

2. Escolhas, alianças e vivências na dinâmica da pesquisa

Suely Ferreira Delandes
Maria Cecília de Souza Minayo
Edinilsa Ramos de Souza
Cleber Nascimento do Carmo
Vanessa dos Reis de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DELANDES, SF., *et al.* Escolhas, alianças e vivências na dinâmica da pesquisa. In: MINAYO, MCS., and DESLANDES, SF., orgs. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 31-46. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.7477/9788575415412](https://doi.org/10.7477/9788575415412). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2 | ESCOLHAS, ALIANÇAS E VIVÊNCIAS NA DINÂMICA DA PESQUISA

Suely Ferreira Delandes
Maria Cecília de Souza Minayo
Edinilsa Ramos de Souza
Cleber Nascimento do Carmo
Vanessa dos Reis de Souza

Pesquisar envolve primeiramente uma proposta de investigação que inclui referencial teórico metodológico, desenho estratégico e diversos procedimentos técnicos considerados adequados aos objetivos propostos. Envolve ainda sujeitos que emprestarão seus esforços, inteligência e criatividade para realizá-la conforme o previsto e também para re-adequar rumos quando necessário. Integra também um contexto histórico e institucional que dá contornos aos sucessos e aos obstáculos encontrados ao longo do percurso. Compromete outros agentes (indivíduos e instituições), cujos conhecimentos e vivências constituem importante parâmetro para balizar a qualidade do estudo. E é este o rumo traçado para este capítulo: tornar visível e compartilhar nossa trajetória de construção dos conhecimentos apresentados neste livro.

Esta pesquisa teve, como proposta geral, criar instrumentos de análise diagnóstica sobre a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Buscamos, na perspectiva da análise avaliativa, tomar como referência o processo de implantação da PNRMAV, especialmente a situação da atenção dispensada às vítimas de acidentes e violências na rede pública de saúde de diferentes capitais de representatividade regional.

Qualificando este objetivo geral, propomo-nos a realizar as seguintes ações de investigação: 1) descrever a organização dos serviços de atenção a acidentes e violências nas seguintes capitais: Rio de Janeiro, Recife, Brasília, Curitiba e Manaus; 2) analisar a situação dos serviços de atenção ao problema em pauta em cada uma dessas capitais evidenciando: a descrição do sistema, os pontos positivos, as lacunas e as necessidades de adequação para atender às diretrizes da Política Nacional; 3) propor uma metodologia de avaliação específica para esse tipo de serviço que pudesse ser generalizada e permitisse produzir comparações.

CONCEITO DE ANÁLISE DIAGNÓSTICA

Tal como entendido nesta pesquisa, o conceito de análise diagnóstica se constitui numa forma de olhar compreensiva e interpretativa que permita dar conta, dos êxitos e das

dificuldades do sistema de saúde para atender à crescente demanda e às mudanças qualitativas das lesões e traumas provenientes das violências e acidentes; bem como de construir alternativas e possibilidades para o melhor desenvolvimento da gestão.

Entendemos que o termo diagnóstico não constitui um veredito que irá culpar ou absolver gestores e profissionais. Ele se configura como uma análise situacional que leva em conta as condições gerais de infra-estrutura, de planejamento e de apoio oferecido visando ao êxito das ações.

O termo análise diz respeito ao exame de cada parte de um todo, tendo em vista o conhecimento de sua natureza, de suas proporções e de suas relações. Associando a definição de diagnóstico à de análise, a expressão se refere à delimitação das causas (complexas) para prováveis efeitos. Diagnosticar passa a ser, então, buscar as causas (complexas) dos problemas para medir e compreender o sucesso e o insucesso de determinada ação.

Por sua vez, o processo diagnóstico vincula-se estreitamente ao mecanismo de retorno, tendo, portanto um caráter estratégico. Isso significa que este tipo de pesquisa está comprometido com respostas para o presente do sistema, buscando o aperfeiçoamento das ações a favor da população atendida. Não nos referimos, pois, ao tratar de um diagnóstico, de um fato pontual ou de um ato singular – a não ser que sua relevância aconselhe destacá-lo. Mas tratamos de um conjunto de fases que se condicionam mutuamente. Esse conjunto de fases ordena-se seqüencialmente (constitui um processo) e atua integradamente (conforma um sistema). Um diagnóstico, tal como o que aqui propomos, inclui a articulação dos processos, o encadeamento das seqüências, as transformações que vêm surgindo no sistema e os desafios para o futuro.

A teoria que fundamenta o estudo funciona como balizadora e apoio à compreensão do desenvolvimento das ações: dimensões do problema e respostas operacionais, interação de hierarquias, condições materiais e organizacionais de trabalho, iniciativas institucionais e individuais e institucionalização de inovações. Por isso toda a reflexão diagnóstica realizada busca apresentar uma visão crítica e reflexiva da ação, incluindo o diálogo com interlocutores que atuam nessa área e com a bibliografia pertinente. A imagem-objetivo desta proposta é construir uma metodologia de avaliação replicável, servindo, assim, de subsídio para o aprofundamento da necessária implantação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (Brasil, 2001a).

TRIANGULAÇÃO

Adotamos nesta investigação os princípios da triangulação de métodos, estratégia que visa: a) à combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; b) à tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; c) à visão de vários informantes e d) ao emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação (Denzin, 1973; Minayo & Sanchez, 1993; Minayo et al., 2005).

Desta forma, integrando as abordagens quantitativas e qualitativas, em lugar de nos apoiarmos em um único marco referencial disciplinar, buscamos ampliar o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macrorrealidades.

Em seu desenho geral, esta investigação configura um estudo descritivo de corte transversal, complementado por uma abordagem qualitativa e compreensiva focalizando a produção de depoimentos que compreendem representações, discursos e relatos de práticas.

A pesquisa tem um caráter cooperativo, constituindo-se como um trabalho de parceria entre o Centro Latino-Americano de Estudo em Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), responsável pela coordenação geral, e vários centros de pesquisa dos municípios incluídos, responsáveis pela produção e análise dos dados locais. Os nossos parceiros são: o Departamento de Serviço Social da UNB-Brasília/DF; Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva (Nesc) da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ; Faculdade de Educação da Universidade Federal de Manaus/AM; Pontifícia Universidade Católica de Curitiba/PR e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco/PE.

O trabalho de caráter multicêntrico possibilitou a integração de profissionais e de equipes portadoras de formação e de experiências distintas. Cada equipe, liderada por um(a) pesquisador(a) sênior, foi também composta por jovens pesquisadores e estudantes universitários. Os diversos grupos envolveram médicos, psicólogos, fisioterapeutas, epidemiologistas, sociólogos, antropólogos, estatísticos, assistentes sociais e alunos de diversos cursos da área social e de saúde. Assim, a pesquisa e o ensino integraram-se na produção de dados e reflexões, permitindo trocas e aprimoramento profissional de todos.

Os desafios para realizar esta ampla articulação inter-regional se mostram no desenrolar da investigação: manter uma comunicação ágil e constante; alimentar a troca de experiências do dia-a-dia do trabalho de campo, permitindo que cada equipe aprendesse com os problemas e soluções umas das outras; dirimir dúvidas; compartilhar sugestões de mudanças dos instrumentos e das abordagens de campo; mediar conflitos locais ou ajudar a enfrentar impasses burocrático-institucionais que pudessem criar obstáculos ao trabalho.

A aliança com as equipes locais permitiu um ganho substancial à pesquisa. Todos os passos foram discutidos coletivamente, permitindo que a elaboração de instrumentos, estratégias de coleta de dados, informações e a análise pudessem se beneficiar de múltiplos olhares e de diversos pontos de vista. O exercício crítico-reflexivo se deu ao longo de todas as etapas do estudo, propiciando, na prática, a construção da triangulação.

ESCOLHA DAS CIDADES

Foram selecionadas quatro capitais, de cada região do país (Manaus, Recife, Rio de Janeiro e Curitiba), e o Distrito Federal.

A escolha destes municípios foi feita a partir de um estudo realizado por Souza et al. (2003) para o Ministério da Saúde. Essa pesquisa ordenou, por magnitude, os 224 municí-

pios do país com população acima de 100.000 habitantes, a partir de um índice sintético de violência que considerou o número de óbitos e as taxas de mortalidade por homicídio, acidente de transporte e suicídio, no ano de 2000.

Segundo esse índice, o Rio de Janeiro situou-se em 2º lugar; Recife em 3º; Brasília em 5º; Manaus em 13º e Curitiba, no 17º posto. Com exceção do Rio de Janeiro, todas as demais cidades foram as primeiras colocadas (em taxas de violência a partir do indicador composto) em suas respectivas regiões, sendo esse o critério definidor da sua escolha. No caso da região Sudeste, São Paulo foi a cidade com o mais elevado índice de violência. Mas optamos pelo Rio de Janeiro por razões de facilidade operacional e tendo em vista que as taxas não são muito diferentes nas duas cidades.

É importante esclarecer que, no caso de Brasília, o índice foi calculado inicialmente apenas para a cidade. Mas um estudo exploratório mostrou que seria importante envolver a realidade sociodemográfica e ambiental do Distrito Federal como um todo na análise, por causa da sua complexidade territorial e da oferta dos serviços de saúde que abrangem todo o entorno.

Nas tabelas 1 e 2, apresentam-se alguns dados em que se pode perceber a importância da mortalidade e da morbidade hospitalar das cinco áreas incluídas na pesquisa.

Tabela 1 – Taxas* de mortalidade por causas externas, homicídios e acidentes de transportes nas capitais envolvidas no estudo. Brasil – 1991 e 2000

| Cidades e Brasil | Causas externas | | Homicídios | | Acidentes de transporte | |
|------------------|-----------------|-------|------------|------|-------------------------|------|
| | 1991 | 2000 | 1991 | 2000 | 1991 | 2000 |
| Manaus | 89,6 | 72,7 | 37,7 | 32,4 | 23,7 | 19,1 |
| Recife | 107,1 | 107,4 | 54,2 | 67,4 | 27,1 | 17,3 |
| Brasília | 91,0 | 77,8 | 30,5 | 33,5 | 37,7 | 25,5 |
| Rio de Janeiro | 113,0 | 95,3 | 28,2 | 49,5 | 18,7 | 15,6 |
| Curitiba | 83,1 | 74,0 | 11,8 | 21,1 | 35,7 | 26,8 |
| Brasil | 69,5 | 69,7 | 20,9 | 26,7 | 19,0 | 17,5 |

Fonte: SIM/Datasus.

* Taxas por 100.000 habitantes.

Conforme se pode observar na tabela 1, as taxas de mortalidade por causas externas em todas as cidades encontram-se acima das médias do país. O mesmo ocorre em relação às taxas de homicídio, exceto em Curitiba. É importante destacar o crescimento das taxas de mortes por homicídio no período e a queda das taxas de mortalidade por acidente de transporte em todas essas cidades. A inflexão decrescente das mortes no trânsito tem sido atribuída ao Código Nacional de Trânsito Brasileiro que passou a vigorar em 1998. Entretanto, Curitiba, Brasília e Manaus ainda apresentavam taxas mais altas que as do Brasil em 2000.

No que se refere à morbidade, constatamos que, no ano de 2000, as cinco cidades somaram 45.434 internações por causas externas, representando 6,5% das hospitalizações realizadas no país. Elas totalizaram 16.924 internações (14,8%) por acidentes de transporte e 2.449 (7,2%) por agressões (Souza et al., 2004).

Tabela 2 – Número absoluto de internações por causas externas, acidentes de transporte e agressões nas capitais envolvidas no estudo – 2000

| Capitais do Brasil | Causas externas | Acidentes de transporte | Agressões |
|--------------------|-----------------|-------------------------|-----------|
| Manaus | 6.452 | 915 | 937 |
| Recife | 5.661 | 470 | 09 |
| Rio de Janeiro | 17.522 | 12.821 | 609 |
| Curitiba | 7.677 | 682 | 305 |
| Brasília | 8.122 | 2.036 | 589 |
| Brasil | 693.961 | 114.395 | 34.132 |

Fonte: SIM/Datasus.

Como podemos concluir, do ponto de vista da morbimortalidade por acidentes e violência, verifica-se, nas capitais estudadas, elevado uso dos serviços de saúde para tratamento das lesões e traumas provocados por violências.

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

A operacionalização dessa investigação foi construída em torno de quatro fases de trabalho, cada qual demandando esforços acadêmicos, logísticos e operacionais específicos. Cada fase agrega os diferentes ciclos de pesquisa (exploratório, de trabalho de campo, de análise e de divulgação dos dados), por vezes reiniciando novos ciclos ou agregando diferentes estágios em um mesmo corte temporal. Esta dinâmica viva do trabalho investigativo demandou intensa administração de fluxos de tempo, prazos e atividades. Além da análise diagnóstica, a elaboração e a testagem de indicadores para avaliação da implantação da PNRMAV nos municípios constituíram relevante objeto desta investigação.

A primeira etapa, de caráter exploratório, envolveu a consulta a especialistas e gestores dos setores pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação em cada cidade, o que teve a duração de dois meses. Foi realizado um total de 23 entrevistas, sendo cinco em Curitiba, seis em Brasília, cinco no Rio de Janeiro, três em Manaus e quatro em Recife. Buscamos sondar esses consultores sobre questões consideradas como relevantes em cada setor referente ao atendimento às vítimas de acidentes e violência. Além de somarmos seu conhecimento e experiência ao nosso trabalho, mapeamos suas impressões sobre a pesquisa e sobre os problemas julgados relevantes por eles em cada área, obviamente, sempre tendo o foco nos objetivos da investigação.

A análise destas entrevistas foi acompanhada da criação, pela equipe central, de grupos de estudos sobre as políticas e recomendações técnicas de cada setor de atendimento a traumas e violências (pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação). Essas jornadas de estudos produziram revisões sobre os padrões considerados essenciais à qualidade do atendimento às vítimas de acidentes e violências. Além da própria PNRMAV, as referências utilizadas foram as seguintes portarias e políticas ministeriais:

- Atendimento pré-hospitalar:

Portaria 1.828/GM, de 2 de setembro de 2004, que institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

Portaria 2.420/GM, de 9 de novembro de 2004, que constitui o grupo técnico para avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde/SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro – Samu-192.

Portaria 2.072, de 30 de outubro de 2003, que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

Portaria 2.048, de 5 de novembro de 2002, que resolve: 1) aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; 2) determinar às secretarias de saúde a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a organização das redes assistenciais, a organização/habilitação e cadastramento dos serviços de conformidade com o Regulamento Técnico e a designação do Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência; 3) alterar o artigo 2º da Portaria 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico desta Portaria; 4) determinar, à Secretaria de Assistência à Saúde, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto aprovado; 5) estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria e 6) esta Portaria revoga a Portaria 814 do GM/MS de 1 de junho de 2001.

▪ Atendimento hospitalar:

Portaria 466/SAS, de 4 de junho de 1998, que estabelece regulamento técnico para funcionamento de serviços de tratamento intensivo.

Portaria 479/GM, de 15 de abril de 1999, que cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

Portaria 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, que aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de atendimento as urgências e emergências.

Portaria 2048/GM de 5 de novembro de 2002, que altera o artigo 2º da portaria 479.

Portaria 1167/GM, de 15 de junho de 2004, Política Nacional de Atenção em traumatologia-ortopedia.

Portaria 213/SAS, de 15 de junho de 2004, que define e dá atribuições aos serviços de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.

▪ Atendimento de reabilitação:

Portaria 818/MS, de junho/2001, e Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

O acervo de documentos subsidiou a elaboração de todos os instrumentos e também dos indicadores de acompanhamento da PNRMAV, propostos como resultado da pesquisa.

Apesar da importância da análise dos documentos oficiais para nossa pesquisa, devemos relativizar sua contribuição. Procuramos ao mesmo tempo valorizá-los e relativizá-los, por causa de seu teor necessariamente normativo. Os parâmetros dados por políticas e normas técnicas são fundamentais para uma análise de cunho avaliativo. Constitui-se mesmo e sem dúvida, como uma condição metodológica para sua realização. Faz parte da própria avaliação ser crítico quanto à adoção ou não de certos critérios e referências nacionais para a estrutura e organização da prestação de serviços que, por sua vez, organizam a oferta e permitem balizar a adequação e a qualidade da atenção dispensada.

Quando realizamos essa reflexão, geramos um confronto rico sobre a prática de gestão e possibilidades comparativas das várias localidades. Contudo, se os parâmetros contidos nos documentos oficiais forem considerados como medidas inflexíveis, cuja ausência seja decodificada como erro, fracasso ou incompetência, teremos como resultado uma análise engessada e desconhecadora das peculiaridades locais.

Sabemos que cada uma das cidades envolvidas no estudo tem uma história particular na construção do SUS, uma cultura de serviços e uma teia de relações institucionais que dão o contexto para a configuração da oferta e das condições de atendimento. É bem verdade que não tivemos tempo de buscar em profundidade esses conhecimentos peculiares e a valorização da memória coletiva sobre os processos, pois isso demandaria um investimento de ordem etnográfica e histórica que não nos cabia empreender. No entanto, tentamos um exercício dialógico ainda que imperfeito, o que, certamente, mesmo com muitas lacunas, permitiu-nos construir uma análise dos sistemas locais de atendimento.

Assim, dedicamos a segunda fase da pesquisa ao mapeamento da rede. Tornava-se necessária a demarcação de critérios para a seleção dos serviços. Por exemplo, as organizações governamentais que selecionamos e analisamos são vinculadas ao SUS (conveniadas ou da rede própria) e realizam atendimento reconhecido pelos gestores de saúde da cidade como regular e rotineiramente ofertado. Dada a extensão das redes de assistência à saúde em cada cidade, foram excluídos os serviços que atendem à demanda de violências e acidentes apenas eventualmente. Esse foi o caso da maioria das unidades de saúde da família, das unidades básicas e demais serviços com vocação de atendimento clínico ou cirúrgico em geral, não incluindo o objeto desta avaliação.

No caso das organizações não-governamentais (ONGs), foram selecionadas apenas as que se dedicam à provisão de cuidados de saúde (atendimento terapêutico, psicossocial etc.) às vítimas de acidentes ou violências e a seus familiares.

O instrumento construído, sob a forma de um questionário (Anexo 2), objetivou a identificação das unidades existentes em cada cidade (organizações não-governamentais/ONG e organizações governamentais/OG) que realizam atendimento às vítimas de acidentes e violências, contendo: 1) identificação da unidade; 2) caracterização das atividades de atendimento e 3) descrição da estrutura existente (equipe, instalações físicas e recursos financeiros). Apresentado na forma de um questionário com 23 questões abertas e fechadas, este instrumento foi submetido, em seminário para este fim, à reflexão e à crítica dos pesquisadores responsáveis pelo estudo nas cidades selecionadas e da equipe do Claves. Nessa reunião, discutimos todos os itens a serem pesquisados, foram feitos ajustes no instrumento e no processo organizativo do trabalho e pactuamos uma forma padronizada de abordagem em cada serviço.

De modo geral, o trabalho de campo, nessa segunda etapa, foi realizado em quatro meses. Envolveu muito investimento e presença dos pesquisadores nos locais de prestação dos serviços de saúde, para preenchimento de questionário e caracterização das atividades e programas. Ao chegar à unidade, o pesquisador apresentava a proposta e as cartas de aprovação e autorização das secretarias de Saúde e dos comitês de ética. Como era de se esperar, a entrada em campo foi mais difícil quando o pesquisador tinha poucos contatos nas redes do setor.

Na maioria das vezes, foi preciso recorrer a funcionários de vários setores da unidade para que o questionário fosse preenchido devidamente, pois uma única pessoa dificilmente detinha todas as informações requeridas. Isso era mais vital e necessário quando a instituição e o serviço de atenção a vítimas de violências e traumas eram de grande porte. Em virtude de tal fato, o questionário era deixado na unidade para ser preenchido posteriormente, o que nem sempre acontecia, já que os profissionais, freqüentemente, alegavam falta de tempo, estar em férias, ou simplesmente perdiam o instrumento. Todos os questionários preenchidos foram revistos pela equipe de pesquisa local e os dados faltantes foram complementados por telefone ou por e-mail.

Ao término da segunda fase, haviam sido incluídos no levantamento, visando ao aprofundamento posterior, 18 serviços em Manaus, 34 em Recife, 24 no Distrito Federal, 29 no Rio de Janeiro e 19 em Curitiba.

Poucas unidades se recusaram a participar do estudo, mas este foi o caso de uma unidade hospitalar de referência em Brasília (Hospital Sara Kubitschek).

A inexistência de registros de atendimentos às vítimas de acidentes e violências ou sua elaboração manual e a fragmentação da organização dos serviços dificultou a obtenção de informações mais precisas sobre estatísticas de atendimento e em relação ao número de profissionais disponíveis.

Parte das dificuldades mencionadas pelas equipes locais de pesquisa se devia à novidade do tema, no caso a avaliação da implantação da PNRMAV. O desconhecimento da forma de organização da rede de saúde pelas equipes locais e mesmo a sua grande extensão e dispersão geográfica foram situações observadas principalmente no Distrito Federal e no Rio de Janeiro. Um agravante para a realização de qualquer pesquisa que demanda o levantamento de dados em campo é quando esta etapa coincide com momentos de crise do grupo ou instituição. Isso aconteceu no estudo do setor saúde do Rio de Janeiro, pois ele coincidiu com a intervenção federal no sistema municipal, incidente intitulado na mídia como “a crise da saúde no Rio”.

A própria experiência da realidade de violência foi parte do trabalho de campo, prejudicando o andamento dos trabalhos, pois um pesquisador do Rio de Janeiro foi roubado, tendo sido levado seu carro com os questionários preenchidos, o que demandou reaplicação do instrumento em diversos locais que já haviam sido pesquisados. Consideramos que as condições de sua realização fazem parte do processo, dos resultados e da objetivação de uma pesquisa.

Enquanto o trabalho de campo transcorria nas cidades, a equipe central elaborou os instrumentos que seriam empregados na terceira fase. Foram construídos três questionários específicos, um para o setor pré-hospitalar, outro para o setor hospitalar e outro ainda para reabilitação (anexos 3, 4 e 5). Esses instrumentos visavam a conhecer o atendimento prestado em cada nível.

Após a conclusão da elaboração dos novos roteiros (qualitativos) e dos questionários (quantitativos) e com o término da coleta de dados nas cidades, foi realizado um seminário com todas as equipes (setembro de 2005) com intuito de trocar experiências, apresentar os primeiros resultados encontrados e, principalmente, analisar coletivamente a proposta dos novos instrumentos.

O fechamento da segunda fase culminou com a apresentação de relatório de progresso de pesquisa e dos resultados da primeira parte do trabalho campo em cada cidade. Todos os principais dados de caracterização das unidades que atendem vítimas de acidentes e violências nas cinco cidades encontram-se apresentados no capítulo 6.

A terceira fase se iniciou em novembro de 2005 com a elaboração e publicação de um artigo apresentando os dados preliminares da pesquisa (Deslandes et al., 2006). Paralelo a

este esforço de síntese inicial, todas as unidades selecionadas foram visitadas para a nova fase de coleta de dados. Os instrumentos, tal qual ocorreu na fase anterior, foram respondidos pelo gerente de cada unidade ou por um profissional delegado por ele como sendo o mais adequado para prestar as informações previstas.

Os questionários foram estruturados em três blocos de questões, um primeiro de identificação do serviço; um segundo caracterizando a estrutura existente; e um terceiro, sobre a organização do serviço.

O instrumento aplicado aos serviços que prestam atendimento pré-hospitalar ficou constituído por 26 questões: 1) uma destinada à identificação; 2) três voltadas para a caracterização da estrutura, versando sobre o número total de atendimentos por acidentes e violências, realizados nos anos de 2004 e primeiro semestre de 2005, equipamentos e pessoal disponíveis; 3) 22 questões sobre a organização do serviço, investigando mecanismos de transferência e transporte de pacientes, mecanismos de integração e suporte para laboratório de radiologia e de patologia clínica, e de articulação com a Central de Regulação. Desse bloco também constaram perguntas sobre: a) rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violências; b) capacitação dos profissionais e c) foi solicitado aos entrevistados que dessem notas em relação a itens empregados no cotidiano da assistência e necessários a um bom atendimento. Por fim foram incluídas informações sobre d) indicadores do atendimento pré-hospitalar móvel e e) algumas questões sobre o registro do atendimento.

Do questionário destinado aos serviços do nível hospitalar constaram 27 questões: 1) três de identificação; 2) quatro sobre a estrutura; 3) 20 sobre a organização do serviço. No que se refere à estrutura, foram investigados (a) os números de leitos (do hospital, de urgência e emergência, adultos, pediátricos e de retaguarda), (b) os atendimentos realizados especificados por acidentes e violências e (c) os recursos tecnológicos e de pessoal disponíveis para o atendimento. No tocante à organização foram solicitadas informações sobre: (d) mecanismos de transferência de pacientes; (e) de suporte laboratorial e (f) de articulação do serviço com a Central e Regulação. O questionário ainda apresentou questões sobre (g) rotinas de atendimento aos acidentes e violências, (h) capacitação dos profissionais e (i) registro do atendimento (sistematização, uso da CID-10 e dos dados para o planejamento das ações, integração do banco de dados, capacitação de pessoal para o registro e a notificação de casos de violência contra criança/adolescente e mulher). Os gestores e os profissionais dos serviços hospitalares também foram solicitados a: (j) atribuírem notas sobre vários itens do atendimento e (l) responder se o serviço oferece suporte adequado e suficiente às famílias e aos praticantes de acidentes e violências.

O questionário destinado aos serviços de reabilitação foi composto por 18 questões: 1) duas de identificação, 2) seis de estrutura e 3) dez sobre organização do serviço. No bloco referente à estrutura, investigamos (a) o número de leitos e de atendimentos realizados em geral e por acidentes de violências, (b) se o serviço dispõe de recursos tecnológicos adequados e suficientes, (c) qual a equipe disponível e as suas competências em termos de

órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Ainda neste bloco de questões foi solicitada: (d) a atribuição de notas sobre vários itens do atendimento (órteses, próteses e outros meios de locomoção, variedade e continuidade de abastecimento de medicamentos, de insumos básicos e de equipamentos para apoio de reabilitação). No bloco seguinte, referente à organização do serviço foram pesquisados: (e) mecanismos de transferência de pacientes e de articulação do serviço com outros, e (f) de suporte para apoio laboratorial. Também foi avaliada: (g) a presença de rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais. Foram pesquisados (h) o registro e a sistematização dos dados de atendimento, (i) o planejamento das ações a partir desses dados e (j) a existência de pessoal capacitado para isto. Por fim, avaliamos, (l) através de notas atribuídas pelos gestores, alguns itens do atendimento (comunicação com outros serviços, transporte de pacientes, instalações físicas, especialização da equipe, registros do atendimento e fluxos de referência e contra-referência). Também perguntamos sobre (m) o tempo decorrido entre a lesão e a busca do tratamento, (n) o agendamento da primeira consulta e (o) a permanência do paciente em tratamento. Finalmente, indagamos sobre: (p) a adequação e a suficiência do serviço quanto à preparação para a alta, ao oferecimento de atendimento domiciliar e acompanhamento pós-alta e ao suporte e convívio social e familiar e (q) a oferta de informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências.

Foram também elaborados roteiros de entrevistas semi-estruturadas destinadas aos seguintes gestores (anexos de 6 a 11): 1) responsável pela coordenação do Comitê Gestor ou responsável pela Rede Pactuada de Atendimento às Emergências; 2) Coordenador/Diretor do Samu/GSE/Siate; 3) responsável pela administração dos hospitais de emergência; 4) coordenador do Núcleo de Educação em Urgências ou responsável por função equivalente; 5) diretor do Hospital responsável pelo maior número de atendimento às vítimas de acidentes e violências; 6) responsável pelo atendimento de reabilitação no município. Buscamos com esses roteiros compreender a ótica dos gestores sobre a situação de cada cidade no que concerne ao atendimento das vítimas de acidentes e violências, ao cumprimento das diretrizes da PNMAV e aos demais parâmetros de qualidade de atendimento preconizados nas políticas e portarias mais importantes para cada um desses três setores de atenção. Essa elaboração consumiu três meses de trabalho.

Nesta fase da nova coleta de dados, buscamos observar se alguma unidade oferecia mais de uma modalidade de atendimento. Por exemplo, se um hospital possuía uma emergência e também um ambulatório especializado no acompanhamento de vítimas de violências intrafamiliares. Nesse caso, dois ou mais instrumentos diferentes foram preenchidos. Isso explica a diferença entre o menor número de unidades de saúde caracterizadas no capítulo 6 e o dos serviços atuantes, descritos ao longo do capítulo 7.

Neste trabalho de campo, as equipes locais realizaram as entrevistas qualitativas e aplicaram os questionários referentes a cada um dos níveis de atendimento (tabela 3). A lista nominal de todos os serviços envolvidos nesta fase da pesquisa encontra-se no Anexo 12. Os mecanismos desenvolvidos para o trabalho de coleta dos dados foram mais simplifica-

dos, uma vez que os locais já eram conhecidos por meio das atividades realizadas na segunda etapa e os profissionais já estavam informados e sensibilizados para o estudo. A proposta da terceira etapa era aprofundar o conhecimento e a avaliação por meio da qualificação do atendimento fornecido.

Tabela 3 – Distribuição dos serviços pesquisados em cada município, segundo nível do atendimento

| Locais | Pré-hospitalar | Hospitalar | Reabilitação | Total |
|------------------|----------------|------------|--------------|-------|
| Manaus | 8 | 7 | 3 | 18 |
| Recife | 10 | 10 | 6 | 26 |
| Distrito Federal | 21 | 15 | 8 | 44 |
| Rio de Janeiro | 10 | 16 | 1 | 27 |
| Curitiba | 8 | 5 | 2 | 15 |
| Total | 57 | 53 | 20 | 130 |

Realizamos também entrevistas qualitativas, envolvendo 32 gestores (7 em Manaus, 6 em Recife, 6 no Distrito Federal, 7 no Rio de Janeiro e 6 em Curitiba). Todo o trabalho de campo da fase três demandou sete meses de investimento das equipes.

Esta fase foi importante para o ajuste das unidades de serviços que deveriam concretamente ser incluídos no estudo. Assim, algumas foram excluídas em Recife, outras foram acrescentadas em Curitiba e o universo da pesquisa, anteriormente restrito a Brasília, ampliou-se para diversas regiões administrativas do Distrito Federal. Assim, foi decidido que as atividades de campo integrassem as regiões de Gama, Taguatinga, Brazilândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Riacho Fundo e Candangolândia, aplicando-lhes o questionário de levantamento apropriado para a fase 2, a fim de que o banco de dados ficasse completo para todo o Distrito Federal.

No Rio de Janeiro, foi decidido que, quando a equipe visitasse novamente os serviços situados na Zona Oeste para aplicação dos questionários da terceira fase, seriam reaplicados os questionários da segunda fase que haviam sido roubados. No entanto, em dois hospitais (um municipal e outro estadual) foi preenchido apenas o instrumento da fase 3.

Como na segunda etapa, todos os dados colhidos em campo na fase 3 foram tabulados e digitados. Também foi realizada a crítica dos bancos pela equipe central da pesquisa (Claves). Esses bancos, já em Excel, foram analisados conforme as variáveis dos questionários (estrutura e organização do serviço) e de acordo com os níveis de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação). As informações foram processadas e transformadas em tabelas e gráficos contendo frequências simples e relativas. Enviamos as análises preliminares a cada coordenador, a fim de que todos tivessem os dados organizados e classificados e a partir deles, elaborassem o relatório final da

pesquisa. Esse material consta de um CD-Rom disponibilizado para cada município e para o Distrito Federal.

Ao término desse processo, realizamos mais um seminário interno com a equipe central e com os pesquisadores de cada cidade parceira. Mais uma vez, trocamos experiências de campo, compartilhamos decisões e alterações. Nessa ocasião também foi pactuado um modelo comum a ser seguido na organização do relatório final de cada cidade. A elaboração dos relatórios locais envolveu, em média, quatro meses.

A quarta fase da pesquisa foi dedicada à análise crítica e à busca de aumentar a qualidade dos dados e a validade das interpretações produzidas passo a passo. Nesse movimento, todos os relatórios locais foram debatidos pelos profissionais de estatística, epidemiologia e ciências sociais do Claves e reenviados às equipes locais a fim de que se ajustassem as informações e a forma de apresentação das mesmas. Essas equipes, por sua vez, novamente refletiram sobre as observações e sugestões, realizando um exercício de autocritica, mas também de autonomia acadêmica, incorporando as observações consideradas pertinentes.

Quando a segunda versão dos relatórios estava concluída, foram marcadas reuniões com os gestores de cada cidade para apresentação dos resultados da pesquisa. Nesses encontros, ocorridos entre novembro e dezembro de 2006, houve um rico e produtivo debate sobre as informações, sugestões e diagnósticos elaborados. Esse momento permitiu não somente um ganho de maior confiabilidade ao estudo, mas esperamos também ter contribuído para sensibilizar os gestores em relação aos problemas e sugestões apontados nos relatórios locais.

A partir daí, os relatórios finais das cidades serviram de base para a construção de uma análise transversal, incluindo ainda, como matéria de consulta e exame, todos os acervos originais (banco de entrevistas e dos dados das unidades) de cada cidade.

A análise qualitativa teve-se a buscar interação entre os conteúdos manifestos e à inferência de conteúdos latentes dos depoimentos e anotações de campo. As entrevistas foram processadas a partir de leitura temática. A seguir, os trechos pertinentes foram codificados, identificando os argumentos, significados e relatos de práticas relevantes aos objetivos do trabalho. Partimos do pressuposto de que o campo representacional é importante para a compreensão dos conceitos, valores e comportamentos existentes, mas também repleto é de ambigüidades e contradições. Essa rica tensão entre as diversas versões e práticas deu-nos parâmetros para reconhecermos um certo estado da consciência social e das ações desse campo de atuação (em nosso caso, a implantação da PNRMAV e a atenção às vítimas de acidentes e violências).

Com a análise quantitativa dos dados, buscamos mapear os indicadores sociodemográficos e econômicos (área, densidade demográfica, estrutura populacional, divisões territoriais internas, renda, escolaridade, habitação e saneamento, entre outros). Também foram analisados dados relativos à mortalidade e à morbidade por causas externas buscando construir o perfil epidemiológico de cada local estudado quanto a esses eventos.

Em relação à mortalidade foram analisados dados de 2000 a 2004, a partir do Sistema Informações sobre Mortalidade (capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10) e em relação à morbidade as informações foram extraídas do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares para o ano de 2004, considerando-se os capítulos XIX e XX da CID-10 (www.datasus.gov.br).

Tanto os dados de mortalidade como os de morbidade por causas externas em geral e causas externas específicas de cada município foram analisados em termos de números absolutos, proporções e taxas, segundo sexos e faixas etárias.

No panorama das causas externas foram também incluídas análises de dados do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) – www.denatran.gov.br – relativos às vítimas fatais e não fatais dos acidentes de trânsito, no ano de 2002, segundo variáveis de sexo, faixa etária, tipo do acidente e período do dia de sua ocorrência.

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença até o cálculo de índices mais sofisticado.

Algumas características importantes dos indicadores são sua mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificarem o investimento de tempo e recursos).

É desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem subsídio fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Além disso, são instrumentos importantes para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população.

Neste estudo, indicadores na área de violência foram criados objetivando o auxílio aos municípios na avaliação e monitoramento do grau de implantação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências.

A construção destes indicadores tomou como referência central as diretrizes da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, especialmente aquelas concernentes ao atendimento prestado às vítimas na rede pública de saúde.

Como já dito, após estudos e revisões sobre as principais Portarias que regulam as três modalidades de assistência (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação), identificamos os indicadores referentes a equipamentos, infra-estrutura, organização do atendimento e recursos humanos. Assim, a elaboração desses instrumentos foi concomitante à criação dos questio-

nários, já incluindo nesses últimos, as variáveis de interesse para compor os indicadores. Os dados das entrevistas também serviram de base para alguns indicadores qualitativos.

Inicialmente construímos 92 indicadores que pudessem dimensionar o grau de implantação nos municípios das principais diretrizes que integram a Política Nacional. Os mesmos foram elaborados para cada eixo da política, agregando o bloco 1 para o atendimento às vítimas de acidentes e violências (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação) e o bloco 2 com os demais quesitos da Política: a) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; b) monitoramento da ocorrência de acidentes e violência; c) capacitação de recursos humanos; d) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas).

Também foram incorporados alguns indicadores já utilizados de forma corrente na avaliação e monitoramento da qualidade do atendimento prestado à área do pré-hospitalar móvel.

Após a primeira submissão aos coordenadores e equipes de cada cidade, os 92 indicadores foram discutidos e selecionamos 74.

Diante de um conjunto tão grande, tínhamos ainda duas tarefas: a de recorte e a de validação. Assim, os indicadores foram submetidos a vários especialistas em todo o país visando a pactuar um número razoável e com conteúdo o mais adequado possível. Isto foi feito por meio da técnica Delphi, que permite conhecer a opinião de especialistas sobre determinado problema em relação a: sua dimensão, a definição de objetivos e prioridades em sua solução, e inclusive quanto à previsão do futuro (Varela, 1991).

O processo preconizado pela técnica Delphi segue o seguinte percurso: envio de questionário a um conjunto de especialistas; elaboração de outro instrumento a partir das respostas dos especialistas; novo envio para que se pronunciem sobre seu grau de acordo com cada afirmação conseguida. Sucessivamente tais etapas são realizadas até que alcancemos consenso (Varela, 1991; Jones & Hunter, 1995).

Em nosso estudo essas etapas foram realizadas da seguinte forma:

1. Envio dos questionários contendo todos os indicadores propostos (Anexo 13). Nesse instrumento os indicadores estavam dispostos por modalidade de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar, reabilitação e demais diretrizes) e por função (por ex. “avaliar a organização dos serviços” etc). Solicitamos ao especialista que assinalasse se considerava cada indicador como imprescindível, necessário ou dispensável. A seguir lhe era requerido que declarasse a certeza com que respondia cada item, numa escala de 0 a 100%.
2. Análise das respostas, já separando os indicadores que obtiveram consenso. Arbitramos que o ponto de corte seria uma aprovação de 60% ou mais. Esta escolha por não colocar um escore muito alto se deveu à novidade da temática de avaliação com a qual estávamos trabalhando. Desta forma foram selecionados 38 indicadores. Nessa rodada, todos os que não obtiveram o percentual de consenso foram transcritos para um novo questionário. Nesse segundo instrumento (Anexo 14), cada especialista

foi novamente consultado sobre a importância dos indicadores, recebendo a informação dos percentuais obtidos no grupo e a resposta que tinha dado inicialmente. Perguntávamos então se ele mantinha ou alterava sua decisão inicial. Vejamos o exemplo:

Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte, durante todo o horário de atendimento da unidade, para laboratório de radiologia e de patologia clínica.

| | | |
|--|--------------------|--------------------|
| O grupo de <i>experts</i> considerou este indicador: | | |
| Imprescindível (55,8%) | Necessário (38,5%) | Dispensável (5,8%) |
| Você/sua equipe considerou (consideraram) este indicador: | | |
| Imprescindível () | Necessário () | Dispensável () |
| Levando em conta estas informações, Você, agora, consideraria este indicador como: | | |
| Imprescindível () | Necessário () | Dispensável () |
| Caso você queira, por favor justifique o motivo: | | |

Após a segunda consulta, os questionários foram mais uma vez analisados e 22 novos indicadores obtiveram o consenso.

Logo, com esta técnica 60 indicadores obtiveram consenso e ganharam legitimidade para serem utilizados por gestores que queiram avaliar, em seus municípios, a implantação da PNRMAV em seu município. Os indicadores (blocos 1 e 2) selecionados na primeira e na segunda fase de consulta, bem como seus percentuais de aprovação podem ser observados no capítulo 3, onde toda a técnica e o processo de elaboração estão detalhados.