

Indicadores de Evaluación para la Implementación de los Lineamientos de la Política de Prevención de Accidentes y Violencia

Liana Wernersbach Pinto <https://orcid.org/0000-0003-1928-9265>¹; Edinilsa Ramos de Souza <https://orcid.org/0000-0003-0903-4525>¹; Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva <https://orcid.org/0000-0001-7789-1671>²

Resumen Veinte años tras la creación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia, estos eventos continúan siendo causas importantes de morbilidad y mortalidad en el país. Este estudio presenta el proceso de elaboración de un conjunto de indicadores evaluativos para la implementación de las directrices de la Política. Su formulación implicó inicialmente el análisis de indicadores de un estudio previo y, posteriormente, se empleó la técnica de grupo nominal. Los indicadores propuestos se aplicaron a una base de datos que contenía respuestas a cuestionarios completados por gestores y profesionales de salud de servicios municipales del SUS en los tres niveles de atención (Básica, Hospitalaria y Rehabilitación). Se encontró que la mayoría de los municipios fueron clasificados con un nivel pasable de implementación de la política; algunas directrices alcanzaron una buena implementación, mientras que otras mostraron un desempeño insatisfactorio, en particular las relacionadas con la capacitación y la investigación. Los indicadores destacaron cuestiones importantes sobre la política, su progreso y sus debilidades. Por lo tanto, esta propuesta sería considerada para brindar apoyo a los municipios en la evaluación de la política en su conjunto o en directrices específicas.

Palabras clave Indicadores, Violencia, Accidentes, Morbilidad, Mortalidad

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. lianawep@gmail.com

² Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introducción

La violencia en sus diversas manifestaciones ha sido reconocida como un problema de salud pública de preocupación mundial¹, que afecta la salud individual y colectiva, reduce la calidad de vida y plantea desafíos al sector de la salud².

En Brasil, esta percepción llevó a la formulación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV)³ en 2001, cinco años después de que la Asamblea Mundial realizada por la Organización Mundial de la Salud la identificara como un tema prioritario², y un año antes del Informe Mundial sobre Violencia y Salud 2002. Esta política fue una respuesta estratégica del gobierno para enfrentar y mitigar los impactos de la violencia y los accidentes en la salud de la población brasileña.

La PNRMAV fue elaborada con directrices y objetivos bien definidos para integrar y coordinar esfuerzos de todos los niveles de gobierno para una acción efectiva en el combate a la violencia. Entre sus directrices³ se encuentran promover y adoptar conductas y entornos saludables; monitorear la ocurrencia de accidentes y violencia; sistematizar, ampliar y consolidar la atención prehospitalaria; brindar atención interdisciplinaria e intersectorial a las víctimas; estructurar y consolidar la atención de recuperación y rehabilitación; formar recursos humanos; y brindar apoyo para el desarrollo de estudios e investigaciones.

En 2007 se realizó un análisis diagnóstico detallado en cinco municipios brasileños (Curitiba, Distrito Federal, Manaus, Recife y Río de Janeiro), cuyos resultados se recopilaban en el libro “Análisis diagnóstico de la Política Nacional de Salud para la Reducción de Accidentes y Violencias”⁴. Este análisis utilizó la triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos, incluidas entrevistas a gerentes y la aplicación de un cuestionario. Abarcó todas las directrices de la política y se centró en la atención prehospitalaria, hospitalaria y de rehabilitación. Esta evaluación destacó avances significativos en la implementación del PNRMAV, pero también señaló desafíos importantes, como la necesidad de una mayor integración intra e interinstitucional y la provisión de recursos continuos para apoyar las acciones implementadas. Un aspecto que merece ser resaltado es la no inclusión de la Atención Primaria, que aún no tenía la importancia que tiene hoy en el país.

Se realizaron otros estudios para analizar elementos que sustentan la política, como la no-

tificación y registro de la violencia intrafamiliar y la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes⁵, la evaluación del servicio de emergencia prehospitalaria móvil^{6,7}, el análisis diagnóstico de los servicios de rehabilitación que atienden a víctimas de accidentes y violencia⁸⁻¹⁰, la evaluación de la atención a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia¹¹, y estudios que analizaron la integración del sector salud con otros sectores gubernamentales en el marco de la PNRMAV en el Distrito Federal¹² e investigaciones específicas sobre la aplicación de la política en el estado de Amapá¹³.

Veintitrés años de implementación de la PNRMAV exigen una evaluación de su desempeño¹⁴. Así, Brasil, alineado a las recomendaciones internacionales, enfrenta ahora el desafío de reevaluar y fortalecer la PNRMAV ante los cambios sociales y el progresivo desmantelamiento de las políticas públicas.

Este artículo tiene como objetivo presentar el desarrollo de un conjunto de indicadores para evaluar la implementación de las directrices de la PNRMAV, su combinación en indicadores compuestos que resumen las directrices y otro indicador compuesto que agrega estas directrices y permite una evaluación por estados y municipios para comprender los avances y barreras y proponer formas de fortalecer las acciones de prevención y mejorar la respuesta de salud pública a la violencia y los accidentes.

El contexto de la elaboración de indicadores

La propuesta que aquí se presenta es parte de la “Investigación Evaluativa de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia”, una solicitud del Ministerio de Salud (MS) al Departamento de Estudios sobre Violencia y Salud Jorge Careli de la Escuela Nacional de Salud Pública (CLAVES/ENSP) de la Fiocruz. Este estudio se inició en 2020 y tuvo como objetivo evaluar el proceso de implementación de la PNRMAV desde su promulgación en 2001 hasta 2023, con base en sus siete Directrices.

Esta investigación evaluativa utilizó la triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos. Incluyó cinco etapas: (1) Análisis de datos sobre violencia y accidentes en los sistemas nacionales de información (Sistema de Información sobre Mortalidad - SIM, Sistema de Información Hospitalaria - SIH y Sistema Nacional de Enfermedades de Notificación Obligatoria - SINAN); (2) Desarrollo y aplicación de un cues-

tionario para recolectar datos en los municipios brasileños sobre la implementación de la política; (3) Desarrollo de indicadores evaluativos; (4) Selección de municipios para participar en la etapa cualitativa con base en los indicadores desarrollados en la etapa 3; y (5) Realización de entrevistas con gerentes y profesionales.

El Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública aprobó el proyecto, respetando los preceptos establecidos en las Resoluciones N°466/2012 y 510/2016 (N°4732884, del 25/05/2021). Los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Informado.

El proceso de construcción de indicadores

La elaboración de los indicadores se basó en dos fuentes de datos: (1) los indicadores provenientes de investigaciones previas realizadas por CLAVES y que se encuentran en la publicación “Análisis diagnóstico de la política nacional de salud para la reducción de accidentes y violencia”⁴; y (2) el cuestionario desarrollado por el equipo de investigación en colaboración con el Ministerio de Salud para este estudio.

El cuestionario incluyó los siguientes bloques de preguntas: (1) Identificación del servicio y programa; (2) Estructura existente para la conducción de acciones orientadas por la PN-RMAV; (3) Organización y coordinación en la red existente entre servicios y programas; (4) Formación de recursos humanos para el abordaje de casos de victimización por accidentes y violencia; (5) Monitoreo de la ocurrencia de accidentes y violencia; (6) Acciones para prevenir accidentes y violencia y promover ambientes saludables y una cultura de paz.

Se aplicó la técnica de grupo nominal¹⁵ con base en las dos fuentes mencionadas, mediante la cual un grupo de expertos, liderado por el coordinador de la investigación, discutió exhaustivamente los elementos representativos de cada directriz, que, nuevamente, fueron los ejes estructurantes de la evaluación de principio a fin. Al final de este proceso, que movilizó al equipo desde mayo de 2021 hasta enero de 2022, se construyeron 14 indicadores simples para atención primaria, 27 para el nivel de atención prehospitalaria y hospitalaria, y 22 para el nivel de atención de rehabilitación. Estos se agruparon en cinco, seis y cinco indicadores compuestos, respectivamente, uno por cada directriz evaluada en cada nivel de atención (Cuadro 1).

En el Cuadro 2 se muestran las directrices, el número de preguntas del cuestionario y el

método de cálculo. En el Cuadro 3 se resume el procedimiento para calcular los indicadores compuestos para los niveles de atención. Cada uno de ellos se calculó sumando los indicadores relevantes para cada nivel de atención. Los puntajes de la evaluación se categorizaron como buenos, pasables o malos según el nivel de implementación de la PN-RMAV en cada uno de estos niveles (Cuadro 2).

Aplicación de los indicadores evaluativos

Como se mencionó, el desarrollo de indicadores también sirvió como base para la selección de otros diez municipios que, además de las capitales, serían objeto de la etapa cualitativa de la investigación. Para el cálculo de los indicadores de selección de municipios, se adoptaron los datos recopilados mediante el cuestionario, que se aplicó en línea a través de la plataforma Redcap entre julio y noviembre de 2021. Los enlaces de acceso al cuestionario se enviaron a los secretarios municipales de salud de los 5.570 municipios brasileños. Se les solicitó que los enviaran a los funcionarios municipales responsables de los tres niveles de atención. Así, los indicadores se analizaron con base en los datos de los 531 cuestionarios respondidos por 379 municipios (290 para Atención Primaria, 128 para Atención Prehospitalaria/Hospitalaria y 113 para Atención de Recuperación/Rehabilitación). Se estratificaron por región y tamaño de municipio (grande ≥ 100.000 ; pequeño ≤ 99.999). Todos los procedimientos de análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 24 (IBM Corp, 2016)¹⁶.

Resultados

La Tabla 1 muestra la clasificación de los municipios que participaron en la encuesta en relación a la implementación de las directrices de la PN-RMAV por nivel de atención. Esta tabla muestra los resultados del indicador compuesto que agrega todas las directrices y los indicadores que las representan, y el estado de implementación de la Política en los municipios encuestados. Al analizar el indicador compuesto, encontramos que la mayoría de estos territorios fueron clasificados como pasables en la implementación de la Política. En Atención Primaria, observamos una mayor proporción de municipios con buena implementación (43,4%), mientras que Atención Prehospitalaria/Hospitalaria registró la menor (18,0%).

Cuadro 1. Directrices de la PNRMAV evaluadas y número de indicadores por directriz, por nivel de atención.

Nivel de atención	Directrices de la PNRMAV evaluadas	Número de indicadores utilizados para evaluar la Directriz						
		Directriz 1	Directriz 2	Directriz 3	Directriz 4	Directriz 5	Directriz 6	Directriz 7
Primaria	1, 2, 4, 6 y 7	1	3	--	6	--	3	1
Prehospitalaria y hospitalaria	1, 2, 3, 4, 6 y 7	1	3	7	11	--	4	1
Rehabilitación	1, 2, 5, 6 y 7	1	3	--	--	15	2	1

Fuente: Autores.

La implementación de la Directriz 1, medida mediante un único indicador relacionado con la “movilización de los medios de comunicación y de la sociedad frente a los accidentes y la violencia”, muestra que más del 50% de los municipios tuvieron un buen desempeño en todos los niveles de atención.

En cuanto a la Directriz 2, evaluada por medio de tres indicadores que engloban “la denuncia de casos de violencia por parte de los servicios”, “la creación de flujos de denuncia inter e intrasectoriales” y “la mejora de la calidad de la información”, el desempeño de los municipios también fue calificado como bueno. La Atención Primaria se destacó en esta directriz con un porcentaje de 84,7%.

La Directriz 3 se refiere a la atención prehospitalaria e incluye siete indicadores para evaluar “infraestructura, equipamiento, materiales/insumos, atención/derivación de casos y efectividad del Centro Regulador”. En su evaluación, aproximadamente el 60% de los municipios mostraron una buena implementación para el nivel de Atención Prehospitalaria.

Al analizar “infraestructura, equipamiento, materiales/insumos, recursos humanos, atención/derivación de casos, acciones de prevención, uso de protocolos y líneas de atención, disponibilidad de centros de referencia y servicios especializados, y coordinación intersectorial”, la Directriz 4 mostró un patrón diferente a las anteriores. Se seleccionaron doce indicadores para evaluarla y la mayoría de los municipios tuvieron una buena clasificación en cuanto a Atención Primaria (56,9%), mientras que la mayoría tuvo una implementación pasable (45,1%) en Atención Hospitalaria. Cabe destacar que esta directriz no incluye los servicios de Recuperación/Rehabilitación.

La Directriz 5 se refiere precisamente a la Atención de Recuperación/Rehabilitación y contempla 15 indicadores relacionados con “infraestructura, equipamiento, materiales/insu-

mos, recursos humanos, atención/derivación de casos, acciones de prevención, uso de rutinas/protocolos y disponibilidad de ambulatorios/servicios especializados”. En este sentido, la mayor parte de los servicios fueron clasificados como de implementación pasable (44,2%).

La Directriz 6 se refiere a la “formación de recursos humanos” y se evaluó mediante cuatro indicadores. La mayoría de los municipios tuvieron un malo desempeño. Una vez más, la Atención Primaria se destacó con respecto a los demás niveles, pero aún con un porcentaje relativamente bajo de 36,4% de municipios con buena implementación.

Finalmente, la evaluación de la Directriz 7 involucró apenas un indicador que tuvo como objetivo verificar la “disponibilidad de alianzas con universidades en el desarrollo de actividades de investigación, enseñanza y extensión”, que también presentó un malo desempeño, superando el 80% de los servicios con esa clasificación, y destacándose la Atención Prehospitalaria y Hospitalaria, con el 91,4%.

El Gráfico 1a presenta los resultados del indicador compuesto de Atención Primaria por tamaño de los municipios y regiones del país. Los datos por tamaño (Brasil) muestran que la categoría “bueno” predominó en los municipios grandes (68,0%) y la categoría “pasable” en los municipios pequeños (54,6%). En Atención Prehospitalaria/Hospitalaria, la clasificación “pasable” predominó en la evaluación de municipios de cualquier tamaño (Gráfico 1b), con porcentajes de 45,8% y 53,8% en municipios pequeños y grandes, respectivamente. Aproximadamente el 33,7% de los municipios pequeños presentaron una mala implementación en este nivel de atención. La categoría “pasable” también predominó en la evaluación de Atención de Recuperación/Rehabilitación en más del 50% de los municipios de ambos tamaños (Gráfico 1c). En este nivel de atención, el 28,6% de las localidades más pequeñas presentaron una mala

Cuadro 2. Indicadores evaluativos de las directrices de la PNRMAV (D).

D	Indicador	Nº de preguntas	Categorías	Puntos*	Clasificación	Nivel de atención
1	1: Movilización de los medios de comunicación y la sociedad civil ante los accidentes/violencias de la gestión municipal	4	Una o más veces al año = 2; cada dos o más = 1; nunca se hizo = 0	0-8	Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 y <6 pasable; Puntaje < 3 malo	AP, AH, AR
2	1: Denuncia de violencia (SINAN) en los servicios	1	Sí, la mayoría de los servicios.; = 2; Si, pocos servicios; = 1; No reportan = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	2: Acuerdo sobre el flujo intra/intersectorial de denuncia de la violencia en los servicios	2	Sí = 2; No = 0	0-4	Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo	
	3: Acciones para mejorar la calidad de la información en la red pública y acciones estandarizadas de vigilancia epidemiológica de accidentes y violencia	2	Una o más veces al año = 2; cada dos o más = 1; nunca se hizo = 0	0-4	Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo	
	Directriz 2 indicador compuesto		Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 2 sumamos los puntajes de los 3 indicadores (puntaje total = 6) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje ≥ 4 → indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 2 y <4 → indicador = 1 (pasable); Puntaje < 2 → indicador = 0 (malo)			
3	1: La atención del municipio tiene/realiza el traslado y transporte de pacientes	2	Sí en una de las preguntas = 2; Sí en ninguna = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	AH
	2: Disponibilidad de un vehículo de transporte médico ambulancia tipo B o C, o D	3	Sí en una de las preguntas = 2; Sí en ninguna = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	3: Satisfacer las necesidades del nivel de atención en cuanto a infraestructura, equipamiento/materiales/insumos	4	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-8	Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 y <6 pasable; Puntaje < 3 malo	
	4: Atender las necesidades del municipio en casos de accidentes/violencia	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	5: Disponibilidad de acciones de atención prehospitalaria en casos de accidente/violencia	8	Si en cada par (accidentes, violencia) de variables al menos una fuese igual a “sí” = 2; Si en cada par ambas variables fuesen “no” = 0. 04 nuevas variables en función de la evaluación de los pares.	0-8	Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 y <6 pasable; Puntaje < 3 malo	
	6: Atención/derivación de casos de accidentes/violencia mediante la red asistencial	9	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-18	Puntaje ≥ 13 bueno; Puntaje ≥ 6 y <13 pasable; Puntaje < 6 malo	
	7: Eficacia del centro regulador para abordar casos de accidentes y violencia	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	Directriz 3 indicador compuesto		Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 3 sumamos los puntajes de los 7 indicadores (puntaje total = 14) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje ≥ 10 → indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 5 y <10 → indicador = 1 (pasable); Puntaje < 5 → indicador = 0 (malo)			

continua

Cuadro 2. Indicadores evaluativos de las directrices de la PNRMAV (D).

D	Indicador	Nº de preguntas	Categorías	Puntos*	Clasificación	Nivel de atención
4	1: Atención/derivación de casos de accidentes/violencia mediante la red del nivel de atención	4 y 21	Sí = 2; No = 0	8 y 42	AP: Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 and <6 pasable; Puntaje < 3 malo	AP, AH
	2: Disponibilidad en el municipio de programas de red de nivel de atención que atiendan casos de accidentes/violencia	3	Sí = 2; No = 0	0-6	AH: Puntaje ≥ 28 bueno; Puntaje ≥ 15 y <28 pasable; Puntaje < 15 malo	AP
	3: Disponibilidad de atención especializada en violencia dirigida a agresores, niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres	5	Sí = 2; No = 0	0-10	Puntaje ≥ 4 bueno; Puntaje ≥ 2 y <4 pasable; Puntaje < 2 malo	AP, AH
	4: Acciones de prevención y atención de accidentes/violencias en los servicios	3	Una o más veces al año = 2; cada dos o más = 1; nunca se hizo = 0	0-6	Puntaje ≥ 7 bueno; Puntaje ≥ 3 y <7 pasable; Puntaje < 3 malo	AP, AH
	5: Frecuencia de adopción de la línea de atención como estrategia de acción, abarcando la promoción, prevención, el tratamiento y la rehabilitación	1	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-2	Puntaje ≥ 4 bueno; Puntaje ≥ 2 y <4 pasable; Puntaje < 2 malo	AP, AH
	6: Coordinación intrasectorial de la atención a víctimas de accidentes/violencia con servicios de otros niveles de atención	2 e 1	Sí = 2; No = 0	0-4; 0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 1 pasable	AP, AH
	7: Frecuencia con la que los ingresos hospitalarios municipales de víctimas de accidentes/violencia cuentan con infraestructura, equipos/materiales/insumos que atienden las necesidades	2	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-4	Puntaje = 0 malo;	AH
	8: Disponibilidad de servicios de referencia especializados para personas en situación de violencia y/o que hayan sufrido accidentes en la red hospitalaria municipal	3	Sí = 2; No = 0	0-6	AP: Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo	AP, AH
	9: Disponibilidad de servicios de atención de urgencias y emergencias en hospitales municipales para abordar casos de accidentes y violencia.	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	AH: Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	

continua

implementación. Al comparar los niveles, se observó una disparidad más significativa entre municipios pequeños y grandes.

Al observar la distribución de los municipios por tamaño y región, se puede observar que la mayoría de los menores presentaron una evaluación regular de la implementación de la PNRMAV en todos los niveles de atención (Gráficos 1a a 1c), con excepción del Norte, donde se destacó la categoría “malo” en Aten-

ción de Recuperación/Rehabilitación. La evaluación del buen desempeño de la Atención Primaria predominó en todas las regiones entre los municipios mayores, con excepción del Sur, que fue mayoritariamente pasable. En el nivel prehospitario/hospitalario, los encuestados del Nordeste y el Medio Oeste consideraron que la implementación era buena. Este nivel de atención fue evaluado como regular en el Sureste y el Sur. En el Norte, el mismo porcentaje de

Cuadro 2. Indicadores evaluativos de las directrices de la PNRMAV (D).

D	Indicador	Nº de preguntas	Categorías	Puntos*	Clasificación	Nivel de atención
4	10: Disponibilidad de consultorios ambulatorios especializados/servicios de referencia para la atención de personas en situación de violencia sexual y de unidades que prevean la interrupción del embarazo prevista por la ley en la red hospitalaria municipal	2	Sí = 2; No = 0	0-4	Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y < 3 pasable; Puntaje < 1 malo	AH
	11: Recursos humanos disponibles en el municipio para atención hospitalaria en casos de accidentes/violencia	6	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-12	Puntaje ≥ 9 bueno; Puntaje ≥ 4 y < 9 pasable; Puntaje < 4 malo	
	12: Disponibilidad de rutinas/protocolos en la atención hospitalaria municipal a víctimas de accidentes/violencia	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	Directriz 4 indicador compuesto Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 4 para LA ATENCIÓN PRIMARIA sumamos los puntajes de los 6 indicadores (puntaje total = 12) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje $\geq 9 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 4 y $< 9 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable); Puntaje $< 4 \rightarrow$ indicador = 0 (malo) Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 4 para LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA sumamos los puntajes de los 11 indicadores (puntaje total = 22) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje $\geq 15 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 7 y $< 15 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable)					

continúa

municipios fueron clasificados como regular y malo (40% cada uno). Un resultado similar se observó para los municipios grandes en cuanto al nivel de Recuperación/Rehabilitación: el Nordeste y el Medio Oeste tenían la mayoría de los municipios con buena implementación. Al mismo tiempo, la categoría “pasable” prevaleció en las otras regiones.

Discusión

Este artículo presenta el proceso de construcción de un conjunto de indicadores para evaluar la implementación de la PNRMAV y su aplicación en una base de datos proveniente de la “Investigación Evaluativa de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias” desarrollada por CLAVES a solicitud del Ministerio de Salud.

Los resultados de la aplicación de los indicadores revelan la complejidad de la implementación de las directrices de la PNRMAV en los

municipios brasileños estudiados. La mayoría de ellos fueron clasificados como con una implementación pasable de la política, con algunas áreas que muestran un buen desempeño, como la Atención Primaria. Las deficiencias más significativas se encuentran en los niveles de Atención Prehospitalaria/Hospitalaria y Atención de Recuperación/Rehabilitación.

Observamos que la Directriz 2 de la PNRMAV, “Monitoreo de la ocurrencia de accidentes y violencia”, es la que presenta el mejor desempeño en la evaluación de la mayoría de los municipios. Al mismo tiempo, la Directriz 7, “Apoyo al desarrollo de estudios e investigaciones”, presenta la mayor proporción de localidades con mala implementación. Asimismo, la Directriz 6, “Capacitación de recursos humanos”, es crítica en todos los niveles de atención. Cabe una discusión importante sobre estas dos cuestiones. Los entrevistados se refirieron a las acciones (o falta de ellas) en sus unidades específicas porque, desde una perspectiva más amplia, hubo una inversión considerable en la

Cuadro 2. Indicadores evaluativos de las directrices de la PNRMAV (D).

D	Indicador	Nº de preguntas	Categorías	Puntos*	Clasificación	Nivel de atención
5	1: La atención de recuperación/rehabilitación del municipio cuenta con/realiza traslado y transporte de pacientes	4	Si el ítem 1 era “sí” = 2; si el ítem 0 o 1 era igual a “no” y el ítem 2 o 3 era igual a “sí” = 1; si todos los ítems eran iguales a “no” = 0		Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 1 pasable Puntaje = 0 malo	AR
	2: Satisfacer las necesidades de recuperación/rehabilitación del municipio en materia de infraestructura	1	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 1 pasable Puntaje = 0 malo	
	3: Disponibilidad de recursos tecnológicos suficientes para la recuperación/rehabilitación de víctimas de accidentes/violencia en el municipio	3	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-6	Puntaje ≥ 4 bueno; Puntaje ≥ 2 y <4 pasable; Puntaje < 2 malo	
	4: Dotación de órtesis, prótesis, medios de transporte, medicamentos, insumos y equipos a víctimas de accidentes/violencia por parte de la dirección municipal de recuperación/rehabilitación	5	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-10	Puntaje ≥ 7 bueno; Puntaje ≥ 3 y <7 pasable; Puntaje < 3 malo	
	5: Atención/derivación de casos de accidentes/violencia por parte de los servicios de recuperación/rehabilitación a la red municipal de salud	2	Brinda atención y deriva = 2; Solo brinda atención o solo deriva = 1; No brinda atención o no deriva O no está disponible en el municipio = 0	0-4	Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo	
	6: Satisfacer las necesidades de recuperación/rehabilitación del municipio en casos de accidentes/violencia	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	7: Recursos humanos disponibles en el municipio para apoyar la recuperación/rehabilitación en casos de accidentes/violencia	4	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-8	Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 y <6 pasable; Puntaje < 3 malo	
	8: Acciones de la GESTIÓN de atención de recuperación/rehabilitación del municipio	4	Sí = 2; No = 0	0-8	Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 y <6 pasable; Puntaje < 3 malo	
	9: Acciones del CONSORCIO DE GESTIÓN de la atención de recuperación/rehabilitación del municipio	8	Sí = 2; No = 0; si ambos fueran “no” nueva variable = 0; si para cada par evaluado al menos 1 fuera 2 → nueva variable = 2;	0-8	Se generaron cuatro nuevas variables con ese proceso. Puntaje ≥ 6 bueno; Puntaje ≥ 3 y <6 pasable; Puntaje < 3 malo	
	10: Disponibilidad de atención especializada para la VIOLENCIA mediante la atención hospitalaria a adultos, niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres	5	Sí = 2; No = 0	0-10	Puntaje ≥ 7 bueno; Puntaje ≥ 3 y <7 pasable; Puntaje < 3 malo	

continúa

Cuadro 2. Indicadores evaluativos de las directrices de la PNRMAV (D).

D	Indicador	Nº de preguntas	Categorías	Puntos*	Clasificación	Nivel de atención
5	11: Disponibilidad de atención especializada para ACCIDENTES mediante la atención hospitalaria para adultos, niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres	5	Sí = 2; No = 0	0-10	Puntaje ≥ 7 bueno; Puntaje ≥ 3 y <7 pasable; Puntaje < 3 malo	AR
	12: Acciones de prevención y atención de accidentes/violencia en los servicios de atención a la rehabilitación del municipio	3	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-6	Puntaje ≥ 4 bueno; Puntaje ≥ 2 y <4 pasable; Puntaje < 2 malo	
	13: Frecuencia de adopción de la línea de atención por parte de los servicios de rehabilitación	1	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 1 pasable; Puntaje = 0 malo	
	14: Disponibilidad de rutinas/protocolos en la atención hospitalaria municipal a víctimas de accidentes/violencia	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	
	15: Coordinación intrasectorial de la atención rehabilitadora a víctimas de accidentes y violencia con servicios de otros niveles de atención	6	mayormente y a menudo = 2; aproximadamente la mitad del tiempo = 1; casi nunca y a veces = 0	0-12	Puntaje ≥ 9 bueno; Puntaje ≥ 4 y <9 pasable; Puntaje < 4 malo	
Directriz 5 indicador compuesto		Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 5 sumamos los puntajes de los 15 indicadores (puntaje total = 30) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje $\geq 21 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 10 y $<21 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable); Puntaje $< 10 \rightarrow$ indicador = 0 (malo)				

continúa

organización de cursos de actualización, especialización, maestría y doctorado enfocados en temas de violencia y salud por parte del Ministerio de Salud, Fiocruz y varias universidades. La última revisión de diez años de la producción académica del país mostró un floreciente campo de conocimiento con más de 2.500 artículos publicados sobre las diversas expresiones de la violencia, muchos escritos por investigadores y profesionales que actúan en varios niveles de atención¹⁷. Sobre este tema se pueden plantear dos hipótesis: la primera es que la vinculación de la comunidad académica con los servicios sigue siendo deficiente. La segunda es que los profesionales de primera línea entrevistados se quejan de la falta de formación continua que no se puede suplir únicamente con material académico. Sin embargo, hay que decir que ambas se complementan y retroalimentan. La falta de inversión en formación profesional e investigación sobre los temas en cuestión limita la efectividad de las intervenciones y la generación de evidencia para orientar la toma de decisiones políticas.

Estos hallazgos corroboran estudios previos que destacan la relevancia de la formación continua de los profesionales de la salud¹⁸ y la inversión en investigación como componentes esenciales para el éxito de las políticas de prevención de la violencia¹⁹.

La movilización de los medios de comunicación y la sociedad (Directriz 1) parece ser un área en la que se han logrado avances notables, ya que más de la mitad de los municipios muestran una buena implementación. Esto se puede atribuir a la creciente conciencia sobre la importancia de la prevención de la violencia, impulsada por campañas de sensibilización y promoción de la causa por parte de organizaciones de la sociedad civil y organismos gubernamentales. En este sentido, observamos avances con respecto al estudio anterior^{4,8}, que indicaba una mala inversión en esta directriz.

El seguimiento de los accidentes y la violencia (Directriz 2) fue considerado bueno en la mayoría de los municipios en los tres niveles de atención. Sin embargo, cabe destacar que, a

Cuadro 2. Indicadores evaluativos de las directrices de la PNRMAV (D).

D	Indicador	Nº de preguntas	Categorías	Puntos*	Clasificación	Nivel de atención
6	1: Disponibilidad de formación/ educación continua para profesionales del nivel asistencial sobre promoción de la salud y prevención de violencia/ accidentes	2	Sí = 2; No = 0	0-4	Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo	AP, AH
	2: Realizar acciones de educación continua sobre accidentes y violencias en el nivel de atención de salud	2, 2, 1	Una o más veces al año = 2; cada dos o más = 1; nunca se hizo = 0	0-4; 0-2	AP and AH: Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo AR: Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 1 pasable; Puntaje = 0 malo	AP, AH, AR
	3: Disponibilidad de acciones de formación/capacitación continua para el seguimiento de los casos de violencia	2	Una o más veces al año = 2; cada dos o más = 1; nunca se hizo = 0	0-4	Puntaje ≥ 3 bueno; Puntaje ≥ 1 y <3 pasable; Puntaje < 1 malo	
	4: Disponibilidad de formación ATLS para profesionales de la atención hospitalaria	1	Sí = 2; No = 0	0 o 2	Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 0 malo	AH
	Directriz 6 indicador compuesto	Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 6 para LA ATENCIÓN PRIMARIA sumamos los puntajes de los 3 indicadores (puntaje total = 6) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 1 y $<3 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable); Puntaje $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (malo) Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 6 para LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA sumamos los puntajes de los 4 indicadores (puntaje total = 8) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje $\geq 6 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 3 y $<6 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable); Puntaje $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (malo) Para construir el indicador compuesto relacionado con directriz 6 para LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN sumamos los puntajes de los 2 indicadores (puntaje total = 4) que conforman la directriz y luego se procedió a la clasificación por: Puntaje $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno); Puntaje ≥ 1 y $<3 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable); Puntaje $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (malo)				
7	1: Realización de investigación, docencia y extensión.	3	Si “sí” para “investigación” = 2 Si “no” para “investigación” y “sí” para educación o extensión universitaria = 1; Si “no” para los tres ítems = 0		Puntaje = 2 bueno; Puntaje = 1 pasable; Puntaje = 0 malo	AP, AH, AR

*El puntaje se obtuvo sumando las preguntas relacionadas con el ítem. En situaciones en las que se utilizó una sola pregunta, el puntaje podía tener 3 (0, 1, 2) o 2 (0 o 2) valores como respuesta solamente, no siendo la suma de las preguntas.

Fuente: Autores.

pesar de este desempeño, se observa un porcentaje significativo de municipios en los que su implementación fue pasable o mala. En el análisis diagnóstico mencionado anteriormente⁴, los autores destacaron la necesidad de sensibilizar a los gestores y profesionales sobre la importancia de los registros de calidad para un seguimiento

adecuado. Este desafío persiste, especialmente en los municipios de menor tamaño. Además, falta un registro nacional de atención de emergencias por accidentes y violencia. La Encuesta VIVA, una iniciativa en marcha desde 2006 y que ya tuvo seis ediciones (2006, 2007, 2009, 2011, 2014 y 2017), tiene como objetivo llenar ese va-

Cuadro 3. Cálculo y categorización de indicadores compuestos creados para evaluar el nivel de implementación de la PNRMAV por niveles de atención.

Atención primaria	Atención prehospitalaria y hospitalaria	Atención de rehabilitación
Para construir el indicador compuesto relacionado con LA ATENCIÓN PRIMARIA, sumamos los puntajes de los 5 indicadores (puntaje total = 10) relacionados con este nivel de atención y luego se realizó la clasificación según: Puntaje $\geq 7 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno) Puntaje ≥ 3 y $< 7 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable) Puntaje $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (malo)	Para construir el indicador compuesto relacionado con PLA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA, sumamos los puntajes de los 6 indicadores (puntaje total = 12) relacionados con este nivel de atención y luego se realizó la clasificación según: Puntaje $\geq 9 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno) Puntaje ≥ 4 y $< 9 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable) Puntaje $< 4 \rightarrow$ indicador = 0 (malo)	Para construir el indicador compuesto relacionado con LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN sumamos los puntajes de los 5 indicadores (puntaje total = 10) relacionados con este nivel de atención y luego se realizó la clasificación según: Puntaje $\geq 7 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno) Puntaje ≥ 3 y $< 7 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable) Puntaje $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (malo)

Fuente: Autores.

cío al proporcionar datos sobre la magnitud de estas condiciones que llegan a los servicios de emergencia seleccionados. Su última edición, sin embargo, fue en 2017. La séptima edición de la encuesta se realizó en 2024, que, por primera vez, involucró una muestra representativa de los servicios de emergencia que atienden accidentes y violencia. Incluyó capitales brasileñas y municipios de las regiones metropolitanas de las capitales y la región rural del país.

La sistematización, expansión y consolidación de la atención prehospitalaria (Directriz 3) ha sido bien implementada en la mayoría de los municipios. Cabe destacar que persisten las deficiencias señaladas en el análisis diagnóstico anterior⁴, especialmente en lo que se refiere a la coordinación de los diversos niveles de servicios. El mismo resultado fue observado en un estudio realizado en el estado de Santa Catarina⁷, que evaluó el servicio de atención móvil de urgencias (SAMU) en 2013-2014. En ese estudio, además de la falta de coordinación e integración entre los servicios que ofrecen rescate y salvamento, los autores reportaron dificultades relacionadas con el sistema de información, que cambia constantemente y es incapaz de ofrecer subsidios regulares y estructurados para la gestión.

En cuanto a la implementación de la atención interdisciplinaria e intersectorial a las víctimas de accidentes y violencia, prevista en la Directriz 4, su desempeño fue considerado pasable o malo en más del 60% de los municipios que respondieron el cuestionario en lo que respecta al nivel hospitalario. La evaluación también muestra deficiencias en el desempeño de

la atención dirigida a la recuperación y rehabilitación (Directriz 5), clasificada como pasable o mala en el 60% de los municipios, siendo este el punto más débil en la prestación de los servicios prestados por la PNRMAV. Persisten problemas señalados en varias evaluaciones, como la falta de servicios, infraestructura, personal, información, comunicación, coordinación^{4,8}, recursos y acceso a capacitación y educación continua¹⁰. Por ello, evaluamos que esta directriz es la menos difundida en el país, con profesionales que aún carecen de una formación específica que trascienda la visión biologicista para el abordaje de casos de secuelas derivadas de accidentes y violencias y con servicios poco coordinados con el resto de la red de atención y apoyo a estas víctimas.

Cabe mencionar un punto positivo identificado en esta investigación, que fue el crecimiento y organización de la Atención Primaria, con diferencia la de mejor desempeño en la implementación de la política según esta investigación, diferente de una evaluación anterior ya mencionada⁴.

El análisis de los datos por tamaño y región de los municipios pone de relieve importantes disparidades en la implementación de la PNRMAV. Los municipios pequeños, especialmente en el Norte y Nordeste, tienden a tener una implementación pasable, mientras que los municipios grandes, especialmente en el Sur y Sudeste, muestran distintos niveles de implementación. Estas diferencias pueden atribuirse a varios factores, entre ellos la disponibilidad de infraestructura, recursos tecnológicos y humanos, capacidad de gestión y priorización política. Estos

Tabla 1. Clasificación de los municipios en relación a la implementación de las directrices de la PNRMAV, por indicadores y nivel de atención.

Directrices PNRMAV	Atención Primaria				Atención Prehospitalaria/Hospitalaria				Atención de recuperación/rehabilitación			
	Malo	Pasable	Bueno	Total	Malo	Pasable	Bueno	Total	Malo	Pasable	Bueno	Total
	%	%	%	N	%	%	%	N	%	%	%	N
Indicador compuesto de la implementación de las directrices de la PNRMAV	6,9	49,7	43,4	290	29,7	52,3	18,0	128	23,0	53,1	23,9	113
Directriz 1 - Promover la adopción de conductas y entornos seguros y saludables	17,0	17,3	65,7	289	32,4	12,6	55,0	111	22,3	17,0	60,7	112
Directriz 2 - Monitorear la ocurrencia de accidentes y violencia	2,4	12,8	84,7	288	7,8	27,0	65,2	115	23,4	22,4	54,2	107
Directriz 3 - Sistematizar, ampliar y consolidar la atención prehospitalaria	-	-	-	-	8,6	32,0	59,4	128	-	-	-	-
Directriz 4 - Asistencia interdisciplinaria e intersectorial a víctimas de accidentes y violencia	5,5	37,6	56,9	290	18,0	45,1	36,9	122	-	-	-	-
Directriz 5 - Estructurar y consolidar servicios enfocados a la recuperación y rehabilitación	-	-	-	-	-	-	-	-	17,7	44,2	38,1	113
Directriz 6 - Formación de recursos humanos	40,0	23,6	36,4	280	55,6	33,3	11,1	108	52,0	29,6	18,4	98
Directriz 7 - Apoyo al desarrollo de estudios e investigaciones	86,9	4,5	8,6	290	91,4	2,3	6,3	128	83,2	8,8	8,0	113

Fuente: Autores.

hallazgos refuerzan las dificultades para difundir la PNRMAV en todo Brasil.

Conclusiones

El fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo y evaluación garantiza que las políticas de prevención de la violencia y los accidentes sean eficaces y estén basadas en evidencias. Los datos generados por la aplicación de los indicadores son significativos y sin precedentes para identificar las fortalezas y los puntos críticos relacionados con la implementación de esta política, cuyas cuestiones impactan significativamente en la morbilidad de la población brasileña. Des-

de una perspectiva más amplia, destacamos el avance de este estudio en la construcción de indicadores de evaluación como herramientas de gestión.

Los resultados de este estudio brindan información importante sobre la implementación de la PNRMAV en los municipios brasileños y destacan áreas que requieren atención e inversión adicionales. Para abordar los desafíos identificados se requiere un enfoque integral y colaborativo que involucre al sector de la salud y otras áreas relevantes, como la educación, la justicia y la asistencia social.

La adopción de los indicadores propuestos ha dado resultados valiosos, demostrando que pueden utilizarse para orientar las decisiones

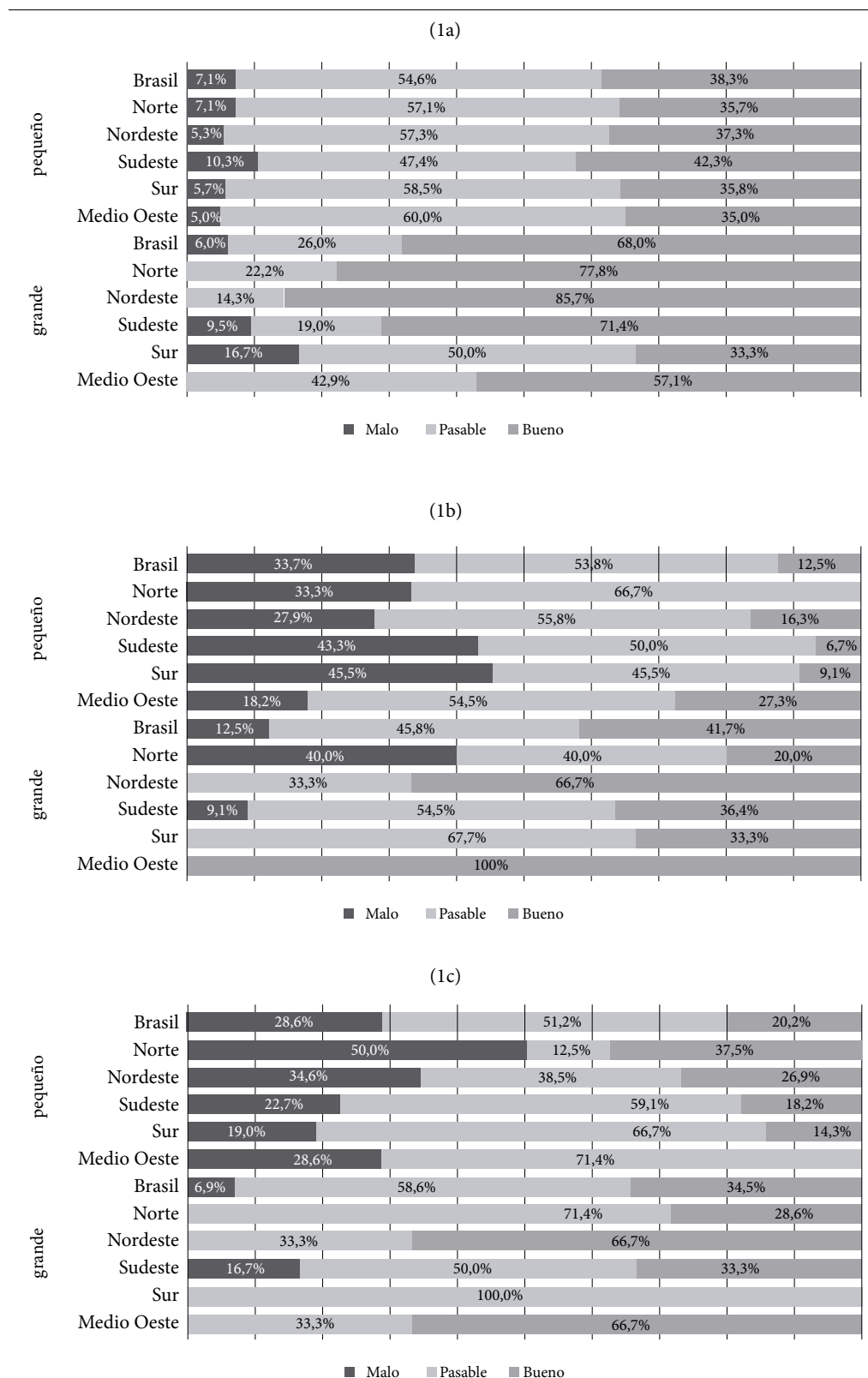


Gráfico 1. Indicadores evaluativos de la implementación de la PNRMAV en Atención Primaria (1a), en Atención Prehospitalaria y Hospitalaria (1b) y en Atención de Recuperación/Rehabilitación (1c), por región y tamaño del municipio.

Fuente: Autores.

estratégicas de los gestores de la salud y de los gobiernos. Al identificar las áreas en las que se ha aplicado con éxito la PNRMAV y las que necesitan inversión, los gestores pueden dirigir los recursos y las intervenciones de forma más eficaz, priorizando las áreas críticas que merecen una mayor inversión en todos los aspectos. La comprensión de las especificidades regionales y de los diferentes niveles de atención de salud permite adoptar un enfoque más adaptado y personalizado para abordar los retos locales. Estas son las áreas en las que hay que poner el foco.

El uso de indicadores también apoya la rendición de cuentas, ayudando a los gobiernos a monitorear los avances en la implementación de la PNRMAV e identificar áreas exitosas y deficientes, lo cual es esencial para promover una gobernanza eficaz y responsable. Así, entendemos que esta evaluación fortalece el compromiso con la prevención de accidentes y violencia en el país y la mejora de la calidad de los servicios de salud que atienden a las víctimas de

estos eventos, contribuyendo al bienestar de la sociedad.

Cabe destacar una limitación importante del estudio. Brasil se encontraba en plena pandemia de COVID-19 cuando se realizó la investigación, lo que dificultó mucho la respuesta de los profesionales y gestores al cuestionario y a la entrevista, ya que se encontraban desbordados por la atención a los pacientes. Asimismo, faltó apoyo político del Ministerio de Salud, que atravesaba dificultades que culminaron con el desmantelamiento del Área Técnica de Vigilancia y Prevención de la Violencia. Esta desinversión y falta de apoyo técnico y financiero se hizo evidente en los resultados de la investigación. Los equipos que habían sido capacitados fueron desmovilizados y varios profesionales fueron trasladados, quedando solamente aquellos que individualmente asumieron el tema como un compromiso social para continuar trabajando, muchas veces en silencio, manteniendo viva la llama de su compromiso con la promoción de la vida y la paz.

Colaboradores

LW Pinto: concepción, análisis y redacción del manuscrito, revisión del manuscrito final. CMFP Silva: concepción, análisis y redacción del manuscrito. ER Souza: concepción y redacción del manuscrito, revisión del manuscrito final.

Declaración de disponibilidad de datos

Las fuentes de datos utilizadas en la investigación se indican en el cuerpo del artículo.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2002.
2. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2007-2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência*. Brasília: MS; 2001.
4. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
5. Deslandes S, Mendes CHE, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8):1633-1645.
6. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1877-1886.
7. Ortiga AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(12):e00176714.
8. Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Lima MLLT, Barreira AK. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1817-1824.
9. Lima MLLT, Lima MLC. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(4):597-607.
10. Santos FC, Costa EA, Aleluia IRS, Pinto Júnior EP. Diagnóstico situacional dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS em Salvador-Ba. *Rev Cien Med Biol* 2018; 17(2):175-184.
11. Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):28-38.
12. Marques MCO. *A integração entre o setor de saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência no Distrito Federal* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
13. Santos CA. *Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: a experiência do Estado do Amapá* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
14. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Cien Saude Colet* 2023; 28(6):1598.
15. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires TO, Campos DS. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010; 10:s29-s37.
16. IBM Corp. Released 2016. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2016.
17. Minayo MCS, Assis SG, organizadores. *Novas e velhas faces da violência no século XXI. Um estudo da literatura da área da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
18. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1641-1649.
19. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011; (n. esp.):75-89.

Artículo presentado en 10/11/2024

Aprobado en 16/12/2024

Versión final presentada en 18/12/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva