

### 3. O Processo de Construção dos Indicadores para Avaliação da PNRMAV

Suely Ferreira Deslandes  
Edinilsa Ramos de Souza  
Andréia Ferreira de Oliveira  
Cleber Nascimento do Carmo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DELANDES, SF., *et al.* O Processo de Construção dos Indicadores para Avaliação da PNRMAV. 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. 47-68. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.747/9788575415412](https://doi.org/10.747/9788575415412). 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/).

# 3 | O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA PNRMAV

Suely Ferreira Deslandes  
Edinilsa Ramos de Souza  
Andréia Ferreira de Oliveira  
Cleber Nascimento do Carmo

## OS INDICADORES E SUAS FONTES

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, por exemplo) até o cálculo de índices mais sofisticados.

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 justificam 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 gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta 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 (Opas, 2002).

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 Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados às vítimas de acidentes e violências em nosso país.

A construção dos indicadores neste trabalho foi principalmente baseada nas principais diretrizes da PNRMAV (Brasil, 2001a):

1. Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

Um grupo de trabalho foi criado para realizar um levantamento das principais portarias e normas que regulamentassem o atendimento às vítimas de acidentes e violências na área do pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação. Realizou-se uma busca bibliográfica na biblioteca do Ministério da Saúde (BVS) e diversas portarias foram identificadas. Assim, foram criados alguns indicadores complementares à PNRMAV.

Os indicadores complementares para o atendimento pré-hospitalar (Portaria 1863 29/9/2003, 1.864 29/9/2004, 2.048 5/11/2002), hospitalar (Portaria 479/GM 15/4/1999, 2048/GM 5/11/2002, 466/SAS 4/6/1998, 1167/GM 15/6/2004, 213/SAS 15/6/2004) e Reabilitação (Portaria 818/MS junho/2001 e Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 2003).

Também foram incorporados aqueles indicadores que já eram utilizados na avaliação e monitoramento da qualidade do atendimento prestado as vítimas de acidentes e violências, principalmente aqueles referentes à área do pré-hospitalar móvel.

Os instrumentos de coleta dos dados na área do pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação foram então elaborados com base na regulamentação vigente do Ministério da Saúde e suas variáveis comporiam nossos indicadores. Alguns indicadores foram construídos utilizando também os dados qualitativos da pesquisa.

Foram construídos inicialmente 92 indicadores a fim de analisar 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) Monitorização da ocorrência de acidentes e violência; (c) Capacitação de recursos humanos; (d) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas).

Os indicadores propostos foram criados segundo os tipos de serviços existentes dentro de cada grande área, incorporando os parâmetros estabelecidos nas diversas portarias referentes a equipamentos, infra-estrutura e recursos humanos, por exemplo.

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

## BLOCO I - PRINCIPAIS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E OS PRINCIPAIS INDICADORES SELECIONADOS

Os indicadores criados dentro deste bloco referem-se às diretrizes de sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e

intersetorial às vítimas de acidentes e violências (hospitalar) e estruturação e consolidação do atendimento voltado a recuperação e reabilitação.

## Pré-Hospitalar

Os serviços que compõem a área do pré-hospitalar são divididos em pré-hospitalar fixo (unidade do Programa Saúde da Família, unidade do Programa Agentes Comunitários de Saúde, unidade de atenção básica ampliada, unidade não hospitalar (P.S./atendimento 24 horas), ambulatório especializado, serviço de diagnóstico e terapia) e móvel (Samu, Siate, GSE).

Os serviços pré-hospitalares fixos são responsáveis pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, com baixa gravidade/complexidade, de sua área de cobertura ou adscrição.

Já o serviço pré-hospitalar móvel (Atendimento Móvel de Urgência/Samu 192) é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Objetiva chegar precocemente à vítima com problema de saúde de natureza clínica, cirúrgica, psiquiátrica e traumática (intoxicação, trauma, queimadura, maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes com vítima, choque elétrico, acidentes com produtos perigosos), prestando-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

A construção dos indicadores para o atendimento pré-hospitalar foi fundamentada nas portarias discriminadas a seguir:

- 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;

- 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;

- 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;

- 1.864/GM, de 29 de setembro de 2004, 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 todos o território brasileiro: SAMU-192;

- 2.072/GM, de 30 de outubro de 2003, que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências;

- 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que: (1) aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; (2) determina 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) altera 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) determina à Secretaria de Assistência à Saúde, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto aprovado; (5) estabelece o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

Os indicadores criados dentro da área pré-hospitalar avaliaram os seguintes aspectos:

- organização e implantação dos serviços pré-hospitalares;
- integração destes serviços com o atendimento de emergência hospitalar através de centrais de regulação médica;
- articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança;
- oferta de atividades voltadas para a re-educação dos agressores;
- notificação de maus-tratos de idosos por parte do profissional de saúde nos serviços que atendem às vítimas de acidentes e violências;
- padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas;
- presença de Mapeamento das áreas de risco no atendimento às vítimas de acidentes e violências;
- existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas

## Hospitalar

Para o adequado atendimento às vítimas de acidentes e violências, a Política Nacional preconiza que a rede de serviços do SUS deva se organizar de forma a diagnosticar a violência e acidentes entre usuários e acolher as demandas, prestando uma atenção digna, de qualidade e resolutiva.

Inicialmente, os serviços que prestam atendimento hospitalar foram classificados em Hospitais Gerais, Centro de Referência (principalmente na área de traumatologia-ortopedia) e Unidades Hospitalares de Referência tipos I, II e III. Porém, observamos que a maioria das unidades de saúde não sabia sua classificação. Optamos então por classificar as unidades hospitalares em dois tipos: hospitais gerais e de referência.

Os indicadores na área hospitalar foram elaborados utilizando as seguintes portarias:

Portaria 479/GM, de 15/04/1999 – Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

Portaria 2048/GM, de 5/11/2002 – Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de atendimento as urgências e emergências.

Portaria 466/SAS, de 04/6/1998 – Proposta de portaria estabelecendo regulamento técnico para funcionamento de serviços de tratamento intensivo.

Portaria 1167/GM, de 15/06/2004 – Política Nacional de Atenção em traumatologia-ortopedia.

Portaria 2048/GM, de 5/11/02 – Altera o artigo 2º da portaria 479.

Portaria 213/SAS, de 15/6/2004 – Define e dá atribuições aos serviços de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.

Os indicadores propostos abordaram os seguintes aspectos:

- articulação do atendimento do setor saúde com áreas jurídicas e de segurança;
- assistência às vítimas de acidentes e violências integrando atividades desenvolvidas pelos PSF e Pacs;
- presença de normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências para padronização de condutas, racionalização do atendimento e redução dos custos;
- oferta e adequação de leitos de terapia intensiva (adulto e pediátrica);
- criação de serviços de referência para atendimento de casos de abuso sexual e de suas famílias;
- presença de atendimento ao aborto legal nos serviços de atendimento;
- capacitação dos profissionais para o atendimento as intoxicações (especialmente decorrentes de agrotóxicos);
- existência de articulação intersetorial para melhor atendimento às vítimas;
- estruturação e organização dos serviços de atendimento hospitalar.

## Reabilitação

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências sugere a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e reabilitação, considerando como condição *sine qua non* a elaboração de normas para este tipo de atendimento e o aparelhamento das unidades de saúde para este fim.

Em junho de 2001, a Portaria do Ministério da Saúde, número 818, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

Esta Portaria define os três níveis de assistência à reabilitação física (primário, intermediário e de referência). Em todos os níveis estão incluídas as competências para prescrição, avaliação, adequação treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção, preparação para alta, convívio social e familiar além de orientação e suporte às equipes de Saúde da Família.

Os serviços de reabilitação física no primeiro nível são subordinados tecnicamente a um serviço de nível intermediário, desenvolvendo atendimento individual e em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar. Já os serviços de referência em medicina física e reabilitação visam à assistência intensiva daqueles referenciados por outros serviços.

Os indicadores criados na área de reabilitação contemplavam aspectos relacionados:

- as ações direcionadas aos pacientes e suas famílias;
- a oferta de atendimento multiprofissional aos portadores de deficiência;
- a provisão de recursos de reabilitação tais como órteses, próteses e meios de locomoção;
- a produção de diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;
- a estruturação e organização dos serviços que prestam atendimento de reabilitação.

## BLOCO II - PRINCIPAIS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E OS PRINCIPAIS INDICADORES SELECIONADOS

Alguns indicadores para este bloco foram selecionados com base nas entrevistas realizadas com os gestores das unidades de saúde (análise qualitativa) e outros foram sugeridos sem serem testados, pois apesar de não serem mensurados nos instrumentos da pesquisa, se constituíam em indicadores importantes para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional nos municípios.

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

Os indicadores criados para esta diretriz da Política Nacional dizem respeito a ampla mobilização da sociedade e mídia quanto a importância dos acidentes e violências; a importância da divulgação de materiais educativos destinados à população, profissionais de saúde e de educação e a recuperação, apoio e informação às vítimas de acidentes e violências e suas famílias.

### Monitorização da ocorrência de acidentes e violência

Quanto a monitorização da ocorrência de acidentes e violência, foram criados indicadores que avaliam:

- a promoção de registro contínuo e padronizado das informações visando a elaboração de estratégias de intervenção oportunas acerca dos acidentes e violências;
- o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde;
- a sensibilização dos gestores dos IML sobre a importância dos dados deste setor, incluindo as capacitações para médicos;
- a elaboração de normas para padronização de fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (com perfil do paciente, tipos de lesões, causas e acidentes de trabalho).

### Capacitação de Recursos Humanos

A capacitação de recursos humanos é fundamental para o êxito das ações que venham a ser implementadas nesta área. Foram criados indicadores que avaliam a oferta de capacitação por parte dos gestores para a melhoria da qualidade de registro sobre acidentes e violências e os que avaliam a capacitação de profissionais para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis.

### Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de violência

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados aos acidentes e violências é medida essencial para que o tema seja efetivamente abordado como problema de saúde pública relevante. A integração dos municípios com instituições de pesquisa foi avaliada através da construção de um indicador.

### TÉCNICA DELPHI PARA A PRODUÇÃO DE CONSENSO DOS INDICADORES

Objetivando a realização dos ajustes teóricos e metodológicos necessários, foi realizada uma análise preliminar para avaliação da adequação dos indicadores criados aos dados provenientes da pesquisa. Alguns indicadores foram excluídos nesta etapa, pois não possuíam um bom poder discriminatório (percentual de adequação de 100% em algumas unidades). Outros foram ‘flexibilizados’, ou seja, o ponto de corte para avaliação do percentual de adequação foi alterado uma vez que poucas unidades atendiam ao critério ‘stricto’ (unidades que raramente possuíam todos os equipamentos preconizados para os PS 24h, serviços de diagnóstico e terapia, por exemplo).

Visando a analisar os 74 indicadores criados quanto a sua viabilidade e relevância, foram consultados vários especialistas (100 profissionais):

- os coordenadores dos 58 Núcleos da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde;
- representantes do Ministério da Saúde;



- membros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas);
- integrantes de instituições universitárias;
- representantes das secretarias de Saúde (Rio de Janeiro, Curitiba, Manaus, Recife e Distrito Federal).

Segundo Wright & Giovinazzo (2000), o método Delphi foi desenvolvido inicialmente na empresa norte-americana Rand Corporation, na década de 50, e tinha como objetivo obter consenso de especialistas sobre previsões tecnológicas. A idéia do método é consultar diversos especialistas por meio de questionários em rodadas sucessivas, buscando cumulativamente o consenso sobre um tema relativamente complexo ou em área de conhecimento ainda não consolidada (Santos et al., 2005). Em todas essas rodadas, os especialistas têm a oportunidade de conhecer as respostas dos seus pares (porém, com garantia de anonimato para todos os participantes), podendo rever suas opiniões ao longo das rodadas. Acredita-se que isto favoreça a convergência e a obtenção de consenso sobre as questões tratadas.

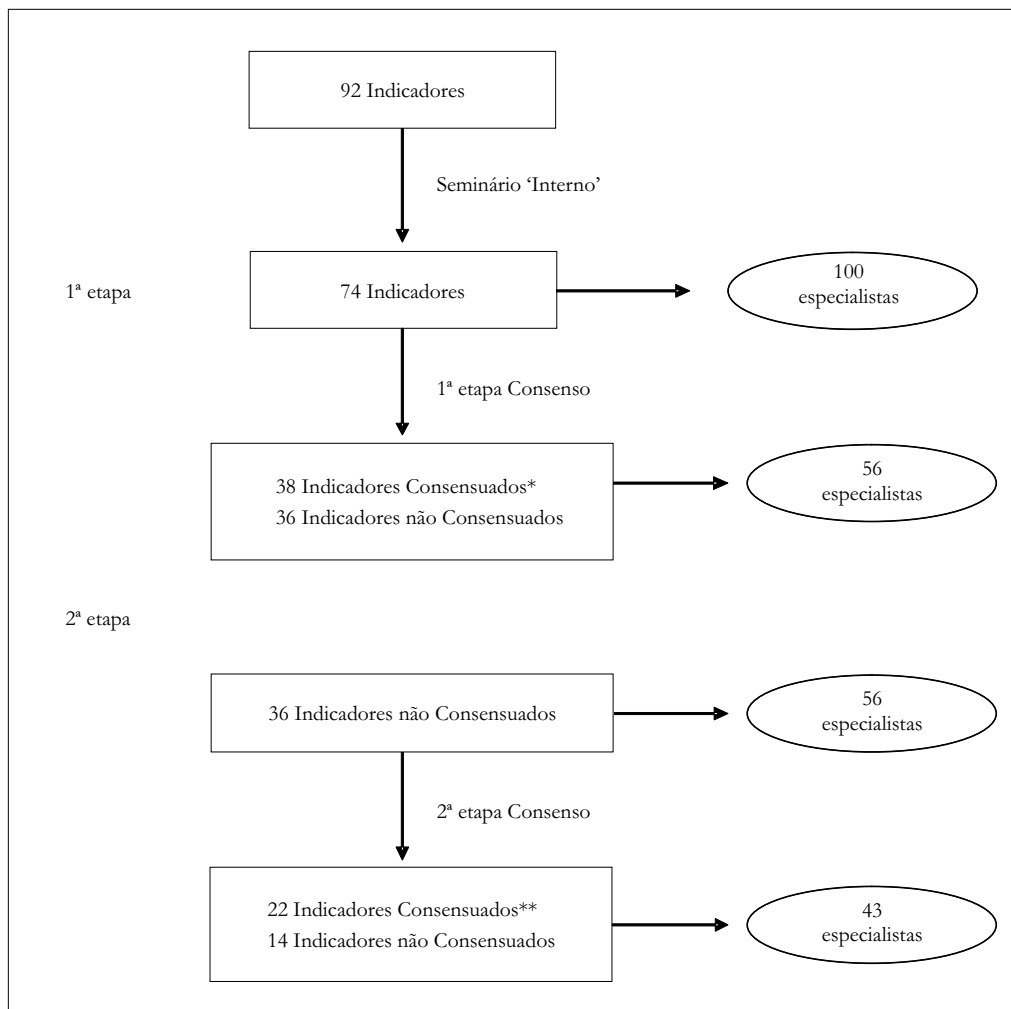
Na presente pesquisa, a realização do método se deu através de duas rodadas de questionários. Na 1ª etapa, a equipe de pesquisa montou o questionário e repassou aos especialistas – que os responderam individualmente, justificando e qualificando suas respostas com base nas categorias (a) indispensável, (b) necessário e (c) dispensável. Neste momento, foram 100 especialistas consultados, porém apenas 56 retornaram as respostas.

As perguntas contidas nos questionários foram todas “fechadas”, ou seja, todas as opções de resposta estavam previstas. Cada indicador oferecia também uma escala de grau de certeza, que variava de 0% a 100%, para que os especialistas julgassem com que ‘grau de confiança’ julgavam a importância de cada indicador. Em todas as questões, esses graus de certeza ficaram em torno de 100%; o que, em princípio, demonstrava o alto nível de conhecimento dos especialistas sobre as questões levantadas.

Os resultados foram analisados segundo a proporção de consenso alcançada. Para fins operacionais, definiu-se que o indicador estaria consensuado se obtivesse uma proporção de respostas em uma mesma categoria igual ou superior a 60%.

Os indicadores que não obtiveram consenso ( $n=36$ ) foram devolvidos aos participantes da seguinte forma: todos os especialistas que participaram da primeira fase ( $n = 56$ ) receberam o mesmo instrumento, contendo suas respostas originais e a comparação com o percentual das respostas dadas pelo grupo (especialistas de todo o Brasil) para cada item (2ª etapa). Dessa maneira, cada participante poderia mudar ou não sua resposta diante da comparação com o comportamento observado nas respostas do grupo. Ainda foi disponibilizado um espaço para que justificassem (opcional) suas respostas. Nesta 2ª etapa, 22 indicadores foram consensuados e 14 não. Dos 56 especialistas, apenas 43 retornaram suas respostas, o que correspondeu a uma perda de aproximadamente 23% ( $n = 13$ ) (Figura 1).

Figura 1 – Número de indicadores consensuados segundo etapas da técnica Seminário 'Interno'



Delphi. Número de especialistas participantes em cada etapa.

\* 35 indicadores foram considerados imprescindíveis e 3 necessários.

\*\* 17 indicadores foram considerados imprescindíveis e 5 necessários.

No quadro 1, apresentam-se as instituições a que pertencem os especialistas (n=43), que participaram da 1ª e 2ª etapas do processo de consenso dos indicadores.

Quadro 1 – Instituições que participaram da 1ª e 2ª etapa para consenso dos indicadores na área de Acidentes e Violência – 2006

Instituições
Núcleos de Prevenção a Acidentes e Violências
Núcleo municipal Vila Velha ES
Núcleo municipal: Departamento de Epidemiologia de Boa Vista-RR
Núcleo municipal: Núcleo de Prevenção da Violência/Causas Externas e Promoção da Saúde de Vitória/ES
Núcleo municipal de Niterói – RJ
Núcleo municipal: Campo Grande – MS
Núcleo municipal: Olinda – PE
Núcleo municipal: Corumbá – MS
Núcleo municipal: Nova Iguaçu – RJ
Núcleo municipal: Escola de Saúde da Família - Sobral – CE
Núcleo municipal Cuiabá – MT
Núcleo municipal: Cariacica – ES
Núcleo municipal: SMS de Guarulhos
Núcleo municipal: Goiânia – GO
Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de Pernambuco
Núcleo municipal: Instituto Promundo – RJ
Núcleo acadêmico – RJ-IPAS
Núcleo estadual e municipal do Rio de Janeiro
Núcleo municipal de Curitiba
Núcleo municipal de Osasco
Núcleo estadual da Paraíba
Núcleo municipal: SMS Diadema – SP
Núcleo municipal de Rio Branco – AC
Núcleo municipal de Petrópolis – RJ
Núcleo estadual Mato Grosso do Sul
Núcleo acadêmico: Faculdade de saúde da USP - CEPEDOC CIDADES SAUDÁVEIS
Núcleo estadual de São Paulo
Núcleo estadual SES – Brasília
Núcleo municipal: Itaquaquecetuba – SP
Núcleo municipal Natal – RN
Núcleo acadêmico – Escola de Saúde Pública do Ceará
Núcleo municipal: Belford Roxo – RJ
Núcleo municipal de Embu das Artes – SP
Núcleo municipal SMS de Porto Alegre – RS
Gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
Gestor Municipal do RJ
Gestor do MS - Coordenação Geral de Urgência e Emergência – CGUE
Gestor Municipal do Rio de Janeiro – Gestor do GSE-Corpo de Bombeiros
Gestor Municipal de Recife
Gestor Municipal de Manaus
Gestor Núcleo Acadêmico Faculdade de Saúde Pública USP
Gestor Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências – NEPAV – SES/DF
Gestor Municipal Brasília
Gestor do Núcleo Acadêmico Universidade do Estado do Amazonas – UEA
Gestor Municipal de Curitiba

## RESULTADOS

Na tabela 4, apresentam-se os 38 indicadores consensuados na 1ª etapa da rodada dos indicadores. Os mesmos foram divididos segundo as diretrizes da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências: bloco 1 (Pré-Hospitalar, Hospitalar e Reabilitação) e bloco 2.

O maior percentual de consenso entre os especialistas ocorreu para o indicador: Existência de linha 192 funcionando (85,7%). O limite de concordância (60%) foi observado para dois indicadores: Proporção de unidades que possuem sala de reanimação e estabilização e proporção de unidades que oferecem de forma adequada e suficiente, preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências.

Tabela 4 – Indicadores consensuados na 1ª etapa

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
<b>PRÉ-HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que atendem crianças e adolescentes e notificam sistematicamente casos confirmados ou suspeitos de violência contra estes grupos	Imprescindível	85,2%
Proporção de unidades que possuem articulação com rede hospitalar através da central de regulação ou com rede pactuada do município	Imprescindível	68,5%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes dos Centros de Defesa de Direitos	Necessário	63%
Proporção de unidades que realizam a notificação de casos confirmados e suspeita de maus-tratos de idosos	Imprescindível	75,5%
Proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com a rede de serviços para transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	69,1%
Proporção de unidades que possuem Sala de reanimação e estabilização	Imprescindível	60%
Proporção de Unidades móveis adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	Imprescindível	63,6%
Existência da linha 192 funcionando ou equivalente	Imprescindível	85,7%
Existência da central de regulação implantada	Imprescindível	67,9%
Tempo médio de resposta total do serviço de unidade móvel	Imprescindível	71,4%
Existência da maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades móveis	Imprescindível	69,1%

Tabela 4 – Indicadores consensuados na 1ª etapa (cont.)

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
<b>HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que notificam sistematicamente casos de violência contra criança e adolescente	Imprescindível	79,6%
Proporção de unidades que possuem rotinas/protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violência acessíveis aos profissionais	Imprescindível	65,5%
Proporção de unidades que possuem UTI	Imprescindível	65,5%
Proporção de unidades com UTI adequada aos requisitos básicos	Imprescindível	72,7%
Proporção de unidades que possuem atendimento de referência para casos de abuso sexual	Imprescindível	77,8%
Existe o serviço de referência para orientação e tratamento às intoxicações e animais peçonhentos	Imprescindível	67,3%
Proporção de hospitais gerais com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	66,7%
Proporção de hospitais de referência para o atendimento às vítimas de acidentes e violências com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	77,8%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para realização de transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	61,8%
Proporção de hospitais com recursos tecnológicos (mínimos e indispensáveis) adequados e suficientes	Imprescindível	65,5%
Taxa de mortalidade hospitalar da emergência	Imprescindível	70,4%
<b>REABILITAÇÃO</b>		
Proporção de unidades que oferecem de forma adequada e suficiente, preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências	Necessário	60%
Proporção de unidades que registram o atendimento segundo a causa de agravo/lesão	Imprescindível	63,6%
Proporção de unidades intermediárias que realizam atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional	Necessário	65,5%
Proporção de serviços de referência que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	Imprescindível	63,6%

Tabela 4 – Indicadores consensuados na 1ª etapa (cont.)

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
<b>BLOCO 2</b>		
Existência, no município, de campanhas de mobilização social para prevenção de acidentes e violências	Imprescindível	67,3%
Existência, no município, de articulação das secretarias de saúde com os conselhos municipais de direitos, conselhos tutelares, etc.	Imprescindível	65,5%
Existência, no município, de campanhas de abrangência municipal para prevenção de acidentes de trânsito	Imprescindível	70,9%
Existência, no município, de campanhas de abrangência municipal para prevenção de violência contra a mulher	Imprescindível	69,1%
Existência, no município, de campanhas de abrangência municipal para prevenção de violência contra idosos	Imprescindível	67,3%
Proporção de unidades que realizam reabilitação física e/ou emocional, acompanhamento psicossocial, reinserção da criança e adolescente na família, orientação sobre direitos, distribuição de material informativo, aconselhamento familiar/terapia casal e família, atendimento social/psicológico/psicossocial	Imprescindível	61,8%
Proporção de unidades que possuem registros sobre os atendimentos às pessoas em situação de acidentes/violências	Imprescindível	72,7%
Proporção de unidades que realizam o registro do atendimento aos acidentes/violências classificados de acordo com CID 10	Imprescindível	67,3%
Existência, no município, de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto de acidentes e violências no setor saúde	Imprescindível	61,1%
Existência, no município, de capacitação para médicos dos IML a fim de qualificar os dados sobre acidentes e violências	Imprescindível	60%
Proporção de unidades que possuem fichas padronizadas de notificação de casos de violência contra a criança e adolescente	Imprescindível	72,7%
Proporção de unidades com pessoal capacitado para registro e sistematização da informação	Imprescindível	69,1%

Os indicadores que não obtiveram consenso entre os especialistas foram para a 2ª etapa (tabela 5). Observou-se que alguns tiveram um percentual próximo ao consenso, mas, por serem inferiores a 60%, não foram classificados como tal. São eles: Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento (59,3%), Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis (58,2%), Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente, Delegacia de atendimento à Mulher e Delegacia de atendimento ao Idoso (58,2%), Proporção de unidades que encaminha e recebe pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude (58,2%), Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento (58,2%).

Para o indicador: Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras observa-se que 49,1% dos especialistas classificaram-no como imprescindível e necessário. Algo similar pôde ser observado para o indicador: Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito, com a mesma proporção de respostas (47,3%) para as classificações “imprescindível” e “necessário”.

Tabela 5 – Indicadores não consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
<b>PRÉ-HOSPITALAR</b>		
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	Imprescindível	55,6%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	Necessário	49,1%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	49,1%
Proporção de unidades que possuem atendimento de reeducação aos agressores	Necessário	43,6%
Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação	Imprescindível	52,7%
Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoxarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia, Necrotério	Necessário	43,6%

Tabela 5 – Indicadores não consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas	Imprescindível	54,7%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS	Imprescindível	52,8%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências	Necessário	55,6%
Proporção de unidades não hospitalares/unidades 24 horas/serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	Imprescindível	47,3%
Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos	Necessário	40%
Existência de ambulância do tipo B ou C ou D	Imprescindível	52,7%
Existência de mapas de risco na central de regulação	Necessário	55,4%
Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas	Necessário	50%
<b>HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de atendimento à Mulher e Delegacia de atendimento ao Idoso	Necessário	58,2%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF	Necessário	50,9%
Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal	Imprescindível	49,1%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	58,2%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	56,4%
<b>REABILITAÇÃO</b>		
Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras	Imprescindível Necessário	49,1% 49,1%
Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	59,3%
Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	47,3%
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	58,2%
Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispõem órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	50,9%



Tabela 5 – Indicadores não consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	47,3%
Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar	Necessário	56,4%
Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade	Imprescindível	54,5%
Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	Necessário	52,7%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	54,5%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	47,3%
BLOCO 2		
Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito	Imprescindível Necessário	47,3% 47,3%
Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	Imprescindível	50,9%
Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências	Imprescindível	54,5%
Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros	Imprescindível	50,9%
Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis	Imprescindível	58,2%
Existência, no município, de pesquisas em parcerias com os municípios	Necessário	47,2%

Na tabela 6, apresentam-se, finalmente, os indicadores que obtiveram consenso na segunda etapa.

Tabela 6 – Indicadores consensuados na 2ª etapa

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
<b>PRÉ-HOSPITALAR</b>		
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	Imprescindível	68,3%
Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação	Imprescindível	81,6%
Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas	Imprescindível	82,9%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS	Imprescindível	73,2%
Existência de ambulância do tipo B ou C ou D	Imprescindível	66,7%
Existência de mapas de risco na central de regulação	Necessário	65,1%
<b>HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	Necessário	60%
Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal	Imprescindível	60%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	73,8%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	78%
<b>REABILITAÇÃO</b>		
Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	69%
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Imprescindível	78,6%
Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar	Necessário	80%

Tabela 6 – Indicadores consensuados na 2ª etapa (cont.)

Indicadores consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade	Imprescindível	66,7%
Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	Necessário	61%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	Imprescindível	73,2%
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	Imprescindível	61%
BLOCO 2		
Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências	Imprescindível	78,6%
Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros	Imprescindível	66,7%
Existência, no município, de capacitação para médicos dos IML a fim de qualificar os dados sobre acidentes e violências	Imprescindível	83,3%
Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis	Imprescindível	78%
Existência, no município, de pesquisas em parcerias com os Municípios	Necessário	64,3%

Além da análise descritiva, optou-se pela utilização da estatística Kappa (Streiner & Norman, 1995), para mensurar a concordância das respostas dos especialistas para os 36 indicadores que não foram consensuados na 1ª etapa. No presente caso, como se trata de concordância para variáveis ordinais, estimou-se o Kappa ponderado, com ponderação quadrática. Para classificação das concordâncias foram considerados os critérios de Landis e Kock (1977): a) quase perfeita: 0,80 a 1,00; b) substancial: 0,60 a 0,80; c) moderada: 0,40 a 0,60; d) regular: 0,20 a 0,40; e) discreta: 0 a 0,20 e e) pobre: -1,00 a 0. Adicionalmente, Fleiss (1981) comenta que, para a maioria dos casos, valores maiores ou iguais que 0,75 indicam uma excelente concordância, valores iguais ou inferiores a 0,40 indicam uma concordância pobre e valores entre 0,40 e 0,75 indicam uma concordância razoável.

De maneira geral, pode-se dizer que as respostas mostraram-se estáveis, com concordância razoável para a maioria das respostas (n=27). Cinco indicadores tiveram concordância excelente e quatro tiveram concordância classificada como pobre, segundo o critério de

classificação de Fleiss (1981). Destaque merece ser dado aos resultados encontrados para os indicadores: “Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento” e “Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal”, o primeiro por apresentar o menor valor de concordância entre todos os indicadores analisados (0,19) demonstrando alta divergência entre os especialistas sobre essa resposta; e o segundo, por sua vez, como sendo o de maior concordância. No quadro 2, a seguir, apresentam-se os resultados de concordância encontrados para cada indicador, segundo a classificação sugerida por Fleiss (1981).

Quadro 2 – Concordância das respostas dos indicadores não-consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa

Indicadores não consensuados	Valor de Kappa com ponderação quadrática	Classificação, segundo Fleiss (1981)
PRÉ-HOSPITALAR		
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	0,65	Razoável
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	0,76	Excelente
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	0,78	Excelente
Proporção de unidades que possuem atendimento de re-educação aos agressores	0,64	Razoável
Proporção de unidades que possuem Sala para sutura, Sala para curativos contaminados e Sala de inaloterapia/medicação	0,71	Excelente
Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almoarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia, Necrotério	0,61	Razoável
Proporção de unidades que possuem a maioria dos medicamentos e equipamentos preconizados nas unidades não hospitalares/unidades 24 horas	0,32	Pobre
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação em ATLS	0,53	Razoável
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências	0,45	Razoável
Proporção de unidades não hospitalares/unidades 24 horas/serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	0,65	Razoável

Quadro 2 – Concordância das respostas dos indicadores não-consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Valor de Kappa com ponderação quadrática	Classificação, segundo Fleiss (1981)
Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos	0,65	Razoável
Existência de ambulância do tipo B ou C ou D	0,47	Razoável
Existência de mapas de risco na central de regulação	0,48	Razoável
Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas	0,38	Pobre
<b>HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	0,64	Razoável
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF	0,66	Razoável
Proporção de unidades que possuem atendimento ao aborto legal	0,87	Excelente
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	0,69	Razoável
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articuladas com outros serviços para suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica	0,42	Razoável
<b>REABILITAÇÃO</b>		
Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras	0,6	Razoável
Proporção de unidades primárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	0,69	Razoável
Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	0,67	Razoável
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	0,19	Pobre
Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	0,54	Razoável
Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção	0,52	Razoável

Quadro 2 – Concordância das respostas dos indicadores não-consensuados na 1ª etapa e que foram para 2ª etapa (cont.)

Indicadores não consensuados	Valor de Kappa com ponderação quadrática	Classificação, segundo Fleiss (1981)
Proporção de unidades primárias que realizam atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar	0,65	Razoável
Proporção de serviços de referência que realizam 10 das 13 atividades principais propostas para seu nível de complexidade	0,61	Razoável
Proporção de unidades primárias e intermediárias que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação as vítimas de acidentes e violências	0,77	Excelente
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	0,54	Razoável
Proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	0,63	Razoável
BLOCO 2		
Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito	0,56	Razoável
Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	0,65	Razoável
Proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes/violências	0,26	Pobre
Proporção de unidades que fazem análise sistemática dos registros	0,66	Razoável
Proporção de unidades com pessoal capacitado para atuarem na prevenção de acidentes e na promoção de ambientes saudáveis	0,57	Razoável
Existência, no município, de pesquisas em parcerias com os Municípios	0,79	Excelente

Após a 2ª etapa, observou-se que 14 indicadores ainda permaneceram sem consenso entre os especialistas. Cabe ressaltar que, em todas as respostas, as classificações predominantes foram “imprescindível” ou “necessário”, demonstrando que, embora não consensuados, estes indicadores possuem importância no monitoramento da situação de acidentes e violências em todo o Brasil (quadro 3).

Quadro 3 – Indicadores não consensuados na 2ª etapa

Indicadores não consensuados	Classificação do indicador segundo especialistas	% concordância
<b>PRÉ-HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes da Delegacia Comum, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher e Delegacia de Atendimento ao Idoso	Necessário	51,2%
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude	Imprescindível	57,5%
Proporção de unidades que possuem atendimento de re-educação aos agressores	Necessário	56,1%
Proporção de unidades que possuem Farmácia, Almojarifado, Sala de expurgo/lavagem de material, Central de material esterilizado, Rouparia, Necrotério	Necessário	52,4%
Proporção de unidades que possuem profissionais que receberam capacitação por núcleos de educação em urgências	Necessário	59,5%
Proporção de Unidades não hospitalares/unidades 24 horas/serviço de diagnóstico terapia e ambulatório especializado adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis	Imprescindível	58,5%
Proporção de unidades que possuem Sala de recepção e espera, Sala de arquivo de prontuário, Sala de triagem de risco, Consultórios médicos	Imprescindível Necessário	42,5% 42,5%
Existência de planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas	Necessário	57,1%
<b>HOSPITALAR</b>		
Proporção de unidades que encaminham e recebem pacientes oriundos de unidade básica de saúde e PSF	Necessário	50%
<b>REABILITAÇÃO</b>		
Proporção de unidades que desenvolvem ações e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências do tipo: Reabilitação física, Suporte social, Visita domiciliar, Acompanhamento psicológico, Grupo de pais, Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos, Oficinas de prevenção à violência, Distribuição material educativo sobre proteção/prevenção à violência, Palestras	Imprescindível	54,8%
Proporção de unidades intermediárias que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Necessário	57,1%
Proporção de unidades que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	57,1%
Proporção de unidades com abastecimento regular de órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção	Necessário	56,1%
<b>BLOCO 2</b>		
Existência, no município, da aplicação do DPVAT na prevenção dos acidentes de trânsito	Imprescindível	56,1%
Proporção de unidades que fazem distribuição de material educativo sobre proteção/prevenção à violência	Imprescindível	57,5%