25,1	0,0	12,6
20 a 29 anos	46,1	3,6	25,2	35,5	1,8	18,9	5,3	3,7	4,5
30 a 39 anos	42,6	1,9	3,5	46,6	1,9	23,9	12,2	3,9	8,0
40 a 49 anos	26,3	6,6	16,1	26,3	2,2	13,8	21,6	2,2	11,6
50 a 59 anos	24,4	-	11,5	15,2	2,7	8,6	33,6	5,5	18,8
60 a 69 anos	39,9	14,5	26,2	5,7	0,0	2,6	22,8	14,6	18,4
70 a 79 anos	80,7	40,4	57,1	11,5	0,0	4,7	57,7	48,6	52,3
80 e mais	28,4	0,0	9,9	0,0	0,0	0,0	312,6	152,6	208,5
<b>Total</b>	<b>30,1</b>	<b>6,7</b>	<b>18,1</b>	<b>22,0</b>	<b>1,9</b>	<b>11,7</b>	<b>19,6</b>	<b>9,4</b>	<b>14,4</b>

\* Coeficientes por 100.000 habitantes

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 4. Óbitos por atropelamentos: pedestre atropelado [Categoria CID10: V01-V09], registrados no município de Sorocaba, ano 2012.

Faixa etária	Coeficientes*		
	Masc.	Fem.	Total
1 a 4 anos	0,0	7,2	3,6
10 a 14 anos	8,3	0,0	4,2
15 a 19 anos	4,2	0,0	2,1
20 a 29 anos	5,3	0,0	2,7
30 a 39 anos	4,1	0,0	2,0
40 a 49 anos	9,6	0,0	4,6
50 a 59 anos	9,2	0,0	4,3
60 a 69 anos	17,1	9,7	13,1
70 a 79 anos	57,7	32,4	42,8
80 anos e mais	28,4	0,0	9,9
<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>2,3</b>	<b>5,1</b>

\* Coeficientes por 100.000 habitantes

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 5. Mortalidade por agressão por disparo por arma de fogo por sexo e faixa etária [frequência, porcentagem e coeficiente\*]. Município de Sorocaba, ano 2012.

Faixa Etária	MASCULINO			FEMININO				TOTAL	
	Nº	%	Coef.*	Nº	%	Coef.*	Nº	%	Coef.*
15 a 19 anos	4	8,0	16,7	2	4,0	8,5	6	12,0	12,6
20 a 29 anos	15	30,0	26,6	1	2,0	1,8	16	32,0	14,4
30 a 39 anos	18	36,0	36,5	0	0,0	0,0	18	36,0	18,0
40 a 49 anos	8	16,0	19,2	0	0,0	0,0	8	16,0	9,2
50 a 59 anos	2	4,0	6,1	0	0,0	0,0	2	4,0	2,9
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>94,0</b>	<b>15,9</b>	<b>3</b>	<b>6,0</b>	<b>1,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>

\* Coeficientes por 100.000 habitantes

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

## DISCUSSÃO

No município de Sorocaba, com uma população próxima de 600.000 habitantes, os números de óbitos por causas externas têm permanecido mais ou menos constante nos cinco anos observados (2008 a 2012). O risco de morrer devido a causas externas foi maior no sexo masculino em todo esse período.

Na avaliação detalhada e específica para 2012, os acidentes de transporte apresentaram maior risco para o óbito que a violência interpessoal nas notificações realizadas no ano de 2012. Se considerado o sexo e a faixa etária, na situação “acidente de transporte”, o grupo que sofre maior risco são os idosos, com coeficiente de mortalidade de 80,7 na faixa etária de 70 a 79 anos, mais os da faixa etária de 60 a 69 anos de idade, com risco de morrer de 39,9 por 100.000 habitantes, acrescidos dos com 80 ou mais anos de idade, que apresentaram coeficiente de 28,4. Também no quesito “atropelamento” foram essas mesmas faixas etárias que mostraram uma concentração de óbitos.

Constatou-se, também, que por “outras causas de lesões acidentais”, nas “quedas”, sejam de cadeira de rodas, leito, cadeira, outra mobília, escadas, degraus ou quedas sem especificações, o coeficiente de mortalidade foi igual a 158,8 por 100.000 habitantes na população de 80 anos ou mais em ambos os sexos.

Na mortalidade por situações de violência, as “agressões por disparo de arma de fogo” mostraram maior vulnerabilidade os residentes em Sorocaba do sexo masculino, jovens e adultos, com 50 mortes registradas no ano de 2012, com coeficientes de mortalidade de 26,6 e 36,5 por 100.000 habitantes para as faixas etárias de 20 a 29 anos de idade e 30 a 39 anos, respectivamente. Também foi verificado que os “acidentes de transporte” em motociclistas com traumatismos, do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, estão 53,8% das 30 mortes anuais registradas em Sorocaba no ano de 2012, com coeficiente de mortalidade de 24,8 por 100.000 habitantes.

No levantamento das iniciativas para a prevenção e para o atendimento às vítimas dos acidentes e violências no município de Sorocaba, tendo como norte o que é preconizado pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a partir de suas diretrizes, verifica-se que em relação à:

### 1. Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis

- São exemplos de estratégias adotadas diversos programas que envolvem diferentes secretarias municipais em parceria com a saúde, como “Escola Saudável”, “GerAções”, “Fazendo o Futuro”, “Caminhada”, “Amigo da Família” e “Prefeito Amigo”. Outra frente de trabalho tem sido de competência da URBES Trânsito e Transportes, que cuida do trânsito da cidade e trabalha em educação permanente no trânsito com campanhas como “Trânsito Gentil, Vida Melhor”. Embora todos reconheçam a relevância das ações de prevenção e promoção, muito ainda necessita ser investido neste sentido para a adequada reeducação no trânsito de pedestres e motoristas.

### 2. Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências

- O adequado monitoramento dos acidentes e violências é fundamental para subsidiar e desenvolver ações em acordo com a realidade local. Existe necessidade de aumento de cobertura dos sistemas de informação e melhor qualificação dos dados nos registros de mortalidade e morbidade, com capacitação e mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, principalmente nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências. O sistema de registro sobre acidentes e violências - nos três níveis de atenção - é ainda pouco fidedigno e pouco eficiente. Ocorrem limitações, como o subjetivismo com que muitos profissionais registram os fatos ou o puro e simples descaso na notificação. A implantação de um serviço específico na vigilância à saúde municipal evitaria informações fragmentadas, uniformizaria os instrumentos e fluxo de coleta dos dados para uma análise adequada, com a visão do conjunto, podendo, assim, promover ações de controle mais efetivas no âmbito municipal e estimular as ações que são dos gestores do nível estadual ou federal.

### 3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

- A rede de urgência e emergência conta com três Pronto Atendimentos (PAs), duas Unidades Pré-Hospitalares (UPHs), um Pronto-Socorro Municipal e com a Unidade de Emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), além do SAMU-192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que tem um papel fundamental por ser um serviço de regulação médica via telefone e envio de ambulâncias e

equipes adequadas para cada tipo de solicitação, com posterior busca de vagas e transferência do paciente à unidade de saúde preparada para atendê-lo. Em Sorocaba, a equipe trabalha de forma integrada com os Bombeiros - 193 para evitar a duplicidade dos atendimentos. Existem problemas estruturais, de fluxo, de falha na atenção ao protocolo, no encaminhamento e assistência às vítimas no município. A articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde através de central de regulação necessita de maior efetividade nos pactos de atendimento integrado para garantir resolutividade ao socorro. Há falta de vagas nos hospitais e desarticulação dos vários serviços do SUS. No pré-hospitalar fixo a assistência é pouco resolutiva.

**4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências** - A assistência interdisciplinar para as vítimas de acidentes e violências tem suas lacunas, dificuldades e falhas. O serviço em rede da atenção básica para a especializada e também a de maior complexidade necessitam de reorganização e reestruturação. Os serviços quando funcionam, funcionam estanques. Nem todas as pessoas do sistema conhecem os serviços e os fluxos disponíveis; a maioria dos recursos humanos não mudou sua forma de aprender e trabalhar e, assim, tem dificuldade de entrar na roda, ficando isolada e desarticulada dentro de um espaço onde sente-se confortável. Devem-se construir estratégias, mobilizar as pessoas na gestão e na gerência para aperfeiçoar a atenção integral, aproximar diferentes interesses e pontos de vista existentes na prática diária e, ainda, avançar em rede para outras áreas nas ações intersetoriais.

**5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação** - Essa área é a que mais necessita de avanços para cumprir as diretrizes da PNRMAV. Um dos desafios importantes é a criação de mecanismos de informação, sensibilização e educação, que devem incluir os próprios profissionais de saúde. Nesse sentido, existe um esforço em Sorocaba, no entanto, a oferta de orientação não está institucionalizada e nem recobre todos os serviços. Na estruturação dos serviços são muitas as fragilidades constatadas. Para que haja um adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção, ou seja, àqueles que foram vítimas de violência e/ou acidente, é fundamental o aparelhamento adequado das unidades de saúde do município.

**6. Capacitação de recursos humanos** - Anualmente são realizadas capacitações na área de assistência ao trauma para as equipes de enfermagem das Unidades Pré-Hospitalares. Para os demais profissionais, a realização de treinamentos e capacitações não atendem a agendamento ou cronograma prévio, sendo efetuados de acordo com a necessidade e solicitação da equipe técnica das unidades de saúde.

**7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas** - Não são poucas as iniciativas observadas de estudos e pesquisas relacionadas com as mais variadas situações que envolvem os acidentes e violências. A maioria baseada na prática profissional, com repercussão e resultados práticos limitados.

## CONCLUSÃO

O presente estudo aponta que a mortalidade por causas externas no município de Sorocaba tem se mostrado constante no período de cinco anos, sendo que especificamente em 2012 foram identificados grupos populacionais vulneráveis do sexo masculino: o do idoso nos acidentes de transporte; “pedestre atropelado”, com maiores coeficientes de mortalidade para as pessoas com 60 anos ou mais e o de adultos e jovens, na faixa

etária de 20 a 39 anos, principalmente nas agressões por arma de fogo.

São sugestões de ações para a melhor adequação do atendimento às pessoas em situação de acidentes e violência no município de Sorocaba:

1. Orientar e sensibilizar os profissionais da saúde, da educação, da assistência social e afins para a notificação dos casos, capacitando os técnicos para a utilização de instrumentos já existentes para que se possa produzir informações e construir indicadores que permitam conhecer adequadamente o problema e buscar soluções.
2. Reorganizar a rede de atenção à saúde - revendo as responsabilidades na assistência de cada ponto de atenção da rede.
3. Intervir na formação e na atuação institucional, no fortalecimento dos mecanismos de diálogo e na humanização do atendimento.
4. Trazer a discussão para a área da educação, considerando que a escola tem papel fundamental na formação da rede, promovendo ações conjuntas que envolvem trocas de informação técnica sobre os acidentes e violências.

## REFERÊNCIAS

1. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1263-72.
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;11(Supl.):1163-78.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Suppl 1):S7-S18.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Costa HOG. A problematização da violência como experiência de ensinar em Saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 1999;3(5):63-74.
8. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Ciênc Saúde*. 1997;4(3):513-31.
9. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(1):7-23.
10. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(4):427-30.
11. Lima MLC. Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1654-5.
12. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):995-1003.
13. Tomimatsu MFAI, Andrade SM, Soares DA, Mathias TAF, Sapata MPM, Soares DFPP. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):413-20.
14. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):909-20.

15. Vieira GO, Assis MMA, Nascimento MAA, Vieira TO, Vieira-Santana Netto P. Violência e mortes por causas externas. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(1):48-51.
16. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Costa VC, et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1657-68.
17. Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL. Initiatives of surveillance and prevention of accidents and violence within the National Unified Health System (SUS). *Epidemiol Serv Saúde.* 2007;16(1):45-55.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Medeiros TJ, Malfitano APS. Mortalidade de jovens por causas externas em São Carlos, SP, de 2000 a 2010: consequência da interiorização da violência? *BEPA Bol Epidemiol Paul.* 2012;9(105):4-17.
20. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(Suppl):1269-78.
21. Lebrão ML. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Rev Saúde Pública.* 1978;12(2):234-49.
22. Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(4 Supl):26-37.
23. Mathias TAF, Soboll MLMS. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev Saúde Pública.* 1998;32(6):526-32.
24. McKenzie K, Harding LF, Walker SM, Harrison JE, Enraght-Moony EL, Waller GS. The quality of cause-of-injury data: where hospital records fall down. *Aust N Z J Public Health.* 2006;30(6):509-13.
25. Sanches KRB, Camargo Jr KR, Coeli CM, Cascão AM. Sistemas de informação em saúde. In: Medronho RA, editor. *Epidemiologia.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2002. p.337-59.
26. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília; DATASUS; 2014 [acesso em 12 set. 2004]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Informações em Saúde [Internet]. Brasília: DATASUS; 2014 [acesso em 30 set. 2014]. Disponível em: <http://w2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.