Parte III - A gestão em saúde na prevenção e atenção às situações de violência

18. Elaboração do diagnóstico situacional e do plano local de promoção, prevenção e atenção às situações de violências e acidentes

Cláudia Araujo de Lima
Edinilsa Ramos de Souza
Maria Cecília de Souza Minayo
Suely Ferreira Deslandes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA, C.A., SOUZA, E.R., MINAYO, M.C.S., and DESLANDES, S.F. Elaboração do diagnóstico situacional e do plano local de promoção, prevenção e atenção às situações de violências e acidentes. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 405-424. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0020>.

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/).

18. Elaboração do diagnóstico situacional e do plano local de promoção, prevenção e atenção às situações de violências e acidentes

*Cláudia Araujo de Lima, Edinilsa Ramos de Souza,
Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes*

Neste capítulo, apresentamos o passo a passo da realização do diagnóstico situacional, momento importante para o planejamento das ações de enfrentamento à violência e etapa essencial para a elaboração de plano local de promoção, prevenção e atenção às situações de violências e acidentes.

18.1 Diagnóstico situacional

Um diagnóstico situacional constitui a base essencial para qualquer análise e avaliação de um determinado quadro, ou processo social ou sanitário. Conhecer em profundidade uma situação-problema e os recursos para enfrentá-la é estratégico para o planejamento e para a gestão. Um diagnóstico sobre a situação de violências e acidentes visa descrever um quadro amplo, da forma mais detalhada possível, incluindo:

1. a situação de morbimortalidade por acidentes e violências numa determinada localidade e seu impacto na saúde das populações;
2. as propostas de enfrentamento que estão atuantes nessa mesma localidade, de modo a dar conta dos êxitos e das dificuldades do sistema de saúde para atuação diante da questão.

Em outros termos, o diagnóstico, nesse caso, tem por objetivo responder como violências e acidentes afetam a saúde das pessoas de diferentes sexos, gênero, faixas etárias, etnias/raças, moradoras desse ou daquele

bairro ou região da cidade, pertencentes a esse ou aquele grupo social, incluídas em certo processo de trabalho ou desempregadas. Procura saber o quanto essas violências e acidentes afetam os serviços de saúde e dele demandam distintos tipos de atendimentos, desde o fundamental cuidado médico voltado ao reparo das lesões e atenção aos traumas e suas consequências, até a necessidade de atenção psicológica, social, de reabilitação, orientação jurídica, entre outras.

Em contrapartida, um diagnóstico bem-feito busca conhecer, também, quais as iniciativas existentes, as parcerias que já são feitas para atender às vítimas e prevenir essas violências, os acidentes e seus respectivos agravos. É conhecer como esses programas e serviços atuam e que públicos-alvo privilegiam. É buscar compreender a história dessas iniciativas, resgatando as motivações dos atores e seu contexto de institucionalização. É detectar quais são os avanços e as lacunas dessas propostas.

Diagnóstico, como entendemos, não constitui uma sentença ou uma “auditoria”. Ele se configura como uma análise que leva em conta as condições gerais disponíveis de infraestrutura, de recursos materiais e de conhecimentos, de planejamento e de apoio institucional existentes. Buscamos compreender as causas de determinadas situações. Um diagnóstico situacional reflete ainda criticamente sobre a qualidade dos registros e das informações que foram usadas e sobre as informações que não estão disponíveis.

Uma determinada cidade pode, por exemplo, ter alta taxa de mortalidade e morbidade por acidentes envolvendo motofretistas (os *motoboy*s) e nenhum programa voltado para essa categoria profissional. Pode apresentar um considerável número de atendimentos nos prontos-socorros de crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais, e só possuir serviços voltados para o atendimento das vítimas de exploração e abuso sexual. Pode somente privilegiar a atenção às pessoas que vivem essas violências e não incluir o atendimento aos seus familiares, desconsiderando a dinâmica interacional que sustenta comportamentos violentos. Essa fase do **diagnóstico**, em suma, pondera sobre o que tem sido feito, como tem sido feito e o que falta fazer.

Por sua vez, o processo diagnóstico tem um caráter eminentemente “estratégico”. Isso significa que esse tipo de pesquisa está comprometido com respostas atuais e futuras do sistema, buscando o aperfeiçoamento das ações em favor das pessoas em situação de acidentes e violências. Significa dizer que esse conhecimento produzido precisa ser colocado em benefício da construção de respostas mais efetivas. A partir dele se esperam esforços para, ao mesmo tempo, detectar avanços, apontar limites e propor novos rumos.

Por isso, a reflexão diagnóstica parte de uma visão crítica e reflexiva da ação, incluindo o diálogo com interlocutores que atuam nessa área, com os dados disponíveis e com a bibliografia pertinente. O ideal é que o diagnóstico seja realizado de forma participativa, e que o maior número de instituições e pessoas sejam entrevistadas, de modo que cada uma possa expor suas dificuldades nas linhas de atuação, bem

como suas potencialidades, ou seja, aquilo que realiza ou que tem como compromisso, como missão institucional.

Entendemos, didaticamente, que um diagnóstico sobre a violência precisaria minimamente cumprir duas etapas distintas e complementares:

1. diagnóstico da distribuição e da qualificação dos acidentes e violências naquela população e seu impacto na constituição de demandas para o setor saúde;
2. mapeamento e análise crítica das iniciativas de atendimento às vítimas e daquelas voltadas para a prevenção.

18.1.1 Etapa 1 do diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional começa pela elaboração do perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências da localidade, visando responder a questões fundamentais como: quais as formas mais frequentes de acidentes e violências, quais os grupos populacionais mais afetados por esses eventos e a que período de tempo essas informações se referem.

Outro ponto fundamental é saber que problema de saúde estamos querendo diagnosticar – a mortalidade ou a morbidade.

O passo seguinte será identificar que fontes de dados poderão ser consultadas ou acessadas, a fim de conseguir as informações desejadas. Tradicionalmente, o setor saúde tem trabalhado com dois grandes bancos de dados nacionais: um sobre a mortalidade – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) –, cujo instrumento básico é a Declaração de Óbito (DO); e outro sobre a morbidade – Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH) –, que lança mão dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), além das informações de notificação compulsória que estão disponíveis no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

Esses bancos de dados constituem as estatísticas oficiais do país, dos estados e municípios sobre a situação de mortalidade e de morbidade da população. O uso de instrumentos padronizados de registros, a DO e a AIH, em todo o território nacional permite que estudos comparativos sejam realizados.

Além dessas, podem existir outras fontes de dados sobre acidentes e violências estruturadas ou não, informatizadas ou manuais, das quais é possível se lançar mão para complementar os dados necessários ao diagnóstico. Assim, podem ser usados dados dos registros de unidades de saúde, como as emergências hospitalares e os serviços especializados

Conforme discutido no Capítulo 5, “Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências”, cabe lembrar que, do ponto de vista da mortalidade, o setor saúde trabalha com os acidentes e violências sob a denominação de causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo 20 da CID-10). Para a morbidade, esses eventos assumem a designação de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (Capítulo 19 da CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Mais detalhes sobre esses sistemas podem ser encontrados no Capítulo 16 deste livro, “Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas”.

É preciso estar atento para a qualidade de tais informações, conforme destacado no Capítulo 16 deste livro, “Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas”.

no atendimento às vítimas de violência, dados do Samu, do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate) ou do **Grupamento de Socorro de Emergência**(GSE), entre outras fontes. Também podem ser considerados dados de instituições de outros setores, como os registros de ocorrências policiais (RO), informações geradas nos departamentos de trânsito e registros de órgãos de proteção, como conselhos tutelares e delegacias especiais, por exemplo. As organizações não governamentais costumam ser fontes de informação sobre determinados grupos sociais específicos: mulheres, homossexuais, negros etc. O que importa é que o diagnóstico possa abrir o leque de opções que sirva como base para construir o perfil epidemiológico local dos acidentes e violências. A internet disponibiliza muitos dados das organizações e observatórios, todavia o cuidado com a verificação das fontes e credibilidade dos dados é fundamental.

Para refletir

Considerando a realidade de seu trabalho, há um perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências, mesmo que precário? Como, quando e por quem foi feito?

Uma vez definidos o ano ou período para o qual desejamos realizar o diagnóstico situacional e as fontes a serem pesquisadas, comentamos sucintamente algumas das análises que podem ser feitas com esse objetivo.

Identificação da magnitude e do impacto dos acidentes e violências

- Qual o número de mortes por causas externas e de internações por lesões e envenenamentos ocorridas no município, em determinado ano ou período de tempo?
- Qual a posição ocupada pelas causas externas no obituário geral da população e que lugar os acidentes e violências ocupam entre as causas de internações hospitalares?
- Qual é o percentual de mortes por causas externas entre todos os óbitos ocorridos na população, em determinado ano ou período de tempo? Do mesmo modo, qual o percentual de internações por lesões e envenenamento em relação a todas as hospitalizações realizadas em um ano ou período?

Mensuração dos riscos de morrer ou adoecer por acidentes e violências

Para identificar os riscos da população do seu município, vamos considerar e calcular alguns dos indicadores mais usados.

- **Coefficiente de mortalidade por causas externas em um período** – permite analisar a tendência desses eventos ao longo do tempo: se o risco está crescendo, permanece estável ou diminui.
- **Coefficiente de mortalidade por causas externas, segundo sexo e faixas etárias** – avalia os riscos de grupos e fases de vida mais submetidos a esses agravos letais.
- **Coefficiente de mortalidade por causas externas específicas** – acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, agressões, lesões autoinfligidas, entre outras causas. Por meio desse indicador, é possível analisar quais os maiores riscos entre os subgrupos específicos de acidentes e violências.

Para lembrar o que é risco ou chance de morrer ou de adoecer por acidentes e violências, consulte o Capítulo 5, “Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências”.

Esses coeficientes podem ser detalhados em função daquilo que o profissional/gestor deseja aprofundar, a fim de conhecer melhor sua realidade e, a partir daí, desenvolver ações de controle e prevenção.

Todos os coeficientes podem ser também calculados para a morbidade, seja ela relativa às internações hospitalares, aos atendimentos em unidades ambulatoriais de saúde ou outros registros desses eventos não letais.

18.1.2 Etapa 2 do diagnóstico situacional

Para a elaboração de um diagnóstico das iniciativas para a prevenção e para o atendimento às vítimas dos acidentes e violências, tomamos como norte o que é preconizado pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A política tem sete diretrizes principais:

1. Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis
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
6. Capacitação de recursos humanos
7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Analisemos cada uma das diretrizes nas principais recomendações que a política apresenta, tentando completar suas eventuais lacunas.

Promoção e adoção de comportamentos e ambientes saudáveis

- Há sensibilização e mobilização da sociedade em geral e da mídia, em particular, nesse sentido? O que tem sido feito no município em relação a essas questões? Há campanhas ou outras formas de atuação que promovam e adotem comportamentos e ambientes livres de acidentes e violências?
- A **Resolução n. 143**, de 26 de março de 2003 (CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO, 2003), tem sido cumprida com a devida aplicação do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) na prevenção dos acidentes de trânsito?
- Há iniciativas de sensibilização dos formadores de opinião para a promoção de comportamentos não violentos?
- Há produção e divulgação de materiais educativos destinados à população e aos profissionais da saúde e da educação, visando prevenir violências e acidentes, e promover ambientes e medidas saudáveis?
- Existem ações de prevenção incorporadas em todos os programas (saúde da mulher, da criança etc.), planos e projetos de atenção a grupos específicos da população?
- O município dispõe de planos de emergência para acidentes ampliados por manipulação de substâncias perigosas?
- Existem articulações entre setores do governo e da sociedade civil para a promoção de ações preventivas? Exemplo: Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação para educação em saúde nas escolas, Secretaria de Educação e Secretaria de Esportes e/ou Cultura para ampliação de espaços comunitários que beneficiem diretamente a população e previnam situações de violência; Secretaria de Saúde com setores do trânsito para ações de prevenção a esses acidentes.

Monitorização da ocorrência de acidentes e violências

- É promovido o registro contínuo e padronizado, segundo natureza, tipo de lesão e causa? Esse registro informa o sistema, apoiando o planejamento das ações?
- Há estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e violências no setor saúde?
- Tem sido feita a sensibilização dos gestores e médicos do Instituto Médico Legal sobre a importância dos dados desse setor?
- Já houve alguma auditoria para verificar a qualidade da informação dos sistemas?
- Foram elaboradas normas para padronizar fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (com perfil do paciente, tipos de lesões, causas e acidentes de trabalho)?
- Existem ações de vigilância para os casos de morbidade? Essas iniciativas locais têm recebido apoio?
- Está implantada a notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, de acordo com o que preconizam o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e a Portaria n. 1.968/2001 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a)?
- O que é feito para cumprir as legislações específicas para a proteção de direitos das mulheres e dos idosos que sofrem violência?

Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências opera aqui uma redução, pois percebe o atendimento pré-hospitalar (APH) apenas em sua vertente de pré-hospitalar móvel, nada mencionando sobre o pré-hospitalar fixo (postos de pronto-socorro 24 horas). Nesse sentido, completamos com outros questionamentos, para um melhor diagnóstico, tomando como referência a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004), que veio posteriormente para regular os atendimentos de urgências e emergências, pré-hospitalar e hospitalar às causas externas.

- Como está o processo de organização e implantação de serviços de atenção pré-hospitalar no município?

- Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, do Ministério da Saúde, leia a Portaria GM/MS n. 1.863 (BRASIL, 2003).
- Para obter mais informações sobre a construção de veículos de atendimento a emergências médicas e resgate, acesse o site da ABNT (www.abnt.org.br) e solicite orientações sobre como adquirir a Norma NBR n. 14.561/2000, da referida associação.

- O município segue a padronização regulamentada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) sobre a construção de veículos para transportes de pacientes, verificando as medidas, as acomodações e os equipamentos exigidos?
- Encontra-se à disposição o mapeamento das áreas de risco?
- Foram elaborados planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas?
- Existe uma integração do pré-hospitalar ao atendimento de emergência hospitalar a partir de centrais de regulação médica? Essa integração é resolutiva?
- As unidades 24 horas estão integradas às emergências?

Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências

- O atendimento do setor saúde está integrado com áreas jurídicas e de segurança?
- A assistência às vítimas de violências e acidentes está integrada às atividades desenvolvidas pelos Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde, além do atendimento ambulatorial e de emergência?
- Existem mecanismos de referência entre os serviços que atendem as vítimas e seus familiares?
- Existem normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências que sirvam para padronizar condutas, racionalizar atendimento e reduzir custos? Por exemplo: protocolos conjuntos, protocolos de serviços específicos, condutas em serviços, tais como hospitais, delegacias, IML, Programa Sentinela, serviço social.
- A atenção hospitalar encontra-se regionalizada e hierarquizada?
- Vem aumentando o número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergências (no mesmo hospital ou em unidades de retaguarda)?
- Há adequada oferta de leitos de terapia intensiva (adulto e pediátrica)?
- Existe unidade de tratamento de paciente de alto risco nos serviços de urgência, independentemente de seu grau de complexidade?
- Existem serviços de referência para atendimento a casos de abuso sexual, incluindo atenção à família?
- Há atendimento para casos de abortos previstos em lei, também chamados de abortos legais?

- É feita a denúncia de suspeita de maus-tratos de idosos por parte do profissional da saúde?
- Existem serviços para atendimento a idosos maltratados? Quais?
- Existe alguma ação voltada para a prevenção de violências entre as pessoas com deficiências?
- Existem serviços que prestam atendimento a pessoas autoras de agressões? Que tipos de atendimento são realizados? Há atividades voltadas para reeducação dos autores de agressões?

Essas reflexões são fundamentais para compor o diagnóstico situacional da violência.

Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação

- As ações são direcionadas aos pacientes e suas famílias?
- Existe atendimento multiprofissional, a fim de evitar sequelas e promover a reintegração social, familiar e laboral?
- Há previsão de recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses e meios de locomoção?
- É feito o diagnóstico epidemiológico dos portadores de sequelas?
- Há um levantamento dos serviços e de suas necessidades?
- Há iniciativas para adequação dos espaços, de modo a evitar acidentes e integrar os pacientes?
- Há apoio a instituições que empregam portadores de sequelas?
- O atendimento é regionalizado e hierarquizado?

Capacitação de recursos humanos

- Há oferta de capacitação para a melhoria da qualidade do registro?
- Alguma iniciativa tem sido feita com a finalidade de incluir a temática da violência e dos acidentes na formação dos profissionais da saúde (cursos de graduação, atualização, especialização etc.)?
- Está havendo investimento na formação de profissionais em emergências – formação que inclua aspectos clínicos, cirúrgicos, gerenciais e abordagem psicossocial?
- Há capacitação para o atendimento às intoxicações (especialmente decorrentes de agrotóxicos)?
- Há capacitação de profissionais da saúde e de outros setores, que trabalham na prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação ou risco de violência, para atuação conjunta, em rede?

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

- Percebe-se algum investimento no desenvolvimento de pesquisas sobre a temática?
- Existem pesquisas que integrem abordagem socioantropológica, além das pesquisas clínicas e epidemiológicas?

Um diagnóstico mais elaborado analisaria, além da existência ou não de todas essas iniciativas, a qualidade delas, ponderando em que condições são realizadas.

O papel das universidades é importante no desenvolvimento de pesquisas, no ensino e nas intervenções que visem prevenir e atender as vítimas de violência.

Para refletir

Nos moldes do que foi apresentado neste capítulo, faça um levantamento das informações que já possui e das que você precisa buscar no seu município, para iniciar a construção de um diagnóstico situacional.

Depois de identificar as informações, organize-as e descreva-as.

Como você pretende obter as informações necessárias?

18.2 Pressupostos da construção de um plano de ação

Plano de ação é um instrumento operativo para gestão de problemas sociais em geral (inclusive os da área da saúde), sendo composto pela descrição do tema em foco, do diagnóstico situacional e das tarefas voltadas para a solução.

Este item visa subsidiar gestores e profissionais na elaboração de um **plano de ação** participativo de redução de acidentes e violências. Nele, discorreremos sobre pré-condições e sobre elementos que devem ser considerados nessa construção. Um bom diagnóstico situacional é um passo extremamente relevante para embasar a elaboração de um plano de ação.

A construção de um plano de ação é um processo pragmático que, como um empreendimento social, visa solucionar problemas e atender aos interesses de públicos diversificados (ABEGÃO, 2003). Por causa da variedade de assuntos que aborda, das pessoas que mobiliza e das decisões que exige, seu sucesso está diretamente relacionado ao envolvimento dos potenciais parceiros e beneficiários no processo de planejamento, implantação, acompanhamento e avaliação.

Para refletir

Você tem alguma experiência na construção de um plano de ação? Em caso afirmativo, quais os pontos fortes e as fragilidades que um plano desse pode ter?

Os planos de ação podem ser elaborados em nível macro, como os concebidos para os países ou regiões, ou em níveis locais, como aqueles em nível municipal ou mesmo de determinada instituição. Podem ser direcionados a determinados tipos de violência ou a violência em geral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula os planos de ações nacionais como passo fundamental para a prevenção efetiva da violência no Planeta. Considera que os planos nacionais permitem que os países elaborem e assumam técnica e politicamente as formas pelas quais a violência afeta a saúde, avaliando a viabilidade econômica e possibilidades de implementação, fornecendo orientações aos formuladores de políticas e de outros setores da população sobre o que precisa ser feito e a melhor maneira de alcançar reduções sustentáveis da violência. Globalmente, a região das Américas tem a maior percentagem de países (76%) com planos nacionais destinados a diferentes tipos de violência. Os temas mais mencionados nos planos existentes nas Américas referem-se aos maus-tratos infantis, violência entre parceiros íntimos e violência sexual. Violência juvenil, gangues e violência armada estão em situação intermediária (entre 62% e 71% dos países). Há menos planos para abuso de idosos (52%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Há alguns pré-requisitos importantes para a construção de um plano local de ação participativo para o enfrentamento à violência:

- deve ter como base filosófica a promoção de consenso e a prática dialógica;
- precisa envolver todos os atores que tenham a ver com o problema em foco. Frequentemente, é possível que determinados objetivos, metas ou ações propostas atinjam interesses distintos e até concorrentes. No entanto, nenhum dos potenciais parceiros deve ser descartado; ao contrário, todos precisam ser colocados num espaço e em situação adequada para que possam expressar suas opiniões com autenticidade e segurança;
- quanto mais pessoas com objetivos comuns e opiniões divergentes compuserem a criação de um plano, mais ele apresentará a riqueza da realidade, se houver clima para administração dos conflitos;

- a efetividade dessa construção depende também da competência técnica de quem coordena o trabalho, da escolha dos métodos e das técnicas participativas e da garantia do diálogo na tomada de decisões;
- para que as decisões sejam coletivas, é preciso que todos os participantes criem um conhecimento comum sobre o problema e sobre a busca de soluções, integrando, inclusive, o conhecimento de especialistas;
- havendo conflitos de interesses, torna-se necessária uma solução participativa, e não uma rejeição unilateral das dificuldades para criar consensos ou respeitar a pluralidade de posições;
- para garantir a participação, é preciso que todos os envolvidos se tornem participantes ativos (cada um com sua parte na construção do todo).

Além disso, é fundamental saber que a definição clara dos objetivos, das atividades e prioridades, o comprometimento da equipe, a valorização das metas e ações, a previsão de treinamento e o uso das tecnologias disponíveis, a avaliação quanto aos apoios institucionais e governamentais recebidos são facilitadores tanto da elaboração como do desenvolvimento de um plano de ação.

18.3 Metodologia de construção de um plano de redução de acidentes e violências

Todas as pessoas que atuam no tema das violências e acidentes no setor saúde deveriam ter em mãos a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, conforme já assinalado em capítulos anteriores. No entanto, o texto dessa política nacional não pretende dizer o que cada município deve fazer; apenas traça as principais diretrizes e as responsabilidades institucionais. O **plano de ação**, construído com os parâmetros do documento citado, deve ser criado localmente e situar-se dentro da realidade concreta na qual atuam os profissionais da saúde. Na instância municipal, a problemática em pauta toma feições próprias, em geral muito diferentes das que se apresentam nos dados aglomerados para o Brasil.

Um plano deve ter responsáveis pela execução das ações (quem), um prazo para começar e para a realização de etapas (quando), territórios

definidos das ações (onde), uma justificativa (por que) e um detalhamento de procedimentos (como no curto, médio e longo prazos). É, portanto, composto por uma série de tarefas a serem realizadas, a partir do diagnóstico do problema e do planejamento para atuação. Desse instrumento de trabalho, devem constar:

- objetivos gerais e específicos da ação;
- definição dos termos (conceitos) que norteiam a ação;
- diagnóstico situacional apresentado de forma contextualizada;
- prioridades pactuadas coletivamente, que devem ser concentradas em alguns pontos, permitindo avaliação;
- metas a serem alcançadas e em que prazos;
- nomeação dos responsáveis por cada tarefa a ser executada;
- prazos e limites para a conclusão das atividades;
- dificuldades, limites e obstáculos previstos;
- fatores potencializadores e facilitadores;
- resultados esperados;
- previsão de acompanhamento e avaliação: interna (autoavaliação) e externa (por meio de consultores);
- recursos orçamentários.

A seguir, para efeitos didáticos, são apresentados alguns elementos importantes na construção do plano.

18.3.1 Contatos e parcerias

O ponto inicial de qualquer plano de ação é definir a vontade política de enfrentar o problema. A partir daí, juntam-se os atores mais importantes para viabilização do processo e das ações, a fim de que sejam estabelecidos objetivos comuns e acordos necessários para levar à frente o projeto.

Geralmente, um plano de ação para tratar do tema dos acidentes e violência precisa de acordos locais, no nível dos diversos programas da Prefeitura, uma vez que os problemas são intersetoriais, mesmo que o processo seja liderado pelo setor saúde. Também grupos da sociedade civil (organizações não governamentais, instituições acadêmicas, representantes do empresariado, representantes de conselhos e associações) devem participar dos acordos.

Dessa primeira etapa, esperam-se dois produtos:

1. um acordo geral que abra portas e promova uma linguagem comum;
2. indicação de pessoas para compor a equipe de trabalho, o que deve ser feito pelos representantes institucionais presentes ao encontro.

18.3.2 Seminários com as pessoas indicadas para construir o programa

Os seminários têm como objetivo esclarecer a ideia geral da proposta e, ao mesmo tempo, evidenciar a importância da construção participativa do plano de ação para redução de acidentes e violências. Além de ser um momento para reflexão sobre o tema e para emprego das técnicas de consenso, nesses eventos deve ser realizado um primeiro levantamento dos itens necessários para elaboração do diagnóstico local. Dessa etapa, esperam-se dois produtos:

1. adesão e reconhecimento interno do grupo de trabalho;
2. motivação dos participantes para promoção e desenvolvimento do plano.

18.3.3 Elaboração do diagnóstico participativo

A elaboração do diagnóstico participativo tem várias fases: a primeira delas é técnica, pois se constitui no levantamento de dados locais. As outras etapas devem ser realizadas com base nos dados levantados e devidamente sistematizados, com a participação do grupo de trabalho ao qual são acrescentados outros atores que esse coletivo julgar imprescindíveis para construção do plano. Em outros termos, seria o diagnóstico situacional (descrito anteriormente) sendo validado e discutido por um conjunto diversificado de atores da gestão e da sociedade civil.

O diagnóstico técnico é apenas uma peça inicial. Na medida em que é entregue ao grupo, torna-se instrumento de discussão e de aprimoramento.

18.3.4 Elaboração do diagnóstico técnico

- Apropriação da “teoria da violência” do ponto de vista da saúde: o que essa área define como violência e acidentes; natureza da violência (física, psicológica, sexual, negligências); tipificação da violência (interpessoal, institucional, coletiva, autoviolência); distribuição (por idade, sexo, por grupos sociais, entre outros).
- Levantamento do perfil epidemiológico local, que deve surgir do mapeamento dos acidentes (de vários tipos) e das violências (de vários tipos) mais recorrentes na realidade local.

Por que é importante a apropriação dos conceitos? Para que o diagnóstico não seja um desdobramento do senso comum e/ou uma aplicação restritiva do que o setor saúde considera “causas externas”.

A parte I do livro, “Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde”, aborda os principais conceitos sobre a violência no campo da saúde.

- Mapeamento fenomenológico de todas as questões vistas como importantes pelos membros do grupo, mas para as quais não há dados quantificáveis.

A elaboração do diagnóstico participativo é um dos momentos principais da construção do plano. A pessoa tecnicamente qualificada apresenta o perfil dos acidentes e violências em nível local, ressaltando os dados fundamentados do ponto de vista epidemiológico e, também, o que apenas existe embrionariamente, como observação da realidade. É importante que, nessa fase do trabalho, as informações quantitativas sejam complementadas, por meio de entrevista com representantes dos diferentes setores que tenham a ver com o problema em foco.

A seguir, se inicia um debate tornando os dados levantados um produto elaborado pela visão de todos os parceiros. Nesse momento, discutem-se a confiabilidade das informações, a sua contextualização na realidade local e as prioridades estabelecidas coletivamente, buscando-se consenso.

Dessa etapa, esperam-se os seguintes resultados:

1. um documento apropriado, em que o contexto, os problemas e as prioridades fiquem definidos, ainda que provisoriamente;
2. mais coesão do grupo de trabalho quanto às relações, à linguagem e aos problemas tratados e a serem enfrentados.

Documento de diagnóstico participativo sobre violências e acidentes

O diagnóstico participativo local consiste no mapeamento dos dados municipais sobre violências e acidentes, por meio da análise de informações secundárias, pesquisas, entrevistas e debates com representantes governamentais, da sociedade civil e da população.

Entrevista é uma técnica qualitativa muito utilizada em pesquisas e trabalhos na área da saúde. Costuma ser realizada de maneira individual ou coletiva. Entendida como “uma conversa a dois, com propósitos bem definidos”, coleta informações objetivas ou subjetivas, relacionadas a valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Pode ser estruturada, perguntas previamente formuladas, ou não estruturada, o tema abordado é tratado de forma mais livre. A entrevista em grupo envolve de seis a 12 pessoas, com um animador que faz intervenções no decorrer das discussões.

Para saber mais sobre o tema, leia *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, de Maria Cecília de Souza Minayo (org.). Petrópolis: Vozes, 2000.

Um diagnóstico participativo deve conter:

- características e contextualização socioeconômicas, políticas e culturais que ajudem a compreender a problemática;
- levantamento dos dados referentes ao problema;
- levantamento de forças sociais (setores ou atividades) com potencial positivo;
- levantamento dos setores ou atividades que dificultam ou impedem possibilidades de ação;
- descrição dos pontos fortes e fracos previstos;
- encaminhamento de metas e prioridades;
- cronograma de ação;
- nomes das pessoas envolvidas e as tarefas que lhes competem;
- nomes dos patrocinadores;
- recursos necessários e fontes de apoio.

O diagnóstico deve não somente apontar os problemas, mas assinalar metas, rumos e desafios para a ação. As diretrizes do plano de ação devem ser provenientes do diagnóstico participativo. Espera-se que o coletivo de atores, ao assumir com determinação a implantação do plano, crie um consenso em torno das prioridades e consolide propostas e práticas que levarão à redução das taxas de violências e acidentes.

18.3.5 Seminário para construção de prioridades, metas e previsão de resultados

É muito importante que o fechamento do diagnóstico seja realizado por meio de um seminário amplo, com participação garantida de instituições, pessoas e grupos locais interessados na solução do problema. Quanto maior o número de adeptos para a elaboração do plano, maior legitimidade essa ação alcançará:

- **Prioridades** – todo problema e toda solução são uma construção social. Isso significa que, quando consideramos tudo importante, dificilmente teremos resultados claros sobre as ações que iremos preconizar. Para estabelecer prioridades, vários elementos devem ser levados em conta: magnitude e importância do problema, condições objetivas de atuação e pessoas ou grupos dispostos a trabalhar.
- **Metas** – são resultados parciais que se assinalam no projeto para serem alcançados ao longo da implementação do plano de ação.

Geralmente, os teóricos do planejamento afirmam que as metas devem ser quantificadas. No entanto, podemos entender que há várias ações qualitativas que podem ser previstas e são bastante relevantes para serem avaliadas como parte do plano de ação. Todo plano de ação deve conter metas – quantitativas ou qualitativas – a serem alcançadas em um prazo definido que, para o alcance dos resultados esperados, deve ser compatível com as providências que deverão ser tomadas para o alcance dos objetivos previstos.

- **Resultados esperados** – devem ser previstos realisticamente, de acordo com a duração do plano, os recursos aplicados e a dificuldade das situações-problema. Os recursos podem ser de vários níveis: sensibilização e mobilização; formação de parcerias; formação de pessoas; articulação intersetorial; implantação de serviços e de redes; mudanças de dispositivos; mudanças de cultura; e, finalmente, podem ser de redução de violências e acidentes.
- **Indicadores** – um plano deve conter indicadores quantitativos e qualitativos que permitam inferir a eficiência e a efetividade das ações a que se propõe. Recomenda-se que os planos sejam avaliados pelo conjunto de instituições ou pessoas que compõem as redes, formalizados e disponibilizados para conhecimento da comunidade interessada.

18.3.6 Estabelecimento de responsabilidades e de cronograma

Todo plano, para ser cumprido, precisa responder com clareza às seguintes perguntas:

- O que fazer?
- Como fazer?
- A quem dirigir a ação?
- Quando fazer e até quando?
- Quem é responsável pela ação?

Esses itens, operacionalmente, configuram uma planilha ou um mapa de planejamento, gestão e avaliação, permitindo ao coordenador ou gestor ter uma visão sintética do projeto.

Todo plano também precisa ter um cronograma de ação, o que permite ao seu coordenador ou gestor trabalhar com metas plausíveis de serem cumpridas e esperar determinados resultados. Por exemplo: um plano poderia estar programado para dois anos, o que significa hoje a metade

de um mandato político de um prefeito. Isso permitiria sua revisão e avaliação (interna e externa), correção de rumos e uma nova planilha de continuidade. Como já dissemos, todo plano, para ter sustentabilidade, precisa de continuidade.

18.3.7 Acompanhamento e avaliação

Para melhores resultados, é importante que um plano de ação preveja as etapas de monitoramento, autoavaliação e avaliação externa das ações que serão implementadas e, na sua construção, é preciso prever tempo e recursos orçamentários para realizar esses processos. O monitoramento constitui o acompanhamento das ações quanto às suas estratégias e modos de realização, bem como os efeitos e resultados de cada etapa, visando identificar e corrigir problemas no curso das ações.

A autoavaliação se realiza dentro da mesma lógica do processo participativo, e deve fazer parte da agenda de monitoramento das tarefas que, para isso, foram delimitadas em seus objetivos, alcance e prazos. A avaliação externa permite um terceiro olhar sobre os problemas, as estratégias, as dificuldades e a correção de rumos. Tem também um papel fundamental de avaliar as ações e o processo de continuidade e de sustentabilidade. Uma boa avaliação das ações implementadas pelo plano de ação julga: sua utilidade; sua viabilidade do ponto de vista político, prático e de custo-benefício; sua dimensão ética; sua precisão técnica (FIRME, 2003; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Da avaliação externa, devem se esperar pelo menos três respostas:

1. visão contextualizada da proposta;
2. visão compreensiva e crítica de implantação, implementação e resultados do processo;
3. demonstração dos fatores de êxito e dos limites das ações em curso.

Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Seu sentido ético se alia a seu valor técnico e de responsabilidade social.

18.3.8 Recursos orçamentários

É claro que todo plano de ação tem um custo. Não dimensioná-lo de forma realista pode torná-lo insustentável ou, no mínimo, um projeto voluntarista fadado a se esvaír quando a boa vontade das pessoas acabar. Num país como o nosso, em que os recursos financeiros são sempre

escassos, a vontade política do prefeito e de seu secretariado (principalmente do secretário de saúde) é fundamental, visando à escolha desse problema como uma das prioridades de investimento e de gastos. Frequentemente, as questões relacionadas à violência e aos acidentes geram grandes prejuízos também às empresas locais e, por vezes, não é difícil conseguir apoios que se somam aos recursos públicos.

Conseguir recursos para implementar um plano de ação pode ser uma tarefa específica que, por vezes, cabe mais a pessoas que têm afinidade com esse tipo de negócio do que a um técnico, mesmo que excelente na compreensão da problemática. Qualquer pessoa que assuma a tarefa de motivar parceiros para o apoio financeiro precisa levantar os custos sociais da violência que, geralmente, são maiores e mais devastadores que os custos das ações para redução do problema.

18.4 Considerações finais

A elaboração do diagnóstico situacional é um passo de amadurecimento para a gestão dos serviços e para a execução das políticas públicas, que podem ser redirecionadas para as principais prioridades existentes localmente. Igualmente pode-se pensar para os planos de ação, que precisam ser escritos de forma concisa e clara, tornando-se uma peça executiva e não reflexiva, embora em seu interior esteja contida a complexidade das reflexões. A sustentabilidade de um plano é fruto de sua adequação à realidade local, tanto no que se refere ao problema em pauta como à mobilização de apoios social, político e destinação de recursos. Quanto mais parcerias, discussão coletiva e diversidade de pessoas envolvidas, mais legitimidade o plano terá.

No entanto, a sustentabilidade de um plano também é fruto da continuidade e do aproveitamento de oportunidades. No decorrer das atividades, as informações sobre todos os itens importantes precisam ser atualizadas por meio de uma planilha de monitoramento dos dados, visando ao acompanhamento, ao gerenciamento e à execução das ações.

18.5 Referências

ABEGÃO, L. H. A gestão participativa de projetos sociais. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*, Rio de Janeiro, out. 2003. Número piloto. Disponível em: <http://www.ltds.ufrj.br/gis>. Acesso em: 25 jan. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 2. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 18 maio 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 56, 6 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 86, 26 out. 2001b.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos, [2008]. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/ld_idoso/ld_idoso_enfr/. Acesso em: 12 nov. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (Brasil). Resolução n. 143, de 26 de março de 2003. Dispõe sobre a utilização dos recursos do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres–DPVA. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 54, 31 mar. 2003.

FIRME, T. P. *Avaliação em rede*. Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor, 2003. Disponível em: <http://www.rits.org.br>. Acesso em: 6 jun. 2004.

KLIKSBERG, B. Seis teses não-convencionais sobre participação. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 23-33, 1999.

MINAYO, M. C. S (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. rev. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Draft global plan of action on violence*: report by the Director-General. Geneva: World Health Organization, Mar. 2016. Relatório apresentado na Sixty-Ninth World Health Assembly.