

À guisa de conclusão

By way of conclusion

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil

Pelos dados apresentados, verifica-se que a alocação dos acidentes e das violências como problema de saúde pública é incontestável: seu reflexo na mortalidade evidencia-se em números elevados e crescentes, o mesmo ocorrendo com o panorama mostrado pelas internações hospitalares. Além de ocorrerem em frequência elevada, foi visto que atingem uma população jovem, razão pela qual esses eventos se constituem no grupo campeão de anos potenciais de vida perdidos. Bangdiwala e col.¹ (1990) estimam a perda de cerca de 30 anos na expectativa de vida nos países americanos em desenvolvimento, e pode ser mostrado que, para o Brasil, seus custos são extremamente altos, tanto quando medidos diretamente através do desembolso com gastos hospitalares como, de maneira indireta, pela estimativa dos anos potenciais de vida perdidos.

E, como se o mapeamento dessas questões não fosse suficiente, há que se considerar que, embora a palavra “acidente” possa ter uma conotação de “eventual”, “fortuito” e, portanto, “obra do acaso” e a violência possa ser, por alguns, considerada como inerente ao próprio homem, as causas externas, em todo o seu espectro de manifestações, são, em maior ou menor grau, *previsíveis e preveníveis*. É claro também que, apesar de todas as dificuldades, quando se estuda a sua gênese, depara-se com um quadro multifacetado e pluriforme, no qual intervêm fatores de natureza vária, deixando claro que qualquer abordagem a ser feita nesse sentido deve ser intersetorial e multidisciplinar.

Nesse panorama complexo desponta a imperiosa necessidade de ações tendentes à reversão do quadro. Minayo⁸ (1994) faz referência ao fato de que existe uma preocupação do ser humano em entender o fenômeno de violência a fim de atenuá-la, preveni-la e *eliminar* a convivência social, pretensão que parece ser elevada demais, para não dizer inalcançá-

vel e inatingível. Há, entretanto, série de atividades que poderiam e deveriam ser postas em prática visando à sua redução.

Questão que tem sido bastante discutida, nesse contexto, refere-se ao papel a ser desempenhado pelo setor saúde que é, afinal, aquele onde vai recair o maior ônus de todo esse problema, ou seja, como foi visto na apresentação do presente trabalho, o atendimento das vítimas. A Organização Panamericana de Saúde, conforme citado por Minayo⁸, chegou a referir que o “setor saúde constitui-se na encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social”.

A Figura 1 mostra o problema dos acidentes e violências agindo sobre uma população que, como consequência destes, seus habitantes podem, ao sofrer um acidente ou violência, sair do mesmo, sem qualquer lesão, mortos ou feridos, sendo, o destino destes últimos, provavelmente, um serviço de assistência médico-hospitalar, englobados aqui as emergências e os hospitais em nível de internação. Segundo as condições de saída desses serviços, os pacientes podem ser classificados *em alta curado, alta seqüelado ou óbito*, devendo estar, entre os objetivos dos serviços, fazer com que haja cada vez maior número de pacientes no primeiro grupo e, por via de consequência, seja cada vez menor a representatividade do segundo e terceiro blocos.

A Figura 1 apresenta, ainda citados, os níveis de ação a serem postos em prática, visando a minimização do problema de morbi-mortalidade por essas causas, quais sejam, a *prevenção do evento* e o atendimento das vítimas nas fases *pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar, ou de reabilitação quando este venha a ocorrer*.

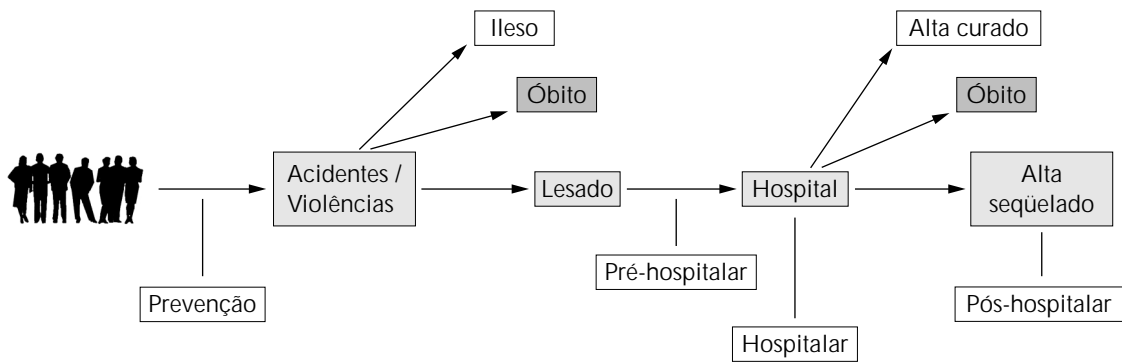


Figura - População exposta a acidentes/violências e possíveis condições das vítimas e níveis de prevenção nas diferentes etapas do processo.

PREVENÇÃO

A prevenção dos acidentes e das violências é, na realidade, o mais importante meio para evitar a morbi-mortalidade pelas causas externas. Ações concentradas em nível de prevenção primária, evitando que o evento ocorra, vão cortar a cadeia em seu momento inicial. Nesse ponto, compete ao setor saúde, em primeiro lugar, desenhar o quadro epidemiológico de cada tipo de acidente/violência e, depois, reconhecer os grupos ou instituições que intervêm na sua gênese, identificando, assim, os parceiros com os quais deverá enfrentar o problema, visando à sua solução. Tomando como exemplo os acidentes de trânsito, verifica-se que quando se pensa na redução de seus números, sua complexidade está fundada no fato de serem eles causados por um conjunto de circunstâncias e fatores ligados ao usuário, ao veículo e à via pública (Mello Jorge⁶, 1979).

Identificado o problema e determinados seus possíveis fatores de risco, chega-se a uma visualização mais fácil dos grupos intervenientes, no caso, engenheiros ligados à indústria automobilística e aos transportes, psicólogos — para estudar o comportamento humano no trânsito — médicos das áreas preventiva e curativa, educadores, policiais, bem como representantes de outros serviços relacionados, como, por exemplo, à concessão de carteiras de habilitação. As ações preventivas precisam estar dirigidas à população em geral e aos grupos de risco, em especial, devendo ser elaboradas, sempre, em entrosamento com a comunidade.

Essas medidas educativas devem dirigir-se à prevenção do acidente propriamente dito, mas podem e

devem englobar ações mais amplas, como é o caso, por exemplo, do uso de equipamentos de segurança, tipo cinto, capacete para motociclistas, entre outros, que não impedem o acidente, mas se mostram extremamente importantes na prevenção de lesões mais graves. Alguns autores afirmam que a redução de lesões mortais chega a atingir entre 40 e 70% (Grime⁴, 1979); levantamento realizado no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* mostrou cerca de 30% de diminuição nas lesões de face com comprometimento ocular após a implantação da lei do cinto de segurança no Município de São Paulo.

É preciso não esquecer que o respaldo de uma legislação efetiva deve existir sempre, enfatizando-se que não há necessidade de novas leis, mas de *cumprimento efetivo* das leis existentes.

Conforme foi visto na parte IV da presente publicação, *é possível reduzir os acidentes de trânsito e seus efeitos*. No caso apresentado, experiência realizada na Colômbia, a marca dos acidentes, feridos e mortos, (que atingiu valores bastante altos na fase que antecedeu ao projeto), caiu, sensivelmente, nos fins de semana que se sucederam, com a manutenção da metodologia. Fica claro concluir, daí, que *somente campanhas* de prevenção de acidentes não estarão fadadas ao sucesso. São necessários, em primeiro lugar, *uma vontade política para a ação* e depois, um *programa — contínuo —* que seja capaz de implantar as ações e dar continuidade às mesmas.

Ainda dentro das medidas educativas, mas já fora dos acidentes de trânsito, pode ser citado, como exemplo de que é possível *prevenir*, o Programa “*Crianças não podem voar*” realizado em Nova York, quando

* Trabalho em andamento. Comunicação pessoal.

dados estatísticos mostravam linha ascensional na mortalidade por quedas de altura em crianças. Implantado o programa, e mantido durante um ano, fez reduzir drasticamente as taxas referidas (Spiegel e Lindaman¹¹, 1977). Guerrero⁵ (1995) mostra que, com relação aos acidentes de trânsito e aos homicídios, em Cali, após a etapa do mapeamento da situação e, constatando-se que o quadro epidemiológico mostrava para ambos maior ocorrência nos fins de semana, com abuso de álcool e uso de armas de fogo nos homicídios, o governo fez aplicar uma “lei semi-seca” (proibindo a comercialização de bebida alcoólica) e a cassação de porte de arma a partir das 18 horas de sexta-feira e até a zero hora de segunda. Com a implantação da medida e fiscalização adequada, não foi difícil verificar que diminuiriam, tanto a ocorrência de homicídios e tentativas, como a ocorrência de acidentes de trânsito, com conseqüente queda do número de mortos e feridos.

CONSEQÜÊNCIAS DAS VIOLÊNCIAS E SEUS ATENDIMENTOS NAS FASES PRÉ-HOSPITALAR, HOSPITALAR E PÓS-HOSPITALAR

O atendimento pré-hospitalar, ao lado de permitir a assistência de urgência, ainda no local do acidente, visa, fundamentalmente, associar-se com um sistema de resgate e transporte adequado e oportuno. Parte ele do pressuposto de que, quanto antes a vítima receber atendimento/tratamento maior será a sua possibilidade de sobrevivência. Assim, com base em diversos estudos, pôde ser verificado que algumas manobras simples, realizadas no próprio local do acidente, poderiam ser responsáveis pela manutenção do paciente em condições adequadas até que o tratamento definitivo pudesse ser iniciado. A experiência com soldados feridos durante a guerra do Vietnã, que receberam assistência básica no local do evento e foram transportados em unidades especiais de resgate, demonstrou resultados favoráveis quanto ao atendimento pré-hospitalar. Ele se mostrou como fator importante, tanto para impedir o agravamento das lesões das vítimas como na redução de mortes evitáveis (Whitaker¹², 1993).

Em 1987, foi proposta, no Município de São Paulo (CRAPS², 1987), a criação de um sistema organizado de atendimento pré-hospitalar, já que se constatara a inexistência de uma central de comunicações entrosada com outras instituições, bem como a ineficiência de um sistema de resgate e transporte e a insuficiência de veículos e de recursos humanos qualificados. Em São Paulo existe, hoje, um sistema

público de resgate — atendimento pré-hospitalar — criado em 1990, por resolução conjunta das secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública, e operacionalizado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU- e pela Polícia Militar, por meio do Corpo de Bombeiros. Seu objetivo é a prestação de assistência e transporte a vítimas em situação de emergência em decorrência de causas externas, ou outras a critério do médico regulador (SAMU-RESGATE¹⁰). O atendimento pré-hospitalar deve estar entrosado com o atendimento hospitalar que, por sua vez, deve estar regionalizado e hierarquizado, já que um dos princípios básicos que rege o atendimento pré-hospitalar é o “encaminhamento do paciente certo, ao hospital certo, no momento certo” (Whitaker¹², 1993). Várias pesquisas têm mostrado que um paciente grave, se conduzido a uma instituição sem capacidade resolutive para aquele caso, certamente terá sua condição de saúde piorada. Preconiza-se que, nesta fase, o atendimento pré-hospitalar seja capaz de avaliar as lesões através de medidas padronizadas, classificando as vítimas de acordo com a gravidade de suas lesões e encaminhando cada paciente para o hospital adequado.

O atendimento hospitalar deve estar orientado no sentido de melhor assistir ao acidentado, objetivando diminuir o seu tempo de permanência na instituição, reduzir a letalidade e minimizar suas seqüelas. As já citadas regionalização e hierarquização devem ser estimuladas e é fator também necessário que os hospitais disponham de serviços de comunicação entre si, no sentido, principalmente, de encaminhamentos de pacientes para locais que possam efetivamente dar atendimento, este entendido tanto no sentido de existência de vagas como de possibilidade de assistência adequada. Em pesquisa realizada em São Paulo (Mello Jorge⁷, 1988), com crianças vítimas de acidentes e violências, foi mostrada a verdadeira “peregrinação” vivida pelas vítimas que, muitas vezes, conduzidas até por viaturas policiais ou ambulâncias, “aportavam” em hospitais lotados ou inadequados para o atendimento daquele tipo de lesão. Outro aspecto importante, e que foi desvendado também pela mesma pesquisa, foi o relativo ao “desconhecimento” por parte do pessoal hospitalar da existência de determinados centros especializados. Crianças vítimas de intoxicações, pelas mais variadas substâncias, tiveram o início de seu tratamento retardado em razão de terem sido encaminhadas para hospitais não especializados, quando existe no Município de São Paulo, o Centro de Controle de Intoxicações. Note-se que os encaminhamentos foram, às vezes, feitos por outras instituições, que deveriam, ao menos, conhecer a existência desse ser-

viço e, no caso de ser impossível conseguir que elas fossem atendidas pelo mesmo, entrar em contato para iniciar um tratamento específico sob sua orientação. Crianças intoxicadas passando por três, quatro, ou até cinco hospitais para, finalmente, chegarem ao local adequado, é fato que mostra o verdadeiro “alheiamento” a que muitos serviços estão submetidos, fazendo com que a assistência correta seja retardada e, talvez, a morte apressada.

O atendimento pós-hospitalar compreende os serviços de reabilitação naqueles casos que necessitem, com a finalidade de evitar seqüelas e incapacidades ou, existindo estes, ser feita a reabilitação do paciente no seu mais amplo sentido (mecânica, funcional e social).

São ainda escassas as referências à questão das seqüelas dos acidentes e violências na vida dos indivíduos, bem como sobre a sua qualidade de vida pós-evento. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 10% da população do mundo seja portadora de algum tipo de seqüela e que a maioria se encontra em plena idade produtiva. Dados apresentados no “Draft Handbook Development of International, Disabilities and Handcaps Statistics” estimam que, no Brasil, em 1991, 17 para cada mil pessoas eram portadoras de seqüelas (Farias³, 1995), e estudos específicos feitos em instituições assistenciais

brasileiras mostram que a maioria dos seqüelados ali tratados havia sido vítima de acidentes de trânsito: na Divisão de Reabilitação Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP) (Salimene⁹, 1992); na Associação de Assistência à Criança Defeituosa e no Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor*. Trabalho realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC-FMUSP (Farias³, 1995) mostrou que, de 1.804 vítimas internadas em 1991, das quais 1.788 sobreviveram, 1.100, (61,5%) apresentaram algum tipo de seqüela, com maior destaque para deficiências dos membros. Pôde ser constatado também que, nesses pacientes, houve acentuado predomínio de vítimas de acidentes de trânsito e de quedas.

O Serviço de Reabilitação deve existir com a finalidade de dar atendimento multiprofissional aos pacientes que dele necessitarem, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a reintegração do paciente ao grupo familiar/social. O trabalho referido (Farias³, 1995) evidenciou problemas quanto à necessidade de adaptação do paciente à ocupação exercida antes do evento.

Por fim, enfatiza-se que, somente a adoção de todas essas medidas, entrosadas entre si, será capaz de tornar efetivo qualquer programa relativo ao enfrentamento das emergências e dos traumas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANGDWALA, S.I.; ANZOLA PERES, E.; GLIZER, I.M. Statistical consideration for the interpretation of commonly utilized road traffic accident indication: implication for developing countries. *Accid. Anal. Prev.*, **17**: 419-27, 1990.
2. COORDENAÇÃO DE RECURSOS ASSISTENCIAIS DE PRONTO SOCORRO (CRAPS). Plano de assistência às emergências. São Paulo, 1987 [mimeografado].
3. FARIAS, G.M. Deficiências, incapacidades e desvantagens decorrentes de causas externas: análise em pacientes internados no IOT-HC FMUSP, 1991, São Paulo, 1995. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP].
4. GRIME, G. A review of research on the protection afforded to occupants of cars by seat belts which provide upper torso restraint. *Accid Anal. Prev.*, **2**: 293-306, 1979.
5. GUERRERO, R. Programa DESEPAZ (Desarrollo, Seguridad y Paz: Epidemiologia de la Violencia). Washington DC, 1995. [mimeografado].
6. MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, 1979, São Paulo, 1979 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
7. MELLO JORGE, M.H.P. Investigação sobre a mortalidade por acidentes na infância São Paulo, 1988. [Tese de Livre-Docência Faculdade de Saúde Pública da USP].
8. MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. In: Impacto social da violência sobre a saúde. *Cad. Saúde Pública*, **10**(Supl. 1), 1994.
9. SALIMENE, A.C.M. Paraplegia por lesão medular traumática em homens e sexualidade. São Paulo, 1992. [Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
10. SAMU/RESGATE. Sistema Integrado de Atendimento às Emergências do Estado de São Paulo. *Projeto Resgate*. São Paulo, s.d. [mimeografado].
11. SPIEGEL, C. & LINDAMAN, F. Children can't fly: a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. *Am. J. Publ. Health*, **67**: 1143-47, 1977.
12. WHITAKER, I.Y. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar: análise das vítimas de causas externas atendidas pelo SAMU-RESGATE, São Paulo, 1991. São Paulo, 1993. [Dissertação de Mestrado - Escola Paulista de Medicina].

* São Paulo, Prevenção das deficiências, Segurança no trânsito, 1993 - Dados inéditos.