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

16. Vigilância de violências e acidentes no Brasil

Alba Lucy Giraldo Figueroa
Cheila Marina
Cynthia Gazal Carvalho
Deborah Carvalho Malta
Márcio Denis Medeiros Mascarenhas
Marta Maria Alves da Silva
Mercia Gomes Oliveira de Carvalho
Naíza Nayla Bandeira de Sá
Rosane Lima Aparecida Monteiro
Sonia Gesteira Malta
Valter Chaves Costa
Vilma Pinheiro Gawryszewski

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FIGUEIROA, A. L. G., *et al.* Vigilância de violências e acidentes no Brasil. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 345-364. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: [10.7476/9788575415887.018](https://doi.org/10.7476/9788575415887.018). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine-9788575415887.epub>.

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

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

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

16. Vigilância de violências e acidentes no Brasil

Alba Lucy Giraldo Figueroa, Cheila Marina, Cynthia Gazal Carvalho, Deborah Carvalho Malta, Márcio Denis Medeiros Mascarenhas, Marta Maria Alves da Silva, Mercia Gomes Oliveira de Carvalho, Naíza Nayla Bandeira de Sá, Rosane Lima Aparecida Monteiro, Sonia Gesteira Malta, Valter Chaves Costa e Vilma Pinheiro Gawryszewski

Este capítulo apresenta um panorama do estágio de implantação de sistemas e fichas de notificação para as causas externas de acidentes e violências no Brasil. Ressalta a necessidade de pactuação entre setores e discute a legislação em vigor.

As consequências de acidentes e violências (causas externas) para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com a finalidade de subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema e o atendimento às vítimas. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas acontece por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os que conhecem fidedignamente as dimensões da morbidade hospitalar por essas causas (KRUG et al., 2002).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte na população em geral e a primeira na população de 1 a 39 anos. Em 2009 dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2009) registraram 138.697 óbitos por causas externas, o que representa 12,6% do total de óbitos. No período de 1980 a 2009 houve um incremento percentual de 35,5% (passou de 9,3%, em 1980, para 12,6%, em 2009) nos óbitos atribuídos a causas externas. Em 2009 o sexo masculino respondeu por 83,1% das mortes, e o feminino, por 16,9%. Entre 1980 e 2009 a composição da mortalidade por causas externas registrou um aumento de 269,8% das mortes por agressões, que passaram de 13.910 para 51.434 e da segunda

Os dados sobre mortes e morbidade por causas externas podem ser acessados na página eletrônica do DATASUS (www.datasus.gov.br), que permite fazer tabulações para as regiões, os estados e os municípios brasileiros.

para a primeira causa de óbito entre as causas externas. No mesmo ano a faixa etária que concentrou mais homicídios foi a de 20 a 39 anos, e desses, 63,2% corresponderam ao sexo masculino e 54,1% ao feminino.

No processo de transição epidemiológica brasileiro, diferentemente de outros países, a inversão do peso das mortes por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) em relação às doenças crônicas não transmissíveis foi acompanhada pelo aumento das causas externas. Enquanto as DIP reduziram de 46%, em 1930, para 4,3%, em 2009; as doenças do aparelho circulatório passaram de 12%, em 1930, para 29%, em 2009; e as causas externas subiram de 3%, em 1930, para 12,6%, em 2009. Enquanto na população em geral as causas externas ocupam a terceira posição, na faixa etária de 1 a 39 anos elas são a primeira causa de morte.

A maioria das vítimas fatais dos acidentes e violências são adolescentes, jovens e adultos jovens, que morrem precocemente, sendo essas causas campeãs de anos potenciais de vida perdidos.

Ainda, segundo o MS, em 2011 (dados preliminares), nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram 959.571 internações por causas externas, representando aproximadamente 8,6% do total de internações por todas as causas e ocupando o quarto lugar nas hospitalizações (excluindo-se o grupo gravidez, parto e puerpério). Na distribuição das internações por causas externas segundo sexo e idade observou-se que 70,3% eram homens e 29,7% mulheres. As hospitalizações concentraram-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos (45% do total) e de 40 a 59 anos (23,%). Segundo o tipo de causa externa, os acidentes corresponderam a 81,7%, enquanto as violências representaram 5,7%. As demais causas externas, excluindo acidentes e violências, representaram: sequelas de causas externas (3%), complicações (4%) e eventos cuja intenção é indeterminada (5%). As agressões foram responsáveis pela maior parte das internações decorrentes de violências (85%), seguidas por lesões autoprovocadas (15%).

Entretanto, apesar dos números alarmantes, ainda desconhecemos a verdadeira magnitude e gravidade desse problema, pois o que se observa é apenas a ponta de um iceberg, que são os casos graves, que foram a óbito ou que geraram hospitalizações. A violência doméstica e sexual, os maus-tratos que vitimam diariamente crianças, adolescentes, mulheres e idosos, como também outras formas de violência, como o trabalho infantil,

o tráfico de seres humanos, a violência no trabalho, a tortura, a violência doméstica e sexual cometida contra homens e mulheres, dentre outras violências, ainda não são dimensionadas em sua magnitude e gravidade.

Portanto, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre esse problema, inclusive caracterizando melhor o tipo e o local da violência e identificando o perfil da vítima e do(a) autor(a) da agressão. Esse desafio se torna maior em relação às informações sobre violência sexual e doméstica, onde ainda impera a lei do silêncio, o medo, tabus e preconceitos.

Por que vigilância para causas externas

Quando adotamos o termo vigilância pensamos em ultrapassar a simples proposição de estudos e a produção de informações pontuais; na verdade, propomos que o acompanhamento do agravo e a sua prevenção ocupem um lugar de destaque nos esforços da saúde pública.

A vigilância é um instrumento para se compreender um problema de saúde (HOLDER et al., 2001).

Considerando as mudanças no perfil epidemiológico dos agravos, em relação tanto às doenças infecciosas (com o surgimento de novos agentes patogênicos) como às não infecciosas, é necessário rever e ampliar os instrumentos de vigilância, pois o sistema rotineiro pode não ser suficiente (HAMMANN; LAGUARDIA, 2000).

No Brasil, tradicionalmente, a vigilância de violências e acidentes tem sido feita considerando-se os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS), que, pela sua qualidade, permite o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Esses dados são rotineiramente analisados e as informações divulgadas nas publicações do Ministério da Saúde (MS). Também é feito o monitoramento das informações das internações hospitalares por causas externas realizadas no Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS). As bases, de fácil acesso, são disponibilizadas pelo MS.

Buscando conhecer melhor a magnitude desse grave problema de saúde pública, o MS, por meio da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDant) do Departamento de Análise de Situação em Saúde da Secretaria (Dasis) de Vigilância em Saúde (SVS) implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em agosto de 2006. Essa iniciativa envolveu as três esfe-

ras de governo, o Ministério da Saúde e secretarias de Saúde estaduais e municipais (SES e SMS) e tem como objetivo final o desenvolvimento de ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e da cultura de paz.

A identificação de prioridades

O estabelecimento de um sistema de vigilância requer a identificação de prioridades. No caso dos acidentes e das violências, foram identificados dois desafios para o sistema de informação:

Para saber mais sobre vigilância de acidentes e violências, leia:

- *Manual de vigilância das lesões*, uma publicação da Organização Mundial da Saúde, traduzido por Gawryszewski, Vilma P. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004. Disponível em: http://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/man_lesoes.pdf.
- *A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes*, (GAWRYSZEWSKI, 2007).
- *Vigilância de violências e acidentes 2006 e 2007/2008 e 2009*. Disponível em: www.saude.gov.br/svs (acessar publicações).

- Conhecer a dimensão e o perfil desses agravos nas emergências hospitalares, para ter um quadro mais completo do problema, identificando as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências, já costumeiramente abarrotadas;
- Captar as agressões que demandam serviços de emergência e ambulatoriais, bem como outros tipos de violência que ainda permanecem silenciados no âmbito da esfera privada, uma vez que continuam desconhecidas a real magnitude e a gravidade da violência sobre a saúde da população brasileira. Isso se agrava quando analisamos a violência sexual, como estupro e tentativas de estupro, a exploração sexual, o turismo sexual, ou quando analisamos a violência doméstica e outras formas de violências interpessoais, como a violência psicológica, da qual o assédio moral é um exemplo.

Fazer vigilância de violências e acidentes implica coletar dados de várias fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); inquéritos; boletins de ocorrência; mídia; dentre outros. Esses dados são objeto de análise, produção e difusão de informações, intervenções, monitoramento e avaliação. Com a necessidade de se ampliar a vigilância de causas externas, implantou-se o sistema Viva, em 2006, inicialmente sob o modelo de vigilância sentinela. O sistema Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela implantado não obedecia exatamente ao mesmo modelo das doenças infecciosas. Atualmente, no país, a maior parte das doenças sob vigilância aciona o sistema quando é identificada a suspeita de um caso, em razão da existência de medidas profiláticas a serem conduzidas para proteger os comunicantes e impedir o surgimento de novos casos.

Para refletir

Quais as principais dificuldades e/ou facilidades observadas no registro de violências e acidentes em seu município?

Destaca-se que a categoria de causas externas compreende um conjunto amplo de agravos, com inúmeras interfaces com outras disciplinas e setores. Desse modo, na implantação do Viva no âmbito do SUS também existem outras secretarias e áreas técnicas no MS que trabalharam com determinado tipo de causa ou com grupos específicos e contribuíram com a construção desse sistema de vigilância, como é o caso, por exemplo, da área técnica que monitora a violência contra a mulher e atua em relação a ela.

Tendo em vista tais necessidades, a Secretaria de Vigilância em Saúde considerou a estratégia de implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), inicialmente em serviços sentinela, como uma opção ágil e viável que apresenta potencial para gerar informações de qualidade.

O sistema Vigilância de Violências e Acidentes em serviços sentinela está apresentado com detalhes nos artigos de Gawryszewski e colaboradores, publicados em 2007 e 2008.

Segundo Waldman (1998), as principais características da vigilância em saúde pública, comuns a qualquer agravo, são:

- ser simples;
- ser contínua;
- ter obrigatoriamente três componentes: a informação; a análise regular da informação, com fundamento no conhecimento científico; e ampla disseminação da informação analisada.

A partir deste ponto abordaremos os passos do sistema de vigilância proposto pelo Ministério da Saúde.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do MS

O Viva possibilita conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar a violência doméstica e sexual, que ainda permanece “oculta” na esfera do privado, principalmente os maus-tratos e as violências (física, sexual, psicológica e negligência/abandono) perpetrados contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida. Esse sistema atende aos pressupostos legais de obrigatoriedade de notificação das violências cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Critérios de seleção dos municípios prioritários para implantação do Viva

Para a seleção dos municípios prioritários, nos quais foi implantado inicialmente, em 2006, o sistema Viva, adotaram-se os seguintes critérios:

- perfil de morbimortalidade por acidentes e violências, considerando o ranking das violências definido com base no SIM/SUS;
- matriz de exploração sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Pair), definida pela Secretaria de Direitos Humanos (SDH);
- municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM);
- municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir);
- municípios prioritários definidos pelo Projeto Sentinela, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
- municípios prioritários de prevenção de violências e exploração sexual definidos pela área técnica de Saúde da Mulher;
- municípios prioritários para prevenção de acidentes de trabalho e municípios sentinela definidos pela área técnica de Saúde do Trabalhador;
- municípios que têm Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde financiado pelo MS;
- municípios com serviço de emergência hospitalar e de referência ao atendimento às vítimas de violência sexual, doméstica e outras violências;
- municípios que participaram do projeto piloto da SVS/MS, que testou a Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras violências interpessoais), publicada no DOU n. 215, de 9 de novembro de 2004;
- municípios que participavam do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- decisão política e capacidade técnica e de gestão.

O processo de implantação em 2006 deu-se por adesão, tendo sido o projeto Viva apresentado para as SES e SMS de capitais e municípios selecionados por ocasião de um seminário que ocorreu em março de 2006.

Marcos legais

A seguir destacam-se alguns marcos referenciais e legais para a estruturação do Viva no SUS e para a implantação da notificação compulsória de violências doméstica e sexual e outras violências:

- Lei n. 8.069, de 13/7/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei n. 10.741, de 1/10/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso;
- Lei n. 10.778, de 24/11/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos e privados. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n. 5.099 de 03/06/2004;
- Lei n. 12.461, de 26/07/2011, que altera a Lei n. 10.741, de 01/10/2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde;
- Lei n. 12.015, de 07/08/2009, que altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 07/12/1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25/07/1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 01/07/1954, que trata de corrupção de menores;
- Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil, da Secretaria de Direitos Humanos (SDH);
- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e/ou Doméstica contra a Mulher, da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM);
- Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, da Secretaria de Direitos Humanos (SDH);
- Portaria GM/MS n. 737, de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Portaria MS n. 1.968, de 25/10/2001, que implantou a notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes;
- Portaria GM/MS n. 936, de 19/05/2004, que implantou a Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e criou os núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde;
- Portaria GM/MS n. 777, de 28/04/2004, que implantou a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador;

- Portaria GM/MS n. 2.406, de 05/11/2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher;
- Portaria GM/MS n. 687, de 30/06/2006, que instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Portaria GM/MS n. 1.876, de 14/8/2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio;
- Portaria GM/MS n. 1.356, de 23/06/2006, que repassou recursos financeiros para as secretarias de saúde para a implantação do Viva e a realização do Viva Inquérito;
- Portaria GM/MS n. 1.384, de 12/06/2007, e Portaria n. 1.316, de 24/06/2009, que repassou recursos financeiros para a realização do Viva Inquérito 2007 e 2009, respectivamente;
- Portaria GM/MS n. 2.472, de 31/08/2010, que definiu as terminologias adotadas na legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabeleceu fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e dos serviços de saúde. Nessa portaria constam todos os agravos e todas as doenças de notificação compulsória no País, incluindo a notificação das violências doméstica, sexual e/ou autoprovocada em serviços sentinela;
- Portaria GM/MS n. 104, de 25/01/2011, que incluiu na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica e sexual e/ou outras violências. Essa portaria universalizou a notificação compulsória de violências no SUS.

Componentes do sistema Viva

Esse sistema faz parte da vigilância de causas externas e é composto por dois componentes:

1. vigilância sentinela, que é a vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares e serviços de referência para violências e que é realizada por meio de inquéritos ou estudos transversais;
2. vigilância contínua, que é a vigilância das violências sexual e doméstica e/ou outras violências interpessoais ou autoprovocadas em serviços de saúde e que é realizada por meio da notificação compulsória de violências

e atende às exigências legais de notificação da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A coleta é universal e contínua.

A seguir abordaremos com detalhes cada uma dessas vigilâncias.

Vigilância sentinela

Conceitos

O termo “sentinela” tem sido usado em duas situações. A primeira delas é o evento sentinela, termo adotado por Rutstein et al. (1976) como um dos métodos para vigilância em saúde, constituindo-se como sistema de alerta em relação a situações indesejáveis e possibilitando o monitoramento de serviços e sistemas de saúde. Nesses casos, o evento sentinela pode ser considerado um indicador de qualidade. A ocorrência dos eventos sentinela serve de alerta aos profissionais da saúde a respeito de agravos preveníveis, incapacidades ou óbitos possivelmente associados à má qualidade de serviços ou intervenções.

A segunda aplicação do termo refere-se aos serviços sentinela. Muito difundidos em alguns países da Europa, têm por finalidade obter informações relativas à incidência e a aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde (WALDMAN, 1998).

A grande limitação desse tipo de fonte de informação é não garantir a representatividade e a generalização de dados. Entre as vantagens, está o baixo custo operacional e a possibilidade de aumento da qualidade das informações.

O propósito do estabelecimento da vigilância de acidentes e violências em hospitais e serviços sentinelas é possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de alta prevalência e de impacto na saúde das pessoas.

Para a escolha dessa metodologia foram consideradas as dificuldades inerentes à coleta universal de informações relativas à morbimortalidade decorrentes desses agravos, tais como exigir um grande número de locais de notificação, necessitar da cooperação de considerável número de pessoas, ser significativamente onerosa e requerer um grande esforço de coordenação. Esses limites levaram à opção pela implantação da vigilância sentinela.

Entre as vantagens dessa proposta podem ser citadas:

- **Qualidade da informação** – A adesão dos profissionais da saúde costuma ser um ponto crítico da qualidade dos sistemas de notificação. Por isso, o aprimoramento e a formação das equipes, com o objetivo de reforçar a importância da notificação, devem ser previstos para que tenhamos a resposta esperada. A implantação em um número menor de unidades permite aprofundar a formação e o acompanhamento do sistema, assim como facilita a supervisão regular das equipes responsáveis por essa informação, resultando em maior confiabilidade dos dados.
- **Implantação mais rápida** – Um sistema universal consome muito tempo até que muitos profissionais o conheçam. Os serviços sentinela possibilitam tanto a implantação quanto o conhecimento mais imediato dos resultados.
- **Agilidade no aprimoramento do sistema** – A avaliação é um componente primordial de qualquer sistema de informação. Tratando-se de um sistema novo, ele deve ser avaliado para incorporar as possíveis mudanças que se fizerem necessárias no decorrer do processo, ou mesmo incluir novas variáveis, se for o caso. Um número menor de serviços permite não só a implantação mais rápida, mas também agilidade na análise das informações e na realização de possíveis ajustes.

Entre as desvantagens dessa proposta pode ser citada a dificuldade para a generalização de dados, pois as informações não são representativas do município ou do estado, portanto não há possibilidade de construção de taxas.

Mesmo nos Estados Unidos, que destinam muitos recursos aos sistemas de informações, não é realizada a coleta universal dos dados acerca dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências realizados nas emergências. As informações oficiais divulgadas são uma estimativa nacional realizada a partir de uma amostra representativa de hospitais para o país (BROWSON; REMINGTON; DAVIS, 1993).

Waldman (1998) salienta que atualmente existe uma tendência, principalmente em países desenvolvidos, a usar com maior frequência, mesmo para doenças infecciosas, sistemas de vigilância cujas informações são provenientes de laboratórios e hospitais, em vez da notificação de doenças.

Vigilância sentinela no SUS – Viva Inquérito

No Brasil, a experiência que foi conduzida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em 2005, em algumas emergências selecionadas mostrou ser possível a realização dessa coleta. A experiência da SES/SP (GAWRYSZEWSKI et al., 2006) concluiu que obter informações em serviços sentinela gera ganhos em termos de informações relevantes, que podem ser utilizadas para a implantação de estratégias de prevenção de violências e de promoção da saúde.

O levantamento foi iniciado em três emergências hospitalares selecionadas por serem referências de atendimento em suas áreas geográficas. Entre os resultados encontrados foram verificadas diferenças em relação às análises provenientes das informações de mortalidade e de internações, tais como a demonstração do grave problema dos acidentes com motociclistas, crianças demandando alta proporção de atendimentos, identificação de problemas ocultos, como a constatação de que a residência é um importante local de ocorrência de lesões. Essa experiência de São Paulo contribuiu com a construção do Viva pelo MS em âmbito nacional, no ano de 2006, em seu componente de vigilância sentinela.

Portanto, no âmbito do SUS, a Vigilância Sentinela é realizada por meio de inquéritos, que são estudos transversais realizados num determinado período pré-definido em serviços de urgência e emergência, denominados de “serviços sentinela”, que são definidos pelas SES e SMS e pactuados com o MS (GAWRYSZEWSKI et al., 2006). Esses locais são selecionados mediante critérios previamente instituídos que possam garantir a obtenção de informações. Além de apoiarem a vigilância de acidentes e violências, são mais facilmente coordenáveis. Os serviços sentinela incluem: pronto-socorro, serviços de referência para violências, unidades de pronto atendimento (UPA), maternidades, dentre outros que são porta de entrada para o atendimento de violências e acidentes.

Essa vigilância sentinela, denominada de Viva Inquérito pelo MS (GAWRYSZEWSKI et al., 2006), tem como objetivos específicos: descrever o perfil dos atendimentos por violências e acidentes atendidos em unidades de urgência e emergência sentinela, produzir análises de tendência das violências e dos acidentes e subsidiar políticas públicas de enfrentamento.

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, cujos dados são coletados no período de trinta dias consecutivos. Considerando o volume de

atendimento em algumas emergências, a coleta é por amostra e realizada entre os meses de setembro e novembro.

Foram considerados elegíveis para a realização da pesquisa os municípios que fizeram adesão ao projeto Viva e em conformidade com critérios pré-definidos. Essa pesquisa foi realizada nos anos de 2006, 2007, 2009 e 2011 (BRASIL, 2009) (a partir de 2007, passou a ser realizada de dois em dois anos). O instrumento de coleta de dados é a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços de Urgência e Emergência. Para a entrada dos dados utilizou-se o software Epi Info Windows, do CDC-Atlanta, adaptando-o (Viva Epi Info).

Critérios de seleção dos serviços sentinela de violências e acidentes

Critérios gerais

- a unidade deve estar localizada em município prioritário, definido pela CGDant/Dasis/SVS, em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde, a partir dos critérios para seleção de municípios prioritários e contemplando condições capazes de potencializar o desempenho desses serviços;
- a unidade deve demonstrar interesse em participar do sistema;
- a unidade deve estar estruturada para desenvolver essa atividade e dotada de equipe mínima, além dos profissionais que prestam assistência.

Critérios específicos

- a unidade deve ser de referência para atendimento às pessoas vítimas de acidentes, contando com setores de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorro);
- a unidade deve ter, preferencialmente, núcleo de vigilância epidemiológica já estabelecido, como, por exemplo, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVH);
- a unidade de referência para atenção às pessoas em risco ou situação de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais ou autoprovocadas deve contar com equipe multiprofissional;
- serviços de saúde de referência para atenção às mulheres, crianças e adolescentes e pessoas idosas em situação de violência doméstica, sexual e outras violências;

- esses serviços devem estar articulados com a rede de atenção e proteção social.

Pactuação e construção de parcerias

A construção de parcerias e pactos é elemento essencial para o sucesso de um sistema novo de vigilância. No caso das ações de vigilância e de prevenção de acidentes e violências isso é ainda mais importante, uma vez que a sua implantação geralmente exige cooperação e esforços de pessoas de diferentes instituições e setores. Entendemos parceria como um processo em que um conjunto de organizações, instâncias ou pessoas trabalham juntas para atingir um objetivo comum.

É importante contar com o conhecimento de profissionais de várias áreas, de forma integrada, para desenvolver soluções efetivas e eficientes para problemas específicos relacionados aos acidentes e às violências.

Vários pontos importantes no desenvolvimento e na manutenção das parcerias devem ser levados em conta para assegurar que a aliança seja a base do sucesso da implementação de um ou mais programas (BROWSON; REMINGTON; DAVIS, 1993):

- compromisso da agência mais importante;
- existência de um grupo central de planejamento efetivo;
- recrutamento planejado dos parceiros;
- papéis claramente definidos para os membros da equipe;
- objetivos formalmente estabelecidos e pactuados;
- participação e compromisso dos parceiros;
- implantação bem-sucedida de um projeto piloto.

Para conseguir implantar esse projeto com êxito, o Ministério da Saúde realizou seminários e encontros, para os quais foram convidados os representantes de secretarias municipais e estaduais e de universidades das cinco regiões do Brasil. Nesses seminários foram discutidas a viabilidade e as estratégias de operacionalização da proposta (parceiros potenciais, dificuldades e facilidades para a implantação e pactos a serem feitos). Em tais encontros foi recomendado que a seleção dos serviços fosse realizada em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme os fluxos locais de atendimento, a distribuição geográfica, a existência de centros de referência, entre outros critérios.

Para refletir

Se você fosse implantar um novo sistema de vigilância para os acidentes e violências na sua região, quem seriam seus parceiros?

Você pode ampliar seus conhecimentos sobre o assunto, lendo a *Agenda de vigilância, prevenção e controle dos acidentes e violências* (SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE DANT E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005).

Em suma, é importante ressaltar que o estabelecimento de um sistema de vigilância para acidentes e violências em serviços de emergência e em serviços de referência tem um propósito mais abrangente do que o de produzir informações. Esses serviços são especialmente relevantes na detecção de casos de agressões contra grupos específicos, tais como mulheres e crianças (DESLANDES, 1999). Os profissionais que lá trabalham encontram-se numa posição especial para ajudar e encaminhar aqueles que estão sob risco e proporcionar subsídios para a organização de propostas de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Vigilância contínua

No âmbito do SUS essa modalidade de vigilância também foi implantada a partir de 1º de agosto de 2006, inicialmente também em serviços sentinela para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) de 39 municípios selecionados.

No segundo semestre de 2008 essa vigilância começou a ser expandida, com o início do processo de universalização da notificação para outros serviços de saúde, que não somente os serviços sentinela, bem como a expansão da notificação para outros municípios. Esse processo tem sido feito de forma gradual, mas articulado com a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violências e suas famílias.

O instrumento de coleta da vigilância contínua é a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. A entrada de dados no período de 2006 a 2008 também foi por meio do software Epi Info Windows, adaptado do CDC-Atlanta; a partir do segundo semestre de 2008 a digitação dos dados passou a ser feita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de forma, ainda, a validar o sistema, sendo feita nos municípios inicialmente selecionados.

Em 2011, com o objetivo de atender à legislação vigente e de garantir a atenção e a proteção às pessoas em situação de violências, o MS universalizou a notificação de violências doméstica e sexual e outras violências para todos os serviços de saúde no país, incluindo-a na relação de doenças e

agravos que são registrados no Sinan. Essa universalização foi instituída por meio da Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

A vigilância contínua, também denominada no MS de Viva Sinan, tem como objetivos: descrever o perfil dos atendimentos em unidades de saúde de violências doméstica e sexual e/ou outras violências autoprovocadas; caracterizar o perfil das vítimas e dos autores(as) de agressão; tipificar as violências; intervir sobre os casos, articulando e integrando a vigilância e a notificação com a Rede de Atenção e de Proteção às Vítimas de Violências e suas Famílias, garantindo-se, assim, atenção integral e humanizada, proteção e o respeito dos direitos humanos.

Quais as situações são objeto de notificação?

Os profissionais de saúde deverão notificar qualquer caso suspeito ou confirmado com o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. As situações que são objeto de notificação por esses profissionais são:

- violência doméstica/intrafamiliar cometida contra homens e mulheres, independentemente da faixa etária e da natureza da violência (física, sexual, negligência/abandono, psicológica);
- violência sexual cometida contra homens e mulheres, independentemente da faixa etária e do tipo (estupro, exploração sexual, assédio moral, pedofilia, outros);
- tentativas de suicídio de homens e mulheres, de qualquer faixa etária;
- tráfico de pessoas (homens e mulheres), de qualquer faixa etária;
- intervenção legal feita por agentes da lei, no exercício da profissão, contra homens e mulheres, de qualquer faixa etária (para o MS, a intervenção legal também é incluída na categoria agressões);
- as outras violências que são objeto de notificação são todas as formas de violência, seja doméstica/intrafamiliar ou não, que são cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, em conformidade com as situações definidas por lei - Estatuto da Criança e do Adolescente(ECA), Estatuto do Idoso, Lei n. 10.778/2003.

A notificação permite que se conheçam as formas de violência e o perfil das vítimas e dos autores da agressão e tem sido um instrumento de organização dos serviços de saúde para o atendimento adequado e

humanizado às vítimas de violências, com a implantação e implementação das redes de atenção e proteção, assim como para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz. Ela está em conformidade com as políticas nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) e de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

No âmbito do SUS a notificação também é compulsória quando da suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, tentativa de suicídio, tráfico e intervenção legal cometidos contra homens adultos, apesar de não existir uma legislação específica. Em outras situações, que não as citadas, as violências praticadas contra homens adultos não são objeto de notificação.

Quem deve notificar

Qualquer profissional de saúde, seja de nível superior ou não, é obrigado a fazer essa notificação nas situações de violências cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Destaca-se que o profissional de saúde das ESF tem um papel estratégico na identificação e notificação dos casos de violência, pois muitas vezes eles são os primeiros a ter acesso à situação de violência, em função da entrada dessa equipe no domicílio do idoso, assim como por meio da história e do exame clínico realizado em uma unidade de saúde.

A notificação deverá ser preenchida em duas vias, devendo uma delas ficar na unidade de saúde e a outra, encaminhada para a vigilância epidemiológica do município, seguindo os fluxos e a rotina do Sinan; a SMS envia os dados consolidados a partir da notificação individual para a vigilância epidemiológica da SES, que, por sua vez, os envia para a CGDant/SVS/MS.

Para refletir

Na implantação da notificação compulsória de violências doméstica e sexual e outras violências em seu município, quem você envolveria nas capacitações?

Comunicação aos conselhos

Salienta-se que, de acordo com a legislação vigente, nas situações de violência cometida contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde ou da educação deverá, obrigatoriamente, fazer uma comunicação ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, de acordo com o ECA.

Nas situações de violência contra pessoas idosas deverá ser feita uma comunicação para a autoridade policial, o Ministério Público, o Conselho Municipal do Idoso, o Conselho Estadual do Idoso ou o Conselho Nacional do Idoso, em conformidade com o Estatuto do Idoso.

Vale salientar que a notificação de violências não se trata de uma denúncia, mas é um instrumento de vigilância epidemiológica e de garantia de direitos, na medida em que aciona a rede de atenção e proteção.

Resultados esperados com o Viva

Os resultados esperados do referido processo devem ser estabelecidos já no planejamento do sistema de vigilância e pactuados com todos os parceiros. Nesse caso, esperamos que o sistema contribua tanto para a produção de conhecimento epidemiológico, que pode ser utilizado para políticas de prevenção e promoção, quanto na avaliação de sua operacionalização, para identificar aspectos que devam ser aprimorados. Assim, é importante considerar:

- monitoramento da morbidade e da mortalidade associadas aos acidentes e às violências;
- implementação das ações de vigilância, prevenção e controle de acidentes e violências em articulação intra e intersetorial;
- avaliação das ações implementadas para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- avaliação das diferentes estratégias de implantação;
- integração e validação das informações;
- avaliação do potencial de informação das fontes notificadoras e da qualidade das informações coletadas.

Finalizando...

Com o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o Ministério da Saúde espera:

- caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas que são atendidas nos serviços sentinela;
- caracterizar o perfil das pessoas vítimas de acidentes que são atendidas nos serviços sentinela;

- conhecer o perfil dos autores(as) da agressão;
- descrever o perfil dos atendimentos decorrentes das violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (de trânsito, quedas, queimaduras, intoxicações, dentre outros) em unidades sentinela de urgência/emergência e outros serviços de referência para violências;
- dimensionar a demanda por atendimentos por causas externas em serviços sentinela de urgência/emergência e outros serviços;
- caracterizar os eventos decorrentes dos acidentes e das violências de menor gravidade que não geraram internação ou levaram ao óbito;
- revelar a violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas;
- atender à legislação vigente quanto à obrigatoriedade da notificação compulsória: Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069/1990, que institui a notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes; Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003 e Lei 12.461/2011, que institui a notificação compulsória de violência contra pessoa idosa; e Decreto Federal n. 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher;
- produzir análises de tendência das violências e acidentes;
- produzir indicadores de monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos de enfrentamento das violências e de promoção da saúde e da cultura de paz;
- utilizar a informação na definição de políticas públicas de prevenção, atenção, proteção e promoção da saúde e da cultura de paz.

Para saber mais visite o site da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e acesse a página da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDant) em www.saude.gov.br/svs.

Referências

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. [Página da CGDANT no portal do Ministério da Saúde]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela*. Brasília, DF, 2006. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, DF, 2010.

BROWSON, R. C.; REMINGTON, P. L.; DAVIS, J. R. (Ed.). *Chronic disease epidemiology and control*. Washington, DC: American Public Health Association, 1993.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1269-1278, 2006. Suplemento.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 24, n. 6, p. 400-8, 2008.

HAMMANN, E. M.; LAGUARDIA, J. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da notificação compulsória. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 211-219, jul./set. 2000.

HOLDER, Y. et al. (Ed.). *Injury surveillance guidelines*. Geneva: World Health Organization, 2001.

HOLDER, Y. et al. (Ed.). *Manual de vigilância das lesões*. Tradução: Vilma P. Gawryszewski. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Coordenadoria de Controle de Doenças, 2006.

KRUG, E. G. et al (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. *Manual de vigilância das lesões*. trad. Vilma Pinheiro Gawryszewski. 1 ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/man_lesoes.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE. *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Ginebra, 2002.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 294, n. 11, p. 582-588, 11 Mar. 1976.

SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE DANT E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005, Brasília. *Agenda de vigilância, prevenção e controle dos acidentes e violências*. Brasília, DF, 2005.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1998.