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

17. Diagnóstico situacional da violência

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

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA, C. A., *et al.* Diagnóstico situacional da violência. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 365-376. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: [10.7476/9788575415887.019](https://doi.org/10.7476/9788575415887.019). 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/).

17. Diagnóstico situacional da violência

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

Neste capítulo apresentamos o passo a passo da realização de um diagnóstico situacional, com etapas que exigem conhecimento técnico e outras que devem buscar o compartilhamento social.

Um diagnóstico situacional constitui a base essencial para qualquer avaliação de um determinado quadro ou processo social ou sanitário. Conhecer em profundidade uma situação problemática 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:

1. a situação de morbimortalidade por acidentes e violências numa determinada localidade e seu impacto na saúde;
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 tem por objetivo responder como violências e acidentes afetam a saúde das pessoas de diferentes sexos, gênero, faixas etárias, etnias/raças, moradoras deste ou daquele bairro ou região da cidade, pertencentes a este ou àquele 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 dos traumas até a necessidade por atenção psicológica, social, de reabilitação, de 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 as vítimas e para prevenir essas violências, os acidentes e seus respectivos agravos. É conhecer como esses programas e serviços atuam e que públicos-alvos 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 infra-estrutura, 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 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 *motoboys*) e nenhum programa voltado para essa categoria profissional. Pode apresentar um considerável número de atendimentos nos pronto-socorros de crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais, e só possuir serviços voltados para o atendimento das vítimas e não incluir o atendimento aos seus familiares, desconsiderando a dinâmica familiar. 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.

Etapa 1

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 definir se 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).

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 no atendimento às vítimas de violência, dados do Samu, Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate) ou Grupamento de

Conforme já discutido no Capítulo 5, Parte I deste livro, 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 14 deste livro. É preciso estar atento para a qualidade de tais informações, conforme destacado no referido Capítulo.

Socorro de Emergência (GSE), entre outras fontes. Também podem ser considerados dados de instituições de outros setores, como os Registros de Ocorrências Policiais (ROs), 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.

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 este 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.

Recordando conceitos: para lembrar o que é risco ou chance de morrer ou de adoecer por acidentes e violências, consulte o Capítulo 5 da Parte I.

■ **Coeficiente 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.

■ **Coeficiente 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.

■ **Coeficiente de mortalidade por causas externas específicas** – acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, agressões, lesões auto-infligidas, entre outras causas. Por meio desse indicador, é possível analisar quais os maiores riscos entre os subgrupos específicos de 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.

Constituição de demandas para o setor saúde

Uma vez realizada a análise epidemiológica dos dados, é importante que o gestor tenha uma ideia sobre como está estruturado em seu município o atendimento às vítimas. A infra-estrutura de serviços é suficiente em número, recursos, equipamentos e pessoal, para atender as demandas geradas pelos acidentes e violências?

É importante detalhar essa análise de acordo com as demandas específicas, conforme os exemplos a seguir.

Exemplo 1

A análise diagnosticou que o município tem elevada ocorrência de acidentes de trânsito. É importante que o gestor faça uma avaliação checando os seguintes tópicos:

- Existem serviços suficientes e adequados para o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação a essas vítimas?
- Quantos leitos hospitalares seriam suficientes para atender esses casos?

- De quantos profissionais o município dispõe para atender os casos de acidentes e violências e de quantos precisaria para ter as equipes multidisciplinares que esses casos requerem?
- Há oferta de órteses, próteses, cadeiras de roda para os que se tornarem incapacitados? Quantos desses equipamentos o município precisa adquirir e disponibilizar para os pacientes?
- Existem ações no município voltadas para a prevenção dos acidentes de trânsito? Que ações seriam necessárias para isso? Quem poderia desenvolvê-las? De que forma?
- O setor saúde busca integrar as ações dirigidas ao trânsito com outros setores da sociedade? Que setores poderiam ser envolvidos? Com quais estratégias?

Exemplo 2

O diagnóstico identificou que há grande ocorrência de acidentes e eventos violentos em determinada área do município. O gestor precisa ter as seguintes informações:

- Existem serviços que possam realizar o atendimento às vítimas nessa área?
- Que serviços precisariam ser criados e implantados para diminuir os altos índices de acidentes e violência naquele local?
- Que ações de prevenção o setor saúde poderia desenvolver ali?
- Que ações fora do setor saúde precisariam ser desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida daquela área?

Exemplo 3

- A análise epidemiológica constatou que a grande vítima da violência naquele município é o jovem. A partir desse conhecimento, o gestor deve questionar:
- Há ações de prevenção aos acidentes e violências especialmente dirigidas a esse grupo populacional? Que ações seriam necessárias?
- Existe no município número suficiente de serviços e de leitos hospitalares para o atendimento ao jovem?
- Há equipes treinadas e suficientes para desenvolver ações de prevenção, de atenção e de recuperação e reabilitação desses jovens? Que treinamentos e capacitações poderiam ser oferecidos aos profissionais?

Esses e outros questionamentos servem para ajustar a estrutura e a organização do setor saúde às demandas geradas pelos acidentes e violências. Trata-se de um exercício que serve ao planejamento e à administração e pode ser pensado como ações de curto, médio e longo prazos, com o estabelecimento de metas a serem alcançadas. Pode, em última instância, ser uma ferramenta de grande valia para a gestão.

Etapa 2

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 de 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 de ambientes saudáveis

- Há sensibilização e mobilização da sociedade em geral e da mídia em particular? O que tem sido feito no município nesse sentido? Há campanhas ou outras formas de atuação?
- A **Resolução n. 143, de 26/03/2003** (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 de 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 de 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 da qualidade de 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, 2001)?
- O que é feito para cumprir as legislações específicas para a proteção de direitos das mulheres e de 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 regula 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?
- 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?

Para você saber mais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, do Ministério da Saúde:

- leia a Portaria n. 1863/GM, do Ministério da Saúde (2003)
- acesse o site: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm

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.

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?
- Tem aumentado 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 os portadores de 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 de 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.)?
- Tem havido 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 muito importante no desenvolvimento de pesquisas, no ensino e nas intervenções que visem prevenir e atender as vítimas de violência.

Referências

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 República Federativa do Brasil*, Brasília, 16 jul. 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001*: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 1.863, de 29 de setembro de 2003*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1968, 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.

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 República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 54, 31 mar. 2003.

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