

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARCELLA DE BRITO ABATH

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE CONTÍNUO DO SISTEMA
DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO RECIFE, PERNAMBUCO**

RECIFE
2014

MARCELLA DE BRITO ABATH

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE CONTÍNUO DO SISTEMA
DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO RECIFE, PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fiocruz, para obtenção do grau de doutor em Ciências.

Orientadora: Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima

Coorientadora: Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- A119a Abath, Marcella de Brito.
Avaliação da implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no Recife, Pernambuco / Marcella de Brito Abath. - Recife: [s.n.], 2014.
182 p. : ilus., graf.
Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadores: Maria Luiza Carvalho de Lima, Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.
1. Violência. 2. Violência doméstica. 3. Vigilância epidemiológica. 4. Avaliação de programas e projetos de saúde. I. Lima, Maria Luiza Carvalho de. II. Lima, Maria Luiza Lopes Timóteo de. III. Título.

CDU 343.6

MARCELLA DE BRITO ABATH

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE CONTÍNUO DO SISTEMA
DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES NO RECIFE, PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fiocruz, para obtenção do grau de doutor em Ciências.

Aprovada em: 06 / 06 / 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz

Profa. Dra Alice Kelly Barreira
Universidade de Pernambuco

Profa. Dra Lygia Maria Pereira da Silva
Universidade de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Profa. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz

Àqueles que acreditam e se dedicam à Saúde Coletiva com seriedade e que se empenham na prevenção da violência e promoção da cultura de paz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e força para persistir até a conquista do grau de doutora.

À minha orientadora, Maria Luiza Carvalho, pelo apoio, orientações e por ter aceito o desafio de desenvolvermos uma pesquisa avaliativa.

À minha coorientadora, Maria Luiza Timóteo, pelo acolhimento, ensinamentos, conselhos fornecidos e exemplo de compromisso, ética e competência profissional.

À Luciana Caroline Albuquerque, amiga e “coorientadora”, pelo apoio e importantes orientações durante a realização da pesquisa.

A Eduarda Cesse e Isabella Samico, pela receptividade e significativas contribuições no momento da qualificação desta pesquisa.

Aos membros da banca de defesa pela disponibilidade e pelas contribuições dadas para a melhoria da tese.

Às secretarias estadual e municipal de saúde do Recife, pela autorização da realização da pesquisa.

Aos gestores e profissionais de saúde participantes desta pesquisa e aos funcionários e conselheiros do Conselho de Saúde do Recife, especialmente Márcio, Edson, Suelene e Romildo, pela imprescindível colaboração no momento da coleta dos dados.

A Carmelita Maia, militante na área da violência, por não ter medido esforços para que eu concluísse a extensa coleta de dados.

A Juliana Dias e Clênio, auxiliares de pesquisa, pela contribuição na realização das entrevistas nas unidades de saúde.

A Priscilla Lima, amiga e companheira de pesquisa, por partilhar das angústias e do prazer de construir o projeto desafiador de avaliar o componente contínuo da Vigilância de Violências e Acidentes.

A Raphaella Bertolini e Emmanuely Lemos, pelo incentivo e contribuição na construção do banco de dados e análise quantitativa dos resultados. A Raphaella agradeço, também, pelo auxílio na formatação da tese.

A Raquel Acioli, pela amizade, apoio e colaboração na pesquisa bibliográfica.

A Sandra Souza e Louisiana Quinino, por terem tornado menos solitário e árduo o estudo do contexto.

A Juliana Martins e Ana Cláudia Figueiró, pela contribuição no campo da avaliação.

A Djalma Agripino, meu eterno mestre, pelo incentivo, ensinamentos científicos, revisão do texto e exemplo de pessoa e pesquisador.

Aos professores pela partilha do precioso conhecimento.

Ao CNPq pelo financiamento da pesquisa, por meio da concessão de bolsa de estudo.

A Vivi, Márcia e Adriana, funcionárias do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pela presteza no auxílio sempre que era necessário.

Ao meu marido, João, pelo apoio em momentos críticos e, principalmente, pela paciência e compreensão do meu estresse e da minha ausência durante o período do doutorado.

À minha família, em especial aos meus pais, pela torcida e por sempre investirem e acreditarem no meu potencial; e à minha avó, Eridan Coutinho, pelo incentivo e exemplo de pesquisadora que busco seguir.

À minha querida equipe de trabalho, pelo apoio e por compreenderem que, temporariamente, minha dedicação ao serviço foi absorvida pelo doutorado.

Às amigas Andrea Lobo, Karine Cortez, Leila Navarro, Paula Trigueiro e Rochelle Ferraz, pela torcida e carinho.

A Cynthia Barboza, Geane Oliveira e Fábria Alves, colegas de turma, por dividirem as alegrias e angústias no percurso do doutorado, tornando-o menos árduo.

ABATH, M. B. Avaliação da implantação do componente contínuo do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no Recife, Pernambuco. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA contínuo) no município do Recife. Realizou-se uma análise de implantação do tipo análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção. O desenho utilizado foi o estudo de caso com unidades de análise integradas (unidades de saúde (US), Distritos Sanitários (DS) e nível central (NC) da Secretaria Municipal de Saúde). As US foram subdivididas por nível de complexidade de atenção. Estudaram-se variáveis relacionadas à estrutura e ao processo do VIVA contínuo, para avaliação do grau de implantação (GI), e relacionadas ao seu contexto organizacional político e contingente, para análise do contexto de implantação dessa intervenção. A coleta foi feita, entre abril e setembro de 2013, por meio de entrevista com informantes-chave, consulta a documentos e ao Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação e observação direta. Para a análise dos dados, foram empregadas a estatística descritiva e a análise de conteúdo de Bardin. O GI no consolidado das US foi de 41,6%; menor nas US da Atenção Básica (37,6%) e maior nas da alta complexidade (66,5%). No consolidado dos DS esse grau foi de 21,4%. Obtiveram maior GI os DS III (27,8%) e IV (28,7%). No NC, o GI foi de 73,7% e, na dimensão unitária do município, foi de 40,3%. O contexto dessa implantação foi favorável apenas no DS IV e no NC. Os fatores contextuais que influenciaram negativamente a implantação da intervenção no município foram políticos: pouco suporte dado à intervenção; pouco controle para operacionalizar a intervenção; pouca coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados; e pouca participação do controle social. Concluiu-se que a implantação do VIVA contínuo no Recife está incipiente.

Descritores: Violência. Violência Doméstica. Vigilância Epidemiológica. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABATH, M.B. Evaluation of the implementation of the continuous component of the Surveillance System for Violence and Accidents in Recife, Pernambuco. 2014. Thesis (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the implementation of the continuous component of the Surveillance System for Violence and Accidents (continuous VIVA) in the municipality of Recife. An analysis of implementation of the kind of analysis of the contextual determinants of the degree of the intervention implementation was performed. The design used was the case study with integrated units of analysis (health units (HU), Sanitary Districts (SD) and central level (CL) of the Municipal Health Secretariat). The HU were subdivided by level of complexity of care. Variables related to the structure and process of continuous VIVA were studied to assess the degree of implementation (DI), and the ones related to its political and contingent organizational context, to the analysis of the context of implementation of this intervention. Data was collected between April and September of 2013, through interviews with key informants, consulting documents and Information System on Diseases of Compulsory Declaration and direct observation. For data analysis, descriptive statistics and content analysis of Bardin were employed. The DI in the HU consolidated was 41.6 %, lower in Primary Care HU (37.6 %) and higher in the High Complexity ones (66.5 %). In the SD consolidated, this degree was 21.4 %. The SD III (27.8%) and IV (28.7%) got higher DI. In CL, the GI was 73.7 % and within the municipality, it was 40.3 %. The context of this implementation was favorable only in the SD IV and CL. The contextual factors that adversely affected the intervention implementation in the municipality were political: little support given to the intervention; little control to operationalize the intervention; little coherence between the underlying reasons supporting the intervention and the associated goals; little involvement of social control. It was concluded that the implementation of continuous VIVA in Recife is incipient.

Keywords: Violence. Domestic Violence. Epidemiological Surveillance. Program Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Atos legais e normativos que dão subsídio à criação do VIVA	31
Figura 1 - Fluxograma dos dois componentes do VIVA (contínuo/Sinan e inquérito)	34
Figura 2 - Regiões Político-Administrativas/distritos sanitários do Recife	47
Quadro 2 - Rede própria de serviços de saúde do município do Recife por distrito sanitário, 2012	47
Figura 3 - Representação do desenho do estudo de caso	50
Figura 4 - Modelo lógico resumido do VIVA contínuo em nível municipal	52
Quadro 3 - Matriz de análise do contexto político e estrutural de implantação do VIVA contínuo	53
Quadro 4 - Síntese das técnicas e instrumentos de coleta e das fontes de dados utilizados por unidade de análise e etapa da análise de implantação	58
Figura 5 - Exemplo ilustrativo da forma de cálculo de um indicador	60
Quadro 5 - Distribuição das unidades de saúde estudadas por nível de complexidade, tipo de unidade e distrito sanitário	65
Quadro 6 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde do Recife por distrito sanitário	68
Quadro 7 - Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde do Recife por distrito sanitário	69
Quadro 8 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde de atenção básica do Recife por distrito sanitário	71
Quadro 9 - Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde de atenção básica do Recife por distrito sanitário	72
Quadro 10 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde de média complexidade do Recife por distrito sanitário	73
Quadro 11 - Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde de média complexidade Recife por distrito sanitário	74
Quadro 12 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde de alta complexidade do Recife por distrito sanitário	75

Quadro 13 - Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde de alta complexidade Recife por distrito sanitário	76
Quadro 14 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nos distritos sanitários do Recife	78
Quadro 15 - Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nos distritos sanitários do Recife	79
Quadro 16 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Recife	82
Quadro 17 - Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Recife	83
Quadro 18 - Pontuação (%) por subcomponente, variável/componente e dimensão, e grau de implantação por unidade de análise e no município do Recife	85
Quadro 19 - Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo nos distritos sanitários por categoria temática e distrito	90
Quadro 20 - Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo no nível central da SMS por categoria temática	98
Quadro 21 - Análise das categorias “participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA” e “coerência dos planos com as ações do VIVA” do contexto de implantação do VIVA contínuo	99
Quadro 22 - Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo no município do Recife por categoria temática	101
Quadro 23 - Relação entre grau de implantação e contexto de implantação do VIVA contínuo por distrito sanitário, no nível central e no Recife	103
Quadro 24 - Principais dificuldades relatadas pelos profissionais das unidades de saúde e pelos responsáveis pela vigilância epidemiológica dos distritos sanitários para implantar as ações do VIVA contínuo	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AC – Alta Complexidade
CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*
CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CID – Classificação Internacional de Doenças
Claves – Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPAV – Coordenação de Prevenção de Acidentes e Violências
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DS – Distrito Sanitário
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
GI – Grau de Implantação
IML – Instituto Médico Legal
MC – Média Complexidade
MS – Ministério da Saúde
NC – Nível Central
NPVPS – Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
RAG – Relatório Anual de Gestão
RPA – Região Político Administrativa
RPVPS – Rede de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VE – Vigilância Epidemiológica

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 PRESSUPOSTOS	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 GERAL.....	21
3.2 ESPECÍFICOS.....	21
4 MARCO CONCEITUAL	22
4.1 VIOLÊNCIA: DEFINIÇÕES E INSERÇÃO NA AGENDA DA SAÚDE.....	22
4.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS.....	27
4.3 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA).....	32
4.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO.....	38
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
5.1 ÁREA DO ESTUDO.....	46
5.2 DESENHO DO ESTUDO.....	48
5.2.1 Caso e Unidades de Análise do Estudo de Caso	48
5.3 ELENCO DAS VARIÁVEIS.....	50
5.4 COLETA DOS DADOS.....	55
5.4.1 Entrevistas	55
5.4.2 Consulta a Documentos e ao Sinan	56
5.4.3 Observação Direta	57
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
5.5.1 Grau de Implantação	58
5.5.2 Contexto de Implantação	61
5.5.3 Influência do Contexto sobre o Grau de Implantação	63
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
6 RESULTADOS	65
6.1 DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR UNIDADE DE ANÁLISE.....	65
6.2 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO VIVA CONTÍNUO.....	66
6.2.1 Grau de Implantação do VIVA Contínuo nas Unidades de Saúde em Geral	66
6.2.2 Grau de Implantação do VIVA Contínuo por Nível de Complexidade das Unidades de Saúde	70
6.2.3 Grau de Implantação do VIVA Contínuo nos Distritos Sanitários	77

6.2.4 Grau de Implantação do VIVA Contínuo no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde.....	81
6.2.5 Grau de Implantação do VIVA Contínuo no Município do Recife.....	85
6.3 CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO VIVA CONTÍNUO.....	86
6.3.1 Contexto de Implantação do VIVA Contínuo nos Distritos Sanitários.....	86
6.3.1.1 Análise das Categorias do Contexto Político de Implantação.....	86
<u>6.3.1.1.1 Investimento para a implantação do VIVA contínuo.....</u>	<u>86</u>
<u>6.3.1.1.2 Conhecimento sobre o VIVA.....</u>	<u>86</u>
<u>6.3.1.1.3 Priorização da violência.....</u>	<u>87</u>
<u>6.3.1.1.4 Envolvimento dos gestores.....</u>	<u>87</u>
6.3.1.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural de Implantação.....	88
<u>6.3.1.2.1 Perfil dos gestores.....</u>	<u>88</u>
<u>6.3.1.2.2 Localização do setor e condições de trabalho.....</u>	<u>89</u>
<u>6.3.1.2.3 Permanência de gestores e técnicos.....</u>	<u>89</u>
6.3.2 Contexto de Implantação do VIVA Contínuo no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde.....	93
6.3.2.1 Análise das Categorias do Contexto Político de Implantação.....	93
<u>6.3.2.1.1 Investimento para a implantação do VIVA contínuo.....</u>	<u>93</u>
<u>6.3.2.1.2 Conhecimento sobre o VIVA.....</u>	<u>93</u>
<u>6.3.2.1.3 Conhecimento e acompanhamento do recurso.....</u>	<u>94</u>
<u>6.3.2.1.4 Priorização da violência.....</u>	<u>94</u>
<u>6.3.2.1.5 Envolvimento dos gestores.....</u>	<u>95</u>
6.3.2.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural de Implantação.....	96
<u>6.3.2.2.1 Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo.....</u>	<u>96</u>
<u>6.3.2.2.2 Perfil dos gestores.....</u>	<u>96</u>
<u>6.3.2.2.3 Localização do setor e condições de trabalho.....</u>	<u>97</u>
<u>6.3.2.2.4 Permanência de gestores e técnicos.....</u>	<u>97</u>
6.3.3 Contexto de Implantação do VIVA Contínuo no Município do Recife.....	99
6.3.3.1 Análise das Categorias do Contexto Político de Implantação.....	99
<u>6.3.3.1.1 Investimento para a implantação do VIVA contínuo.....</u>	<u>99</u>
<u>6.3.3.1.2 Conhecimento sobre o VIVA.....</u>	<u>99</u>
<u>6.3.3.1.3 Conhecimento e acompanhamento do recurso.....</u>	<u>100</u>
<u>6.3.3.1.4 Priorização da violência.....</u>	<u>100</u>
<u>6.3.3.1.5 Envolvimento dos gestores.....</u>	<u>100</u>

6.3.3.1.6 Participação social.....	100
6.3.3.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural de Implantação.....	100
6.3.3.2.1 Coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo.....	100
6.3.3.2.2 Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo.....	100
6.3.2.2.3 Perfil dos gestores.....	101
6.3.2.2.4 Localização do setor e condições de trabalho.....	101
6.3.2.2.5 Permanência de gestores e técnicos.....	101
6.4 RELAÇÃO ENTRE O CONTEXTO E O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO VIVA CONTÍNUO NO MUNICÍPIO DO RECIFE.....	102
7 DISCUSSÃO.....	105
7.1 O GRAU DE IMPLANTAÇÃO.....	105
7.2 O CONTEXTO E SUA RELAÇÃO COM O GRAU DE IMPLANTAÇÃO	116
8 CONCLUSÕES.....	126
9 RECOMENDAÇÕES.....	127
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista utilizado para a identificação do contexto nos distritos sanitários (para o responsável pela vigilância epidemiológica).....	140
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista utilizado para a identificação do contexto no nível central da SMS (para o responsável pelo VIVA contínuo).....	141
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista utilizado para a identificação do contexto no nível central da SMS (para o responsável pela vigilância em saúde).....	142
APÊNDICE D – Roteiro utilizado na consulta aos documentos para a identificação do contexto	143
APÊNDICE E – Roteiro de observação.....	144
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	145
ANEXO A – Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.....	146
ANEXO B – Matriz de análise e julgamento do VIVA contínuo em nível municipal.....	148
ANEXO C – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nas unidades de saúde sem setor de vigilância epidemiológica.....	159
ANEXO D – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nas unidades de saúde com setor de vigilância epidemiológica.....	162
ANEXO E – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nos distritos sanitários.....	166

ANEXO F – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo no nível central da SMS.....	173
ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	182

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) constitui uma das ferramentas mais importantes para a gestão em saúde pública. Por meio dele se conhece o cenário epidemiológico que subsidia o planejamento e a execução de medidas de controle e prevenção de doenças e agravos (TEIXEIRA et al., 2011).

O referido sistema tradicionalmente se restringia às doenças transmissíveis, entretanto, com a transição epidemiológica, que consiste na redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis e aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), paulatinamente, o escopo de atuação do sistema de vigilância foi ampliado, adequando-se à realidade local (LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013).

Entre as DANT situam-se as causas externas, que compreendem os acidentes e as violências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995), agravos evitáveis cujas consequências variam desde lesões e traumas psicológicos e/ou físicos, até a morte, geralmente prematura (MINAYO, 2006, 2009). No Brasil, desde a década de 1990, esses agravos têm assumido elevada magnitude e transcendência social, de modo que são considerados importantes problemas de saúde pública (MINAYO, 2009).

Nesse país, um importante marco da presença do setor saúde no enfrentamento da problemática das causas externas foi a promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em 2001. Nessa política, foram definidas as responsabilidades e diretrizes do referido setor frente ao problema (BRASIL, 2001a).

Com base na PNRMAV, muitas iniciativas estão sendo feitas, entre elas, a criação, em 2006, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2009). A criação do VIVA atende a uma das diretrizes dessa política, que trata do monitoramento da ocorrência de causas externas.

Até o ano de 2006, a vigilância desses agravos estava baseada no monitoramento de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Dessa maneira, a maioria dos casos de violência doméstica, que geralmente provoca lesões e traumas que não levam ao óbito nem à internação, permanecia sem visibilidade. Além disso, mesmo os casos captados pelo SIM e SIH/SUS, não forneciam informações suficientes para o desencadeamento de ações de enfrentamento de violências e acidentes, por serem estas informações pouco específicas (BRASIL, 2009; MELLO JORGE; CASCÃO; SILVA, 2003).

Com o VIVA, o sistema de vigilância das causas externas se fortalece. Torna-se possível conhecer também os casos cujas lesões não levam ao óbito nem à internação, e gerar informações mais detalhadas sobre a vítima, o possível autor da agressão e as consequências das causas externas, obtendo um quadro mais completo desses agravos à saúde em estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2013a).

A implantação desse sistema de vigilância tem como objetivo, além de obter informações sobre o comportamento das causas externas, subsidiar a criação e o fortalecimento da rede de atenção à saúde e proteção social que possa propiciar atenção integral às vítimas e ações de prevenção da violência, de promoção da saúde e cultura de paz, contribuindo para a redução da morbimortalidade por esses agravos (BRASIL, 2010a; GAWRYSZEWSKI et al., 2007, SILVA et al., 2013a).

O VIVA é composto por dois componentes: VIVA inquérito e VIVA contínuo/Sinan, cada um com instrumento de coleta e fluxo específicos. O VIVA inquérito abrange as violências e os acidentes e a coleta é realizada de modo pontual, em unidades de urgência e emergência, por equipe externa ao serviço. Já o contínuo, objeto do presente estudo, é restrito às violências interpessoais, especialmente doméstica, e autoprovocadas e possui coleta universal e contínua, realizada em qualquer unidade, pelos profissionais de saúde do próprio serviço (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2013a).

Desde a criação do VIVA contínuo, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com as secretarias estaduais e municipais, tem investido na capacitação de recursos humanos, estruturação de bases de dados para o monitoramento desses agravos e articulação para a formação de Rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência nos estados e municípios (MALTA et al., 2007a; SILVA et al., 2007). Essas iniciativas mobilizam constantemente recursos financeiros e profissionais da vigilância e das Unidades de Saúde (US) estaduais e municipais.

No Brasil, incluindo o estado de Pernambuco (onde o Recife e Olinda estão entre os municípios pioneiros na adesão ao VIVA (BRASIL, 2006)), apesar de o tempo transcorrido, de os investimentos realizados, bem como de as causas externas serem um dos principais problemas de saúde pública, poucos estudos avaliaram o VIVA.

Dos estudos de avaliação em saúde abordando a violência que foram encontrados na literatura nacional consultada (LIMA, 2012; MINAYO; DESLANDES, 2007; RODRIGUES, 2013; SILVA; CASTRO, 2007), nenhum tratou especificamente e/ou com profundidade do VIVA contínuo.

Um dos estudos avaliou a sensibilidade do VIVA inquérito na captação dos casos de causas externas no município de Cuiabá, Mato Grosso, sem abordar o VIVA contínuo (RODRIGUES, 2013). Outro analisou o Grau de Implantação (GI) das principais diretrizes da PNRMAV, com ênfase na rede de atenção às vítimas, em cinco capitais brasileiras (Brasília, Curitiba, Manaus, Recife e Rio de Janeiro). Portanto, não abordou especificamente o VIVA contínuo (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Os estudos que mais se assemelharam à presente pesquisa foram o de Silva e Castro (2007), o de Lima (2012) e, principalmente, o de Lima (2014). O primeiro, analisou a implantação da política de prevenção da violência na cidade do Recife, mas de forma pouco específica e bastante sucinta. O segundo, realizou uma análise de implantação da ficha de notificação/investigação de violência, no município do Rio de Janeiro, mas focou somente na notificação e foi direcionado ao abuso sexual contra crianças e adolescentes. O terceiro, no qual a pesquisadora da presente pesquisa contribuiu na sua elaboração e execução, determinou o GI do VIVA contínuo no município de Olinda, mas não analisou o contexto de implantação.

Por todos os motivos supracitados, e considerando que a própria avaliação de intervenções em saúde é essencial na agenda pública da gestão em saúde, propõe-se avaliar o VIVA contínuo. A análise de implantação desse sistema de vigilância em um município permite identificar avanços e entraves decorrentes de determinantes contextuais.

A identificação de tais aspectos é relevante para subsidiar o processo de tomada de decisão, por parte da gestão do município e, também, pelo próprio MS, sobre futuros ajustes nas estratégias de implantação do VIVA contínuo. Nesse sentido, o estudo poderá contribuir para a otimização do uso de recursos públicos e para o alcance pleno dos objetivos propostos por essa vigilância.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar a implantação do VIVA contínuo no município do Recife, um dos pioneiros na adesão a esse sistema de vigilância em Pernambuco e no Brasil. Para tanto, partiu da seguinte **pergunta condutora**: qual é o grau de implantação do VIVA contínuo no município do Recife e sua relação com os determinantes contextuais?

2 PRESSUPOSTOS

Acredita-se que o VIVA contínuo não esteja completamente implantado nem mesmo nos municípios pioneiros na adesão a esse novo sistema de vigilância, como é o caso do Recife, em Pernambuco. Isso porque ele consiste em uma proposta relativamente recente e inovadora na VS, uma vez que esta tradicionalmente se restringia às doenças transmissíveis (LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013; SILVA JUNIOR, 2004). Também em função da especificidade do seu objeto (violência), que provoca resistência em muitos profissionais, por não saberem lidar com o caso e por considerarem a violência um problema exclusivamente de segurança pública (MINAYO; LIMA, 2009).

Além disso, por requerer integração entre o setor saúde e os demais setores (articulação intra e intersetorial) no desenvolvimento de ações para a redução da morbimortalidade por violências e esta ser dificilmente conquistada (MARQUES, 2011). Essa integração é requerida no VIVA contínuo, em função de ele adotar o modelo explicativo da multicausalidade da violência, utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (DAHLBERG; KRUG, 2002). Segundo esse modelo, a violência resulta da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Acredita-se, também, que a implantação do VIVA contínuo esteja relacionada aos determinantes contextuais políticos e estruturais. Esses determinantes, respectivamente, consistem em jogos de poderes, internos e externos à secretaria de saúde, e na estrutura existente nela (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Portanto, o GI encontrado refletirá a situação desses determinantes no município.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA contínuo) no Recife, Pernambuco, em 2013.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Determinar o grau de implantação do VIVA contínuo quanto à estrutura e ao processo nas unidades de saúde, por nível de complexidade; distritos sanitários; nível central da secretaria de saúde e dimensão unitária do município;
- b) Identificar os determinantes contextuais (políticos e estruturais) de implantação do VIVA contínuo nos distritos sanitários; nível central da secretaria de saúde e dimensão unitária do município;
- c) Analisar a influência dos determinantes contextuais sobre o grau de implantação do VIVA contínuo no município.

4 MARCO CONCEITUAL

4.1 VIOLÊNCIA: DEFINIÇÕES E INSERÇÃO NA AGENDA DA SAÚDE

A violência é um fenômeno criado e desenvolvido na estruturação da própria sociedade e das relações interpessoais, institucionais e familiares, envolvendo, portanto, o contexto social e as relações particulares (MINAYO, 1994).

É difícil definir a violência com um conceito único, pelo fato de esta ser complexa, polissêmica e controversa. A violência é complexa por se tratar de um fenômeno biopsicossocial, cujo espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, com enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas e nas consciências individuais (MINAYO, 2003). Polissêmica porque pode assumir diversos sentidos como, por exemplo, tortura, má-distribuição de renda, dentre outros (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). E, controversa, por ser um campo extenso, com diversas escolas de pensamento, o que produz uma variedade de teorias, definições e classificações, como as da saúde e da sociologia (OLIVEIRA, 2008).

Mesmo na saúde, não existe consenso, porém, a definição mais utilizada e adotada pelo MS para a vigilância de violências tem sido a da OMS. No relatório mundial sobre violência e saúde, considera-se violência:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (DAHLBERG; KRUG, 2002, p. 5).

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2009) criticam a definição da OMS afirmando ser insuficiente e imprecisa, pois as situações de violência são dotadas de significados da elaboração conceitual mais abstrata, como a violação de direitos, coisificação dos sujeitos, anulação comunicativa e uso instrumental para recuperar o poder. Apesar da crítica, reconhecem sua qualidade operativa, por explicitar atos e danos, o que permite a abordagem mais concreta do problema.

Assim como ocorre com a definição, existem várias classificações em relação aos tipos de violência e sua natureza e a mais utilizada também é a da OMS, que a classifica em três tipos: autoinfligida, interpessoal e coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2002).

A autoinfligida é a cometida contra si próprio e se subdivide em conduta suicida e autoabuso. A interpessoal é a que ocorre entre um indivíduo e outro ou entre um indivíduo e um grupo de poucas pessoas. Esse tipo de violência se subdivide em familiar, que geralmente

acontece na residência e engloba a violência contra criança, companheiro(a) (frequentemente mulher) e idoso e; em violência comunitária, que envolve pessoas conhecidas ou desconhecidas e geralmente ocorre no ambiente não domiciliar. Por sua vez, a violência coletiva é a que envolve grandes grupos de pessoas ou mesmo estados. Dependendo da sua motivação, a violência coletiva pode ser classificada como social, política ou econômica. A violência de todos esses tipos, quanto à sua natureza, pode ser classificada em física, sexual (exceto para a violência autoinfligida), psicológica e negligência (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Quanto à classificação “violência familiar”, diferentemente de Dahlberg e Krug (2002), que não consideram necessariamente esse termo sinônimo de “violência doméstica”, Minayo (2009), apesar de dar preferência à denominação “violência intrafamiliar”, não faz distinção entre eles. Para a referida autora, ambos os termos se referem aos conflitos familiares transformados em abusos, intolerância e opressão.

Quando a distinção entre os termos é feita, a violência doméstica tem como referência o espaço, enquanto a violência intrafamiliar se baseia nas relações familiares em que a violência se constrói e se efetua. Assim, denomina-se violência doméstica aquela que ocorre no ambiente domiciliar e que pode ser cometida por parentes ou outros membros sem função parental, como empregados e pessoas que convivem esporadicamente com a vítima. E, violência intrafamiliar, aquela cometida dentro ou fora de casa, por algum familiar (incluindo pessoas que passam a assumir função parental, mesmo que sem laços de consanguinidade) e em relação de poder (BRASIL, 2001b). No presente estudo, os dois termos serão considerados sinônimos, por ser essa a concepção que consta no instrutivo do VIVA contínuo (BRASIL, 2011a).

Segundo Minayo (2006, 2009), a violência é um problema fundamentalmente social, mas que afeta muito a saúde individual e coletiva. Isso porque provoca mortes, lesões e traumas físicos, agravos mentais e emocionais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; e demonstra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde. Tudo isso, de acordo com Dahlberg e Krug (2002), resulta em ônus econômico aos países, em função de custos decorrentes do absenteísmo, perda de produtividade, assistência à saúde e custos legais.

No mundo, em 2000, estimou-se que 1,6 milhão de pessoas morreram vítimas de violência autoprovocada, interpessoal ou coletiva, o que representa uma taxa de 28,8 óbitos por 100 mil habitantes. Desses óbitos, aproximadamente, 50,0% decorreram de suicídios, 30,0%, de homicídios, e 20,0%, de operações de guerra. Do total de óbitos por violência,

menos de 10% ocorreram em países de alta renda. Nas regiões da África e das Américas, as taxas de homicídio são, aproximadamente, três vezes maiores do que as de suicídio. Por sua vez, na Europa e sudeste da Ásia, as taxas de suicídio representam mais do que o dobro das de homicídios (DAHLBERG; KRUG, 2002).

No Brasil, dados do ano de 2007 do SIH/SUS e do SIM indicam, respectivamente, que os acidentes e violências juntos constituem a sexta maior causa de internações hospitalares, e a terceira de mortalidade, resultando em elevados custos individuais e coletivos (REICHENHEIM et al., 2011). Esses dois agravos constam na Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão, sob a denominação de causas externas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

Em relação à mortalidade, do total de óbitos por causas externas (131.032), em 2007, 36,4% decorreram de homicídios e 6,8%, de suicídios. O Nordeste foi a região que apresentou a maior taxa de homicídio no Brasil (36,8 por 100 mil habitantes) (REICHENHEIM et al., 2011).

Apesar de os impactos da violência no âmbito do setor saúde não serem recentes, a inserção dessa temática na agenda do referido setor é relativamente recente e vem ocorrendo de forma fragmentada, mas progressiva. A aproximação entre o setor saúde e a violência foi iniciada de forma mais consistente na década de 1980, quando essa temática entrou com vigor na agenda de debates políticos e sociais da sociedade ocidental (MINAYO, 2007; MINAYO; LIMA, 2009). Desde essa década (1980), o setor saúde, inicialmente na figura dos médicos e de pesquisadores, tem-se dedicado à tentativa de compreender as raízes da violência e à prevenção desse fenômeno (DAHLBERG; KRUG, 2002).

No Brasil, foi na década de 1980 que a transição epidemiológica evidenciou a relevância da referida aproximação. As causas externas passaram a ocupar a segunda colocação no *ranking* de mortalidade proporcional por grupo de causas, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Desde os anos 2000, as causas externas caíram para terceira colocação, perdendo a posição para as neoplasias (MALTA et al., 2006).

Na década de 1990, o tema torna-se prioridade nas agendas internacionais do setor saúde e o discurso que articula violência e saúde se consolida. Dois acontecimentos, ocorridos em 1993, merecem destaque: a OMS celebrou o Dia Mundial da Saúde com o mote da prevenção de traumas e acidentes; e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizou uma conferência para abordar o tema. Nesta, foi declarado que a violência havia adquirido um caráter endêmico e que se converteu em um problema de saúde pública em muitos países (MINAYO, 1994; MINAYO; LIMA, 2009).

Minayo e Lima (2009) afirmam que nos anos 2000 a violência é consagrada na agenda do setor saúde. Internacionalmente, um marco importante foi o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS, em 2002 (KRUG et al., 2002). Esse relatório define a violência de um modo geral e contra grupos específicos, classifica-a de acordo com o tipo e a natureza, contextualiza a sua situação no mundo e faz recomendações aos países, orientando a prática dos serviços.

Em 2001, antes mesmo do relatório da OMS, o Brasil publica a PNRMAV (BRASIL, 2001a). Essa política tem como objetivo definir e orientar a atuação do setor saúde na temática da violência, por meio de diretrizes e estabelecimento de responsabilidades institucionais.

São diretrizes dessa Política: a) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, b) monitorização da ocorrência de acidentes e violências, c) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, d) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, e) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, f) capacitação de recursos humanos e g) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001a).

Como desdobramentos e forma de facilitar a operacionalização dessa política, posteriormente, foram elaborados, pelo MS, planos e portarias nacionais (MINAYO; LIMA, 2009).

A instituição da Portaria nº 1.863/2003 do MS (Política Nacional de Atenção às Urgências) representou um grande avanço especificamente em relação às diretrizes da PNRMAV que dizem respeito à atenção a vítimas de causas externas (BRASIL, 2009).

No que se refere à implantação da PNRMAV como um todo, uma das mais importantes portarias instituídas foi a de número 936, de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RPVPS) e a implantação de núcleos de prevenção da violência em secretarias estaduais e municipais de saúde e em instituições acadêmicas (BRASIL, 2004, 2009). De acordo com essa portaria, os referidos núcleos, juntamente com as organizações não governamentais, constituem a RVPVS nacional (BRASIL, 2004).

A atribuição de constituir essa rede estava sob a responsabilidade da Coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, no período de maio a novembro de 2004, quando foi passada para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS). Essa medida foi tomada para potencializar a prevenção da violência, mediante intervenções e atividades

articuladas de vigilância e promoção da saúde. Antes, as ações eram pulverizadas, desenvolvidas internamente por diferentes áreas específicas do MS (MALTA et al., 2007a).

A proposta do MS de estruturação dos núcleos de prevenção da violência, por meio de portaria, baseou-se em experiências de alguns Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) que existiam previamente em estados e municípios brasileiros, como é o caso do Recife (MALTA et al., 2007a).

Para a implantação dos núcleos e consequente constituição da RPVPS, o MS priorizou municípios com mais de 100.000 habitantes e estados com mais de um núcleo implantado (BRASIL, 2004). Além de o número de habitantes, também foi considerado o critério de apresentar piores taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios. Para tanto, foi construído um indicador composto, com a parceria do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) (MALTA et al., 2007a; MINAYO; LIMA, 2009).

As instituições acadêmicas foram escolhidas em função de critérios de representação regional e experiência reconhecida no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias de interesse na implantação da RPVPS (BRASIL, 2004).

Inicialmente foram contemplados com recursos do MS para estruturação dos núcleos 36 municípios, dois estados, dez instituições acadêmicas e duas organizações não governamentais. Em Pernambuco, primeiramente foram contemplados os municípios do Recife e Olinda, depois foram sendo incorporados novos núcleos à RPVPS (MALTA et al., 2007a).

A iniciativa de fomentar a RPVPS foi um importante avanço na abordagem do tema pela saúde. Na perspectiva de rede, a atuação é diferenciada à medida que as instituições trabalham conjuntamente e de forma horizontal sem, necessariamente, haver um centro hierárquico. Isso possibilita o desenvolvimento de ações de prevenção da violência integradas e articuladas entre diversas áreas da saúde e políticas sociais como a Educação, Justiça, Assistência Social, Conselhos Tutelares, entre outras. Com essa proposta, ao setor saúde, além do papel de contagem e tratamento das vítimas desse agravo, compete a definição de prioridades, articulação e formulação de intervenções (MALTA et al., 2007a).

Para que seja feita qualquer intervenção efetiva no âmbito da saúde pública no enfrentamento das violências, é fundamental obter informações quanto ao perfil epidemiológico desse problema. Nesse sentido, em 2005, durante o I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, no qual foi pactuada uma Agenda Nacional de

Prioridades em Doenças e Agravos Não Transmissíveis, um dos eixos para atuação foi a Implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (SILVA et al., 2007).

Entre as ações que foram pactuadas nesse eixo situam-se: a) seleção de municípios e serviços participantes da implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências; b) implantação de sistemas de informação (Sistema de Informações de Acidentes e Violências em municípios prioritários e serviços sentinelas e Sistema de Informação Sentinela de Violências que priorize as violências não letais contra mulheres, crianças, adolescentes, idosos, deficientes e trabalhadores); c) utilização dos sistemas de informações existentes (SIH/SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e SIM); d) capacitação das equipes dos serviços para identificação de casos de violência e seu encaminhamento adequado; e) articulação das políticas de prevenção e atenção integral às vítimas, formando redes de proteção; f) monitoramento dos fatores de risco de acidentes e violências (por meio de pesquisas como, por exemplo, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE) (SILVA et al., 2007).

A iniciativa do MS de implantar o VIVA, um dos eixos da Agenda Nacional de Prioridades em Doenças e Agravos Não Transmissíveis, definida em 2005, ocorreu em 2006. Antes de abordar tal iniciativa, é importante definir a Vigilância em Saúde (VS) de forma geral e a evolução da prática da vigilância de violências no Brasil.

4.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS

No Brasil, o primeiro registro de vigilância é do século XVII, quando foram realizadas ações de prevenção e controle para conter epidemia de febre amarela. Uma medida muito comum era a quarentena, de modo que a vigilância era feita sobre o doente e não sobre a doença (SILVA JUNIOR, 2004).

Dessa forma, originalmente, o termo “vigilância” era vinculado ao isolamento e à quarentena. O objetivo era identificar os portadores de doenças transmissíveis e os seus contatos para desencadear essas ações, mas ao longo do tempo houve uma evolução conceitual. O conceito moderno de vigilância surgiu nos Estados Unidos, no início dos anos 1950, com a preocupação de acompanhar sistematicamente as doenças na comunidade para subsidiar o aprimoramento de estratégias para o seu controle. Na década de 1960, o epidemiologista Raska qualificou a vigilância como epidemiológica (WALDMAN, 2009).

A Vigilância Epidemiológica (VE) é uma técnica de monitoramento que visa a acompanhar e analisar, sistematicamente, um elenco de doenças, agravos e seus fatores de

risco e de proteção para orientar as intervenções necessárias ao controle, eliminação ou erradicação dessas doenças e agravos. É uma das funções essenciais da saúde pública (TEIXEIRA et al., 2011).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi instituído em 1975, pela Lei 6.259, regulamentada pelo Decreto 78.231/1976, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde (TEIXEIRA; RISI JUNIOR; COSTA, 2003). Desde então, todos os estados passaram a estruturar órgãos responsáveis pelo desenvolvimento do SNVE (TEIXEIRA et al., 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, por meio da Lei 8.080/1990. Nesta, o conceito de VE foi ampliado e as suas ações passaram a ser operacionalizadas num contexto de reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela descentralização de responsabilidades e pela integralidade da prestação de serviços (TEIXEIRA; RISI JUNIOR; COSTA, 2003). A ampliação do conceito se deu no sentido de ir além das doenças transmissíveis, pois a Lei 8.080/1990 propunha uma vigilância direcionada para os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva (ARREAZA; MORAES, 2010).

Nas décadas de 1970 e 1980, o SNVE abrangia exclusivamente doenças infecciosas de notificação compulsória e agravos inusitados à saúde (WALDMAN, 2009). Mudanças no perfil epidemiológico levaram à discussão da incorporação de DANT no escopo da VE (LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013; TEIXEIRA; RISI JUNIOR; COSTA, 2003), então, a partir dos anos 1990, ocorrem as primeiras iniciativas de desenvolvimento dos sistemas de vigilância de doenças crônicas e de traumas e lesões. Entretanto, Silva Junior (2004) ressalta que a incorporação das DANT na prática da VE ainda é incipiente, só tendo passado a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada no SUS a partir do ano 2000.

Ações pela estruturação da vigilância de DANT, na esfera federal, iniciaram-se nesse ano e se fortaleceram com a criação da CGDANT, em 2003 (MALTA et al., 2006).

Desde 2003, o MS passou a utilizar o conceito de VS para indicar a consolidação da ampliação do objeto de monitoramento para além da tradicional vigilância das doenças transmissíveis (TEIXEIRA et al., 2011). O termo VS, uniformizado nacionalmente pela Portaria nº 1.172, de 15 de julho de 2004, representa as atividades de vigilância das doenças transmissíveis, das DANT e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde (SILVA JUNIOR, 2004).

Desse modo, o sistema passou a denominar-se Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Essas mudanças ocorreram conforme a tendência internacional de órgãos como a OMS e o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), que têm utilizado os termos

“vigilância em saúde” ou “vigilância em saúde pública” para representar as atividades integradas de diversas vigilâncias (TEIXEIRA et al., 2011).

Segundo Waldman (2009), a denominação “vigilância em saúde” costuma ser utilizada nos países da língua inglesa, mas, na América Latina e em alguns países da Europa, predomina o uso do termo “vigilância epidemiológica”.

De acordo com Luna, Araújo e Cavalcanti (2013), apesar de a maior parte dos órgãos e da literatura internacional sobre o tema optarem pela denominação “vigilância em saúde pública”, a denominação “vigilância epidemiológica” ainda é muito utilizada no Brasil. Além disso, na literatura brasileira são utilizados diversos termos para se referir à vigilância aplicada à área da saúde: “vigilância em saúde”, “vigilância da saúde”, vigilância à saúde” e “vigilância em saúde pública”. Nesta pesquisa, será adotado o termo “vigilância em saúde”, conforme consta na Portaria nº 1.378/2013 (BRASIL, 2013a).

Segundo Silva Junior (2004), a falta de consenso não se restringe ao termo, mas também à concepção de vigilância e isso reflete em sua prática. Existe muita polêmica em relação aos limites da prática da VS, se cabe ou não a ela a execução de ações de prevenção e controle de doenças. Isso se dá porque as definições clássicas de vigilância são essencialmente centradas nas atividades de detecção, análise e disseminação de informações.

A Portaria nº 1.378/2013 definiu que:

A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a).

Nessa perspectiva, e de acordo com Silva Junior (2004), no Brasil, além das atividades de vigilância que são consenso na literatura (observação contínua, coleta sistemática e análise dos dados e disseminação da informação), existe a prática de integração entre as ações típicas de vigilância com a execução de programas de prevenção e controle de doenças e agravos.

Conforme já referido, um dos focos da VS é a vigilância das DANT, que abrange as causas externas. No Brasil, a vigilância de acidentes e violências vinha sendo realizada por meio da análise de informações provenientes do SIM e SIH/SUS. Mais recentemente, também por meio do monitoramento de fatores de risco oriundos de pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Fatores de Risco em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e a PENSE (MALTA et al., 2007a). Contudo, esses meios de vigilância das causas externas apresentam limitações.

O SIM só capta os casos que foram a óbito (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Dahlberg e Krug (2002) reconhecem que ainda que exista a vantagem de os sistemas de informação sobre mortalidade, de modo geral, serem universais e de boa qualidade, deve-se lembrar que os seus dados subestimam a verdadeira magnitude da violência. Os óbitos representam uma pequena parcela dos casos, porque geralmente decorrem da violência interpessoal extrema que ocorre nos diversos contextos de inter-relação social, como o espaço urbano, rural ou doméstico.

De maneira geral, na violência doméstica, os episódios de maus-tratos tendem a ser repetitivos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006) e, no início, não costumam levar ao óbito nem mesmo à internação.

Assim, o SIH/SUS, por captar apenas os casos que precisaram de internação, também subestima a magnitude da violência (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Além disso, pela lógica assistencial desse sistema, a sua abrangência se restringe às internações pagas pelo SUS (rede própria ou conveniada) (MELLO JORGE; CASCÃO; SILVA, 2003). E, no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (ficha que alimenta o SIH/SUS), apesar de haver um campo para informação da causa da internação (de acordo com o código do capítulo XX da CID-10), muitas vezes só se informa a natureza da lesão (capítulo IX da CID-10), não possibilitando saber qual foi o tipo de causa externa que levou à internação (WALDMAN; MELLO JORGE, 1999).

Outra limitação em relação à vigilância das causas externas, inerente aos dois sistemas supracitados, é o fato de as informações fornecidas por meio deles serem restritas à vítima (e de forma sucinta) e a descrição do evento se resumir ao código da CID-10. Esses sistemas não fornecem informações detalhadas sobre a ocorrência, suas consequências e o perfil da vítima e do provável autor da agressão, nos casos de violência (BRASIL, 2009).

Por todos os motivos mencionados, é notório que apenas com a análise de dados do SIM e SIH/SUS as causas externas são subdimensionadas (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Conseqüentemente, também torna-se menor a amplitude de medidas de promoção da saúde e de cultura de paz, e de prevenção e controle das causas externas, principalmente em relação à violência doméstica, sexual e outras violências que permanecem com pouca visibilidade (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a proposta de implantação do VIVA é feita na tentativa de se obter um diagnóstico mais sensível de casos de causas externas que demandam atendimentos na rede de saúde, especialmente aqueles não reconhecidos e não incorporados ao SIM e ao SIH/SUS (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Ao mesmo tempo, é feita para atender ao

que determina a legislação (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2007), de modo que a criação do VIVA está de acordo com os atos legais e normativos descritos do **quadro 1** (BRASIL, 2009).

Quadro 1 - Atos legais e normativos que dão subsídio à criação do VIVA

ANO	ATOS LEGAIS E NORMATIVOS	CONTEÚDO
1975	Lei nº 6.259, de 30 de outubro	Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de doenças e outros agravos inusitados, no âmbito do Sistema de Saúde
1976	Decreto nº 78.231, de 12 de agosto	Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975
1990	Lei nº 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente), de 13 de julho	Em seu artigo 13 determina que todo caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes é de notificação obrigatória
2001	Portaria nº 1.968, de 25 de outubro	Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes na rede SUS
2003	Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso), de 01 de outubro	Prevê, no artigo 19, que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória pelos profissionais de saúde ¹
2003	Lei nº 10.778, de 24 de novembro	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados
2004	Portaria nº 777, de 28 de abril	Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS
2004	Decreto Presidencial nº 5.099, de 03 de junho	Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela nos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher
2004	Portaria nº 2.406, de 05 de novembro	Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação
2006	Portaria nº 1.876, de 14 de agosto	Institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio e da vinculação destes pacientes aos serviços de saúde como forma de prevenção e intervenção em saúde

Fonte: elaborado pela autora, baseado em Brasil (2009).

Nota: ¹Esse artigo foi alterado pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra idosos pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária e aos órgãos já previsto na redação original da Lei (BRASIL, 2011b).

Acrescenta-se, ainda, a PNRMAV, que traz como uma de suas diretrizes, a monitorização da ocorrência de causas externas. Essa diretriz visa à superação dos problemas relacionados à informação referente à ocorrência desses agravos. Para tanto, prevê a promoção do registro contínuo, padronizado e adequado das informações, com melhoria da cobertura e qualidade dos dados dos sistemas de informação existentes e o estabelecimento de ações de vigilância para a morbimortalidade por causas externas, que inclua a identificação de fatores de risco (BRASIL, 2001a).

Na Portaria 936/2004 consta que uma das atribuições do NPVPS é “garantir a implantação e implementação da notificação de violências, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes de atenção integral para populações estratégicas” (BRASIL, 2004), o que também respalda a implantação do VIVA.

4.3 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)

O VIVA tem o propósito de fornecer informações fidedignas sobre as causas externas para subsidiar a formulação de políticas públicas intersetoriais e integradas que reduzam a morbimortalidade por esses agravos e que promovam saúde e cultura de paz (BRASIL, 2008, 2009, 2013b). Gawryszewski et al. (2007) acrescentam que a implantação do VIVA também visa a subsidiar a avaliação das ações implementadas e o melhor planejamento de recursos e serviços.

O VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA contínuo) e 2) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA inquérito). Essas duas modalidades de vigilância possuem objetivos específicos, sistemas de informação próprios, fluxo da informação e métodos e instrumentos de coleta de dados distintos (BRASIL, 2010a).

O instrumento de coleta do componente contínuo é a Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (**Anexo A**). O objetivo específico desse componente é descrever o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas em serviços de saúde. O VIVA contínuo também visa a articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, de modo a contribuir para a atenção integral e humanizada às pessoas em situação de violência, e proteção dos seus direitos (BRASIL, 2009, 2010a; GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Além disso, permite avaliar, indiretamente, a organização da rede de assistência integral às vítimas de violência, objetivo previsto na PNRMAV (BRASIL, 2010a).

Esse componente do VIVA viabiliza a notificação compulsória e contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas envolvendo crianças, adolescentes, idosos e mulheres (grupos mais vulneráveis), estabelecida em lei. A definição de caso de violência utilizada para tal notificação é a da OMS (BRASIL, 2010a), mencionada no item 4.1.

Com o VIVA contínuo, a notificação das violências deve ser entendida para além de um instrumento para obter e produzir informações epidemiológicas, mas como subsídio à garantia dos direitos à saúde e à vida, e, ainda, como incentivo à formação de rede de proteção social e de atenção integral à saúde, seguindo a linha do cuidado em saúde (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, Gawryszewski et al. (2007) ressaltam que esse componente do VIVA atende às leis e portarias referentes à notificação obrigatória de violência contra a criança,

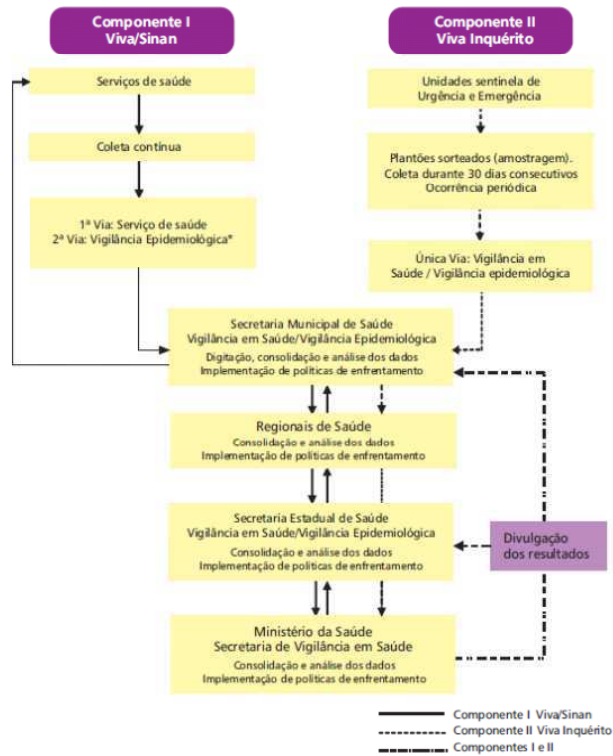
adolescente, mulher e pessoa idosa. E, ainda, que por meio do mesmo, os serviços de saúde devem estar atentos para detectar, acolher e encaminhar os casos atendidos, facilitando o acesso à rede de apoio e proteção às vítimas.

O instrumento de coleta do outro componente do VIVA (VIVA inquérito) é a Ficha de vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. O VIVA inquérito é um estudo transversal, cuja coleta dos dados é feita por amostragem durante um mês. Trata-se de um mecanismo de monitorização epidemiológica complementar às informações disponibilizadas por meio do SIM e SIH/SUS (BRASIL, 2010a).

Esse componente visa a caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de urgência e emergência selecionados, no período de trinta dias (BRASIL, 2010a; GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Em relação ao fluxo da informação do VIVA (os dois componentes), o MS determinou que fossem respeitados os fluxos e as diferenças locais já estabelecidos entre serviços, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES). Nesse sentido, estabeleceu um fluxo mínimo (**Figura 1**) (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Figura 1 – Fluxograma dos dois componentes do VIVA (contínuo/Sinan e inquérito)



Fonte: Brasil (2013b, p. 20).

Nota: *Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar ou Ministério Público). Mediante casos de violência contra idosos, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso), ou de responsabilização (delegacias especializadas).

Assim, o serviço preenche duas vias da ficha. A primeira é guardada no serviço e a outra via é encaminhada para a VE da SMS, que realiza a digitação e a análise dos dados. Após a digitação, o banco de dados deve ser transferido para a SES, que transfere o banco consolidado do estado para a SVS/MS (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Quanto ao VIVA inquérito, ressalta-se que, nos últimos anos, no serviço tem sido preenchida apenas uma ficha, que é digitada pela SMS e o banco de dados é enviado diretamente ao MS (BRASIL, 2010a).

No caso de violência contra a criança e o adolescente, além do preenchimento das duas vias da ficha de notificação/investigação de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, o profissional da US deve elaborar um comunicado e, obrigatoriamente,

encaminhá-lo ao Conselho Tutelar da região (BRASIL, 2013b; GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Esse fluxo foi estabelecido para atender à Lei nº 8069/1990, que reza que casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes (menores de 18 anos) devem ser comunicados ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (BRASIL, 1990).

De modo semelhante, considerando a Lei nº 12.461/2011, que alterou a Lei nº 10.741/2003, casos suspeitos ou confirmados de violência contra a pessoa idosa (maiores de 60 anos) devem ser, obrigatoriamente, comunicados pelos serviços de saúde a um dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público e Conselho do Idoso (BRASIL, 2011b). Portanto, um comunicado deve seguir para algum desses órgãos (BRASIL, 2013b).

Salienta-se que mesmo durante a pesquisa (VIVA inquérito), em caso de violências envolvendo crianças, adolescentes, idosos e mulheres, a notificação no VIVA contínuo deve ser mantida (BRASIL, 2009, 2010a).

Nacionalmente o VIVA foi implantado de forma gradual (SILVA et al., 2007). Para a primeira fase de implantação, a proposta foi de realização de vigilância sentinela, que deveria ser implantada em alguns municípios selecionados considerando-se determinados aspectos preestabelecidos (BRASIL, 2009).

Segundo Gawryszewski et al. (2007), mesmo reconhecendo que os dados não seriam representativos do município e do estado, dificultando a construção de taxas, inicialmente optou-se pela vigilância em serviço sentinela. Esta seria uma opção ágil e viável, com potencial para gerar informações de qualidade e facilidade para avaliar o sistema, visando a fazer mudanças futuras necessárias. A coleta universal de informações exigiria um grande número de locais de notificação, um número maior de treinamentos e a cooperação de mais profissionais. Assim, seria mais onerosa e requereria grande esforço de coordenação.

Os aspectos considerados na escolha dos estados e municípios para a implantação do VIVA foram: a) perfil epidemiológico, representado pela posição no *ranking* da mortalidade por causas externas; b) prioridades estabelecidas pela matriz do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República; c) municípios e estados prioritários para a implantação/implementação de ações de enfrentamento de violência sexual e doméstica, definidos pelas áreas técnicas do MS; d) municípios e estados que possuíam NPVPS ou que vinham desenvolvendo ações nesse sentido; e) municípios participantes do teste da ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher e outras violências

interpessoais; f) municípios participantes do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (BRASIL, 2008, 2009).

Independentemente dos critérios, todas as capitais foram convidadas a participar da implantação na primeira fase. Em todos os casos, a participação se deu por adesão, processo pactuado com as SES e SMS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2008).

Estabelecidos os critérios, em março de 2006, na ocasião do Seminário Temático de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, foi apresentado o Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes/ Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes aos estados e municípios selecionados para a primeira fase do processo de implantação do VIVA. Após conhecer a proposta, as SES e SMS deveriam aderir ao projeto voluntariamente (BRASIL, 2009).

Em junho de 2006, foi publicada a Portaria nº 1.356, a primeira que institui incentivo aos estados, Distrito Federal e municípios para a vigilância de violências e acidentes em serviços sentinela, com recursos da SVS/MS. Esse incentivo possibilitou a viabilização dessa vigilância (BRASIL, 2006). Nessa primeira fase, fizeram adesão ao VIVA seis estados, 32 municípios e o Distrito Federal (BRASIL, 2009). Entre os municípios contemplados estavam o Recife e Olinda (BRASIL, 2006).

Em setembro de 2006, foi realizado o primeiro inquérito de violências e acidentes em hospitais de urgência e emergência selecionados por estados e municípios, em conjunto com o MS. Até o ano seguinte (2007), esses inquéritos foram realizados anualmente (BRASIL, 2008, 2009, 2010a). Após análise dos resultados e avaliação do VIVA inquérito, concluiu-se que o mesmo deveria ser realizado bianualmente. Dessa maneira, o próximo ocorreu em 2009 (BRASIL, 2008) e depois em 2011 (BRASIL, 2013b).

Quanto ao VIVA contínuo, componente ininterrupto de vigilância, sua implantação ocorreu a partir de 1 de agosto de 2006. Inicialmente a implantação se deu em serviços de referência para violências: centros de referência para violências, centros de referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros (BRASIL, 2008, 2009, 2010a).

Os serviços eram selecionados de acordo com sua capacidade técnica e operacional para a implantação da notificação das violências (BRASIL, 2010a). Gawryszewski et al. (2007) salientam que a adesão de novos serviços ao VIVA contínuo podia se dar a qualquer momento do processo.

No primeiro momento, para os dois componentes do VIVA, foi desenvolvido e disponibilizado pela SVS/MS às secretarias estaduais e municipais de saúde um aplicativo para entrada e análise de dados em Epi-Info, por ser um *software* de domínio público, conhecido e de fácil manejo (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Desde o segundo semestre de 2008, a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, que faz parte do VIVA contínuo, foi adaptada para integrar, em 2009, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), adequando-se às normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados (BRASIL, 2010b). Portanto, desde 2009, apenas o VIVA inquérito permaneceu utilizando o Epi-Info (BRASIL, 2008).

A integração ao Sinan se deu pelo fato de esse ser um sistema consolidado, com tradição e abrangência nacional (BRASIL, 2010b), o que facilita a expansão do VIVA, com a possibilidade de universalização da vigilância contínua, garantindo a sustentabilidade da mesma (BRASIL, 2010a).

Desde janeiro de 2009, o VIVA contínuo, já incorporado ao Sinan, continuou a ser implantado de forma gradual. A implantação gradual era importante em função da necessidade de estruturação local da área de vigilância de DANT, das prioridades definidas no processo de implantação do VIVA e da necessidade de articulação entre a área técnica de vigilância de DANT e do Sinan (BRASIL, 2009).

Só em 2010, por meio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto desse ano, as violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas passaram a constar na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (BRASIL, 2010c).

Com a publicação dessa portaria, os dados passaram a ser digitados pelos serviços responsáveis pela informação e/ou VE da SMS, que repassam semanalmente os arquivos à SES e esta ao MS, quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS/MS no início de cada ano (BRASIL, 2010b).

À medida que as violências passam a constar em portaria que estabelece as doenças e agravos de notificação compulsória, a notificação das mesmas passa a ser obrigatória a todos os profissionais de saúde no exercício da profissão e dos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, conforme os artigos 7º e 8º da Lei nº 6259/1975 (BRASIL, 1975).

Em 2011, foi publicada nova portaria referente às doenças e agravos de notificação compulsória (Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011). Dessa vez, as violências passaram a

compor a Lista de Doença de Notificação Compulsória, de modo a se tornarem de notificação universal, em toda rede de saúde, pública e privada (BRASIL, 2011c).

Os sistemas de vigilância desenvolvidos (como é o caso do VIVA contínuo) uma vez implantados, devem ser submetidos a avaliações frequentes, visando a possíveis revisões e modificações necessárias (WALDMAN, 1998, 2009). Essas avaliações devem levar em consideração as características e necessidades inerentes a cada sistema de vigilância (WALDMAN, 2009).

No intuito de descrever sobre o que trata a avaliação em saúde e evidenciar a importância de pesquisas nesse campo de conhecimento e de prática, elaborou-se o item a seguir.

4.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO

A avaliação é um campo crescente e relativamente recente de conhecimento e prática, que se utiliza de outros campos para a construção de sua teoria e abordagens metodológicas (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; FURTADO, 2009), e que está presente em diferentes áreas, como a da saúde (SILVA, 2005). Por esses motivos, existe uma pluralidade de termos, conceitos e métodos nesse campo (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

As diversas definições e tipologias propostas no campo da avaliação refletem os modelos conceituais, abordagens e metodologias diferentes (e até divergentes) que o influenciam, e, ao mesmo tempo, traduzem a evolução de suas diferentes concepções no decorrer do tempo (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Após a Segunda Guerra Mundial, quando surgiu o conceito de avaliação de programas públicos, o mesmo era essencialmente econômico. Com o passar do tempo, a abordagem econômica tornou-se insuficiente, especialmente, no que se refere aos programas sociais. Desse modo, a avaliação foi incorporando outras disciplinas, aperfeiçoando seus aspectos teóricos e metodológicos de forma interdisciplinar (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Em relação à avaliação em saúde, além de a economia, as ciências sociais, a epidemiologia e a prática clínica influenciaram bastante esse campo (CHAMPAGNE et al., 2011a; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Samico, Figueiró e Frias (2010) salientam que essa diversidade de saberes está coerente com a multiplicidade e complexidade das intervenções que são objeto de avaliação na saúde.

Considera-se intervenção qualquer sistema organizado de ação, composto por estrutura, atores, processos de ação, finalidades e ambiente da intervenção, que visa, em um

determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Champagne et al. (2011a) afirmam que apesar de não haver uniformidade conceitual, muitos elementos dos conceitos sobre avaliação são consensuais na literatura. Com base nesses elementos, os referidos autores formularam a seguinte definição:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (CHAMPAGNE et al., 2011a, p. 44).

Silva (2005) destaca que o significado do julgamento pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico até uma análise que envolva o significado do fenômeno.

Ao conceber que avaliação visa a produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas, que tenham utilidade e que sejam de fato aplicadas na prática, Champagne et al. (2011a) atribuem a ela um caráter científico, social e político.

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997), os objetivos oficiais (explícitos) da avaliação são: auxiliar no planejamento de uma intervenção; fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se a mesma deve ser mantida, transformada ou interrompida; e contribuir para o progresso do conhecimento, ou seja, para elaboração teórica. Portanto, a avaliação pode ser realizada no momento do planejamento e elaboração da intervenção, no decurso ou mesmo no final da intervenção.

Nesse sentido, a avaliação de intervenções em saúde faz parte da gestão em saúde coletiva e sua principal função é qualificar os programas e serviços para produzir saúde (FURTADO, 2009). Segundo Figueiró, Frias e Navarro (2010), a avaliação deve contribuir para a tomada de decisões dos responsáveis pela intervenção, comprometendo-se com a melhoria da mesma e, conseqüentemente, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

Contudo, Silva (2005) lamenta que apesar de a expansão do campo da avaliação no final do século XX, dificilmente os profissionais de saúde e gestores incorporam o conhecimento produzido pela avaliação. Tal comportamento prejudica a melhoria das intervenções em saúde e, como consequência, da qualidade de vida da população.

Quanto à tipologia da avaliação, apesar da diversidade, neste estudo, será adotado o referencial teórico da Universidade de Montreal (Canadá). Nessa perspectiva (CHAMPAGNE et al., 2011a; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), existem dois grupos de avaliação, a normativa e a pesquisa avaliativa, que se aplicam a qualquer tipo de intervenção.

A avaliação normativa é feita quando o julgamento de valor sobre a intervenção é realizado a partir da apreciação de cada um dos componentes dessa intervenção (estrutura, processo e resultado) em relação a critérios e normas (CHAMPAGNE et al., 2011a; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A apreciação da estrutura consiste em conhecer em que medida os recursos e sua organização são empregados de modo adequado para produzir os resultados esperados; a do processo visa a saber em que medida os serviços e atividades produzidos são adequados para atingir os resultados esperados; e a apreciação dos resultados consiste em investigar se os resultados observados correspondem aos esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na apreciação normativa, são medidas as diferenças entre o que se tem na prática e o que é preconizado (CHAMPAGNE et al., 2011a). Geralmente é esse o tipo de avaliação realizado na rotina dos serviços (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Por sua vez, na pesquisa avaliativa, o julgamento de valor é feito por meio de procedimentos científicos válidos e reconhecidos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Segundo Samico, Figueiró e Frias (2010), a pesquisa avaliativa avança na perspectiva analítica, quando comparada à avaliação normativa. Inclusive, para esses autores, a avaliação normativa pode se constituir como uma das etapas da pesquisa avaliativa.

De acordo com o que se propõe a analisar, a pesquisa avaliativa pode ser classificada em seis tipos: análise estratégica, análise lógica, análise da produção, análise dos efeitos, análise da eficiência e análise da implantação. Cada um desses tipos recorre a métodos distintos (CHAMPAGNE et al., 2011a). Nesta pesquisa foi realizada uma análise de implantação.

Considera-se implantação a extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). A análise de implantação é a pesquisa avaliativa que investiga as relações entre o GI da intervenção, o contexto de implantação e os efeitos produzidos (SILVA, 2005).

Por meio da análise de implantação, procura-se explicar as razões da diferença encontrada entre o que se tem na prática (intervenção operacionalizada) e o que é preconizado (intervenção planejada), em termos de variações na implantação e nos efeitos da intervenção

(CHAMPAGNE et al., 2011a, 2011b). Segundo Samico, Figueiró e Frias (2010), é comum usar a avaliação normativa como uma etapa da análise de implantação.

As pesquisas avaliativas do tipo análise de implantação são importantes porque permitem estudar os processos relacionados à operacionalização das intervenções de saúde, elucidando os problemas nessa operacionalização para fazer recomendações (SILVA, 2005).

Nesse sentido, Denis e Champagne (1997) salientam que a avaliação baseada apenas no impacto da intervenção, se positivo ou negativo, sem levar em conta as especificidades do contexto e nem o GI da intervenção, como é o caso do modelo da caixa preta, apresenta limitação. A limitação ocorre na medida em que a avaliação não permite conhecer os problemas ligados à implantação da intervenção, dificultando as recomendações. Essa limitação tem despertado interesse crescente dos avaliadores em relação à análise de implantação.

Champagne et al. (2011b) afirmam que são identificados diversos subtipos da análise de implantação, não havendo consenso na literatura. Esses autores classificam a análise de implantação em quatro tipos: 1-a, que se propõe a explicar a transformação da intervenção ao longo do tempo; 1-b, que estuda a influência do meio de implantação sobre o grau da implantação; 2, que analisa como as variações na implementação da intervenção influenciam os efeitos observados; e 3, que estuda qual é a influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados (CHAMPAGNE et al., 2011a, 2011b).

Na análise de implantação do tipo 1-b, é estudada a influência dos determinantes contextuais sobre o GI da intervenção. Desse modo, a variável dependente é representada pelo grau de implementação e as independentes, pelas características contextuais do meio de implantação (CHAMPAGNE et al., 2011b; DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Na presente pesquisa foi adotado esse tipo de análise de implantação.

Denis e Champagne (1997) abordam a análise de implantação a partir da teoria das organizações. Essa teoria parte do princípio de que qualquer intervenção sempre provoca mudanças organizacionais. O processo de produção dessas mudanças inclui seis fases: a iniciação, a difusão, a adoção, a implantação, a institucionalização (rotinização) e o abandono da inovação, com ou sem substituição. Assim, a análise da implantação contempla o processo ocorrido após a organização ter decidido adotar a intervenção, ou seja, após introduzi-la. Existem fatores que influenciam os processos de mudança no interior das organizações. Esses fatores compõem o contexto organizacional.

As organizações “são dispositivos concretos nos quais as instituições se materializam e assumem formas muito variadas, desde um complexo organizacional até um pequeno estabelecimento” (RIGHI, 2002, p.94).

Considera-se contexto o “conjunto de circunstâncias nas quais se produz um acontecimento” (CONTEXTO, 1992, p. 268), neste caso, uma intervenção. As circunstâncias (categorias) que compõem o contexto no qual a intervenção ocorre fazem parte de um contexto social complexo que necessariamente define como a intervenção se manifesta, resiste ou é modificada (POLAND; FROHLICH; CARGO, 2009).

De acordo com Poland, Frohlich e Cargo (2009), indivíduos, relações interpessoais, organizações, elementos infraestruturais e de política mais amplos são sistemas sociais que estão envolvidos e influenciam as intervenções. Denis e Champagne (1997) afirmam que não existe consenso entre os teóricos quanto às variáveis explicativas da implantação de uma intervenção, mas os estudos costumam se basear em cinco modelos conceituais para analisar o contexto organizacional quando se realiza a análise de implantação. Esses modelos são os seguintes: racional, desenvolvimento organizacional, psicológico, estrutural e político.

Segundo o modelo racional, um contexto favorável à implantação depende de um processo de planejamento de qualidade; do exercício de um controle hierárquico sobre os agentes responsáveis pela implantação da intervenção; de elevado grau de coerência entre o que os gestores esperam e os comportamentos esperados pela introdução da intervenção; de uma comunicação adequada dos planos aos agentes de implantação; e de conformidade entre os comportamentos dos gestores e as diretrizes (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Por sua vez, o modelo do desenvolvimento organizacional considera que um contexto favorável à implantação se caracteriza pela presença de um estilo participativo de gestão; de descentralização dos processos de decisão; de mecanismos que favoreçam uma boa comunicação na organização; e da capacidade de gerar consenso em torno dos objetivos perseguidos pela mudança (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Já o modelo psicológico supõe que as crenças e as atitudes influenciam a propensão de o indivíduo aceitar ou não a implantação. Se a intervenção exige ações que o indivíduo já esteja habituado a fazer, o contexto é favorável à implantação; assim como o é se for implantado um processo de troca sobre as dificuldades encontradas na implantação da intervenção, entre os membros envolvidos na organização; e se forem instaurados mecanismos de reforço das novas normas buscadas para a intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

De acordo com o modelo estrutural, o contexto é favorável à implantação dependendo das características referentes aos atributos organizacionais (tamanho, centralização, formalização, nível de especialização); atributos dos gestores (tendência à centralização, atenção prestada à inovação, orientação cosmopolita ou local) e características do ambiente (incerteza/instabilidade, grau de competição, facilidade organizacional, grau de urbanização) (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Em relação aos atributos organizacionais, eles são compreendidos da seguinte maneira: a) tamanho – organizações maiores tendem a estar mais formalizadas com maior quantidade de nível hierárquico; b) centralização - o grau de centralização define o grau de participação dos líderes nas tomadas de decisões; c) formalização – relacionada à definição de regras e procedimentos. Quanto mais formal, menos flexível e mais burocrática tende a ser a organização; d) especialização - o nível de especialização da organização define se o trabalho é dividido e subdividido em tarefas altamente especializadas ou não. Geralmente quanto maior a organização, maior o número de setores especializados (DUSSAULT, 1992; HOMEM; DELLAGNELO, 2006; WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007).

Quanto aos atributos dos gestores, tendência à centralização representa uma postura caracterizada geralmente por autoritarismo e pouca escuta, que inibe a participação dos membros da equipe na tomada de decisão (DUSSAULT, 1992). Demonstra pouca capacidade de liderança transformacional, que é aquela na qual o líder inspira os membros da equipe a quererem alcançar os objetivos e metas estabelecidos, porque participaram das decisões. O líder transformacional tem bom relacionamento com a equipe de trabalho (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007).

Atenção prestada à inovação diz respeito à cultura organizacional, ou seja, aos “valores e padrões de crenças e comportamentos que são aceitos e praticados pelos membros de uma organização” (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007 p. 334). A cultura organizacional pode ser conservadora (com orientação externa fechada, o que a torna menos flexível e com pouca capacidade de se adaptar a mudanças ambientais e integrar suas operações internas) ou inovadora (orientação externa aberta e com capacidade de se adaptar rapidamente às mudanças) (HOMEM; DELLAGNELO, 2006; WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007).

Orientação cosmopolita é a capacidade de integrar imperativos aparentemente contraditórios, significa reconhecer outras formas de trabalhar, não apenas da perspectiva da cultura local, o que facilita o lidar com diversas situações (HOMEM; DELLAGNELO, 2006).

A orientação cosmopolita requer habilidades para ser flexível, manter relações interpessoais e interagir com outros setores (LUZ, 1999).

No que diz respeito às características do ambiente, entende-se por incerteza, o nível de instabilidade do ambiente (a estabilidade das equipes é uma condição da criação de um ambiente de confiança e facilita a formalização). O grau de competição pode tornar o ambiente mais ou menos hostil (DUSSAULT, 1992).

No modelo político, considera-se que existe uma negociação contínua entre os interesses de diferentes atores e que a implantação depende dos jogos de poder organizacional, cujo resultado constitui um ajuste às pressões internas e externas (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; MORGAN, 1996). O contexto é favorável à implantação dependendo dos seguintes fatores: suporte dado à intervenção pelos agentes de implantação; exercício, por esses, de um controle na organização para estar apto a operacionalizar a intervenção; forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que eles dão à intervenção e os objetivos associados a ela. Portanto, se baseia nos interesses particulares dos agentes influentes na organização, suas vontades e entendimento que possuem da intervenção, e na interação desses interesses (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Os modelos supracitados apresentam limitações. As críticas feitas ao modelo racional é que ele é muito normativo e só considera parcialmente os fatores explicativos da implantação. O modelo do desenvolvimento organizacional também é considerado muito normativo. O modelo psicológico é bastante subjetivo, sendo difícil estudá-lo, além disso, ainda que exista resistência por parte dos indivíduos, a mesma não impede a implantação da intervenção se o conjunto do ambiente organizacional a suportar. O modelo estrutural muitas vezes é contraditório, por outro lado, é essencialmente analítico e muito utilizado nos estudos, assim como o político, que é concebido como o modelo mais adequado (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Considerando todos esses aspectos, Denis e Champagne (1997) formularam o modelo político e contingente, que se inspira nas abordagens estrutural e política. Segundo esse modelo, “a organização é uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67). Essas estratégias são diferentes, porque cada ator tem interesses particulares associados à intervenção e poderes diferentes na organização. A operacionalização das estratégias depende do grau de controle das bases de poder que cada ator tem na organização.

A lógica seguida por esse modelo é a de que o processo de implantação de certa intervenção deve ser abordado, principalmente, segundo uma perspectiva política, mas,

também, de características estruturais de uma organização. Isso porque o alcance dos objetivos propostos depende do apoio dos atores dominantes a esses objetivos e, também, das características estruturais da organização, que podem funcionar em sinergia ou em antagonismo na operacionalização das estratégias dos atores (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Poland, Frohlich e Cargo (2009) relatam que são necessárias melhores ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas para reposicionar o contexto no centro dos esforços da avaliação em saúde, tratando-o de forma mais profunda. Para tanto, esses autores se utilizam da teoria social crítica (abordagem do realismo crítico) (POLAND; FROHLICH; CARGO, 2009). Portanto, essa é outra abordagem que vem sendo mais recentemente discutida na literatura, principalmente na área da promoção da saúde, cujas intervenções são bastante complexas.

A base dessa abordagem é a identificação de mecanismos produtivos cujas propriedades causais podem ou não ser ativadas, dependendo das circunstâncias (POLAND; FROHLICH; CARGO, 2009).

Nessa perspectiva, o contexto é considerado a:

Mistura local de condições e eventos, agentes sociais, objetos e interações que caracterizam os sistemas abertos e cuja confluência única no tempo e no espaço seletivamente ativa, desencadeia, bloqueia ou modifica poderes causais e mecanismos em uma cadeia de reações que pode resultar em resultados muito diferentes, dependendo da interação dinâmica de condições e mecanismos ao longo do tempo e do espaço. (POLAND; FROHLICH; CARGO, 2009, p. 309).

Portanto, com base no realismo crítico, as proposições quanto à influência do contexto sobre a intervenção não podem ser generalizáveis, por não existir uma relação causal linear em sistemas abertos, sistemas cujos fatores externos não podem ser controlados.

Considerando que nas pesquisas avaliativas a abordagem do contexto a partir do realismo crítico é relativamente recente, existindo poucos estudos publicados, optou-se por estudar o contexto à luz do modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne (1997).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 ÁREA DO ESTUDO

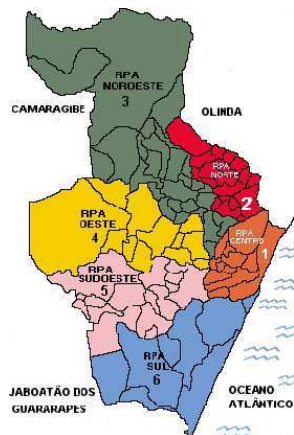
A área do estudo foi o município do Recife, escolhido por ser um dos pioneiros na adesão ao VIVA contínuo no âmbito nacional. O Recife, capital do estado de Pernambuco e núcleo da Região Metropolitana, possui uma população essencialmente urbana de 1.537.704 habitantes, sendo 53,8% do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 13,1% são crianças (0 a 9 anos); 16,0%, adolescentes (10 a 19 anos); 34,6% possuem entre 20 e 39 anos; 24,5% entre 40 e 59 anos e 11,8% são idosos. A área territorial do município é de 218,498 Km² e a densidade demográfica é de 7.037,61 hab/km² (IBGE, 2012).

O território do município divide-se em 94 bairros, agrupados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), cada uma correspondendo a um Distrito Sanitário (DS) (**Figura 2**) (RECIFE, 2012a).

Em relação à organização do sistema de VS do Recife, no Nível Central (NC) da SMS existe uma Diretoria de VS, vinculada ao Gabinete do Secretário de Saúde. Uma das subdivisões dessa diretoria é a Diretoria de VE. Existe, ainda, uma área técnica específica para a vigilância da violência, denominada Coordenação de Prevenção de Acidentes e Violências (COPAV). Em todos os DS existe um Departamento VE que coordena o processo de trabalho de VS nas US. Em relação às US, apesar de nem todas possuírem um setor específico responsável pela VS, devem desempenhar ações de vigilância.

Pelo perfil de mortalidade, observa-se a elevada magnitude da violência no Recife. Em 2011, as causas externas foram a quarta principal causa de morte entre os residentes desse município, com 1.512 óbitos. No grupo das causas externas, a primeira causa foram os homicídios (672 óbitos, portanto, 44,4% das causas externas). Esse número representou 19,4% do total de homicídios em residentes no estado de Pernambuco (BRASIL, 2013c). Em relação às capitais brasileiras, em 2011, o Recife ocupou a quarta colocação no *ranking* das taxas de homicídio, com 57,1 óbitos por 100 mil habitantes, perdendo apenas para Maceió, João Pessoa e Salvador (WAISELFISZ, 2013).

Figura 2 – Regiões Político-Administrativas/distritos sanitários do Recife



Fonte: Pernambuco (2014).

A maioria da rede assistencial do Recife pertence à Atenção Básica (AB) (**Quadro 2**). No território desse município existem, ainda, nove hospitais, dois laboratórios, um Centro de Assistência Toxicológica e cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são da rede própria de saúde do estado de Pernambuco.

Quadro 2 – Rede própria de serviços de saúde do município do Recife por distrito sanitário, 2012

REDE DE SAÚDE	DISTRITO SANITÁRIO						TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	
Unidades de Saúde da Família	10	19	23	20	15	34	121
Equipes de Saúde da Família	16	43	45	40	31	82	257
Equipes de Saúde Bucal	9	22	23	23	15	40	133
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	2	3	4	3	3	5	20
Equipes de Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI)	0	1	1	0	0	0	2
Equipes Básicas de Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)	1	1	3	2	2	3	12
Unidades Básicas de Saúde (tradicionais)	1	1	6	3	5	6	22
Polos da Academia da Cidade	4	7	7	7	6	7	38
Farmácia da Família	0	3	2	2	2	2	11
Centro de Atenção Psicossocial (AD e TM)	2	3	3	2	4	3	17
Albergues terapêuticos	1	1	0	1	0	1	4
Residências Terapêuticas	0	6	3	6	5	4	24
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	1	1	1	1	1	1	6
Policlínica (com e sem SPA)	3	2	3	1	1	2	12
Maternidades	0	0	1	0	1	1	3
Hospital Pediátrico	0	0	1	0	1	0	2
Unidades Especializadas	4	1	2	0	0	0	7
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT)	10	3	7	3	0	1	24
Equipes de Consultório de Rua	1	1	1	1	1	1	6

Fonte: Recife (2012b)

5.2 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do tipo 1b, denominada análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção. Esse tipo de análise, conforme descrito no marco teórico deste estudo, visa a explicar a diferença entre a intervenção planejada originalmente e a implantada na realidade, considerando a análise dos determinantes contextuais da implantação (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Esse subtipo de pesquisa avaliativa é apropriado quando a intervenção é complexa e possui elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir favorável ou desfavoravelmente (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997), como é o caso do VIVA contínuo. É importante por permitir a identificação dos meios onde a implantação integral da intervenção parece plausível (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O desenho utilizado para essa análise de implantação foi o estudo de caso único com unidades de análise integradas, conforme classificação de Yin (2010). O estudo de caso é comumente utilizado nas pesquisas avaliativas por responderem a questões mais explanatórias, do tipo “como” e “por que”. No campo da avaliação, uma das aplicações desse desenho de estudo é descrever uma intervenção e o contexto da vida real no qual ela ocorreu e explicar os presumidos vínculos entre as condições contextuais e as intervenções da vida real (YIN, 2010).

Segundo Yin (2010), a opção por estudos integrados, ou seja, com unidades múltiplas de análise, permite que o pesquisador examine o fenômeno em detalhes operacionais, de modo a definir diferentes níveis de explicação dos processos observados.

A limitação inerente ao estudo de caso único consiste na dificuldade de generalização dos resultados (validade externa), que decorre da impossibilidade de realização de análises comparativas com outros casos, apenas com a teoria. A opção por esse desenho de estudo deveu-se à extensão da pesquisa, em termos de recursos e tempo, e também à possibilidade de se investigar em profundidade as unidades de análise do caso (YIN, 2010).

5.2.1 Caso e Unidades de Análise do Estudo de Caso

O caso do estudo foi o VIVA contínuo do município do Recife, investigado a partir de três unidades de análise: US, DS e NC da SMS. Essas unidades são inter-relacionadas, mas possuem diferentes atribuições e determinantes contextuais.

A primeira unidade de análise do VIVA contínuo, composta pelas US, foi subdividida por nível de complexidade da atenção, uma vez que o atendimento à pessoa em situação de violência apresenta características diferentes em função desses níveis, podendo resultar em distintos graus de implantação do VIVA contínuo.

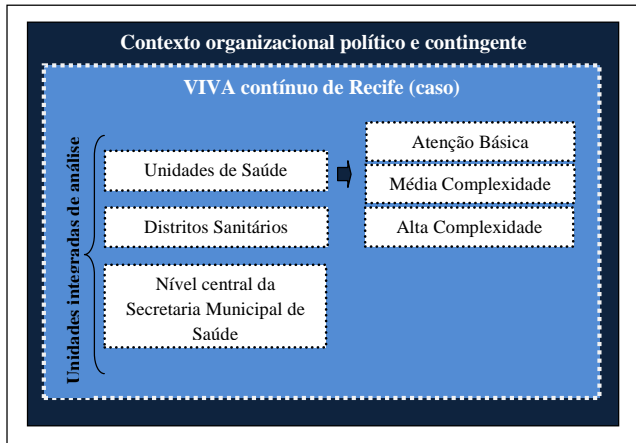
O nível primário de atenção à saúde é constituído por serviços de carácter comunitário ou ambulatorial, compostos pela clínica médica, pediatria, tocoginecologia, entre outros, que atendem aos problemas de saúde mais frequentes na população. O nível secundário é composto por consultórios especializados e pequenos hospitais que possuem tecnologia intermediária. O nível terciário de complexidade é formado por grandes hospitais gerais e especializados, que servem de referência para os demais serviços (PAIM, 2003).

Na primeira unidade de análise buscou-se conhecer as estruturas que os profissionais das US de diferentes níveis de complexidade encontravam à sua disposição para desempenhar as ações relacionadas ao VIVA contínuo. Além do conhecimento da estrutura, buscou-se, também, identificar quais dessas ações, que eram de responsabilidade das US, eram executadas. Nesse sentido, as US foram estudadas apenas em relação ao GI do VIVA contínuo.

Nas segunda e terceira unidades de análise, constituídas pelo setor da VE dos DS e do NC da SMS, respectivamente, o estudo procurou identificar a estrutura disponível, as ações do VIVA contínuo executadas e, ainda, analisar os fatores contextuais que influenciavam o GI no município. Portanto, nos DS e NC da SMS foram estudados o GI do VIVA contínuo e o contexto dessa implantação.

Para melhor compreensão, o desenho do estudo utilizado na presente pesquisa encontra-se esquematizado na **figura 3**. Nela observa-se que o caso foi estudado a partir de três unidades de análise e que a primeira delas se subdivide em três. Também se observa que todas as unidades se inter-relacionam e que elas e o caso estão inseridos em um contexto político e contingente que os influencia.

Figura 3 – Representação do desenho do estudo de caso



Fonte: Adaptado de Yin (2010)

Nota: as linhas tracejadas indicam a inexistência de limites rígidos, demonstrando a inter-relação entre as unidades de análise (inclusive entre elas), o caso e o contexto.

Foram incluídos no estudo os serviços da rede pública de saúde, localizados no Recife, pois, de acordo com Minayo e Lima (2009), o setor público de saúde tem incorporado paulatinamente os princípios da PNRMAV e está mais avançado que o setor privado nessa questão. Como o VIVA contínuo relaciona-se a esta política, é provável que a sua implantação também esteja mais avançada nos serviços do SUS e, por isso, a análise do estudo foi realizada na perspectiva do setor público.

Estudou-se o universo de Unidades de Saúde da Família (USF), representando a AB; de policlínicas, maternidades, UPA e hospitais de Média Complexidade (MC), representando este nível de atenção à saúde; e hospitais de grande porte, gerais e especializados, representando a Alta Complexidade (AC). As UPA e os grandes hospitais foram estudados, apesar de serem de gestão estadual de saúde, pelo fato de a VE ser municipalizada.

5.3 ELENCO DAS VARIÁVEIS

Foram estudadas variáveis relacionadas à estrutura e ao processo do VIVA contínuo, para avaliação do GI, e relacionadas ao contexto organizacional, para análise do contexto de implantação desse sistema.

As variáveis relacionadas à estrutura e ao processo foram selecionadas a partir da matriz de análise e julgamento (**Anexo B**) que, por sua vez, foi construída com base no

modelo lógico, cujo resumo consta na **figura 4**. Ambos (matriz e modelo) foram elaborados por Lima (2014) e submetidos por essa autora a consenso de especialistas no estudo de causas externas e na atuação com a vigilância de violências.

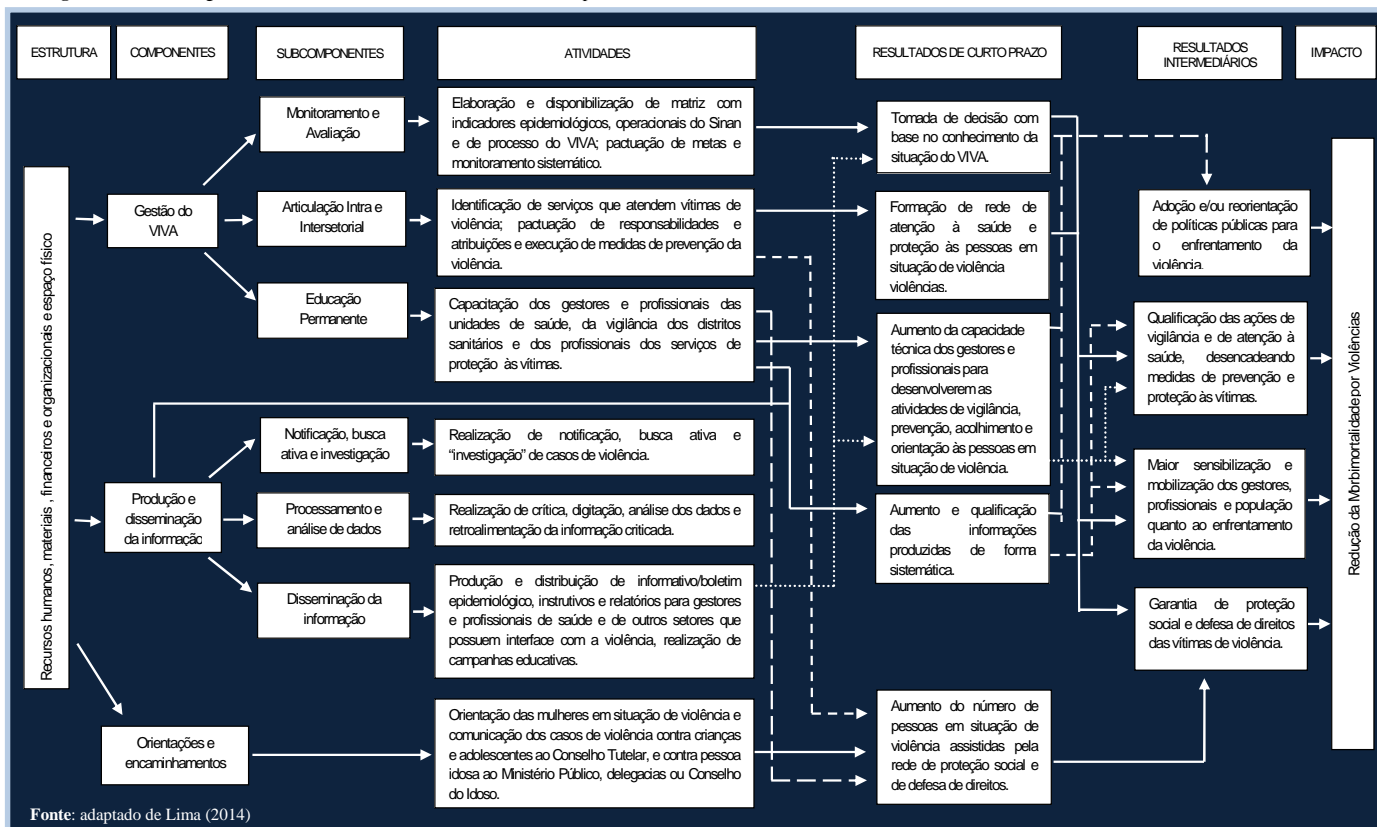
De acordo com Champagne et al. (2011c), o modelo lógico representa a maneira como o programa deveria permitir alcançar os objetivos da intervenção. Nesse sentido, o modelo lógico utilizado nesta pesquisa representa esquematicamente a forma como o VIVA contínuo funciona de maneira ideal em nível municipal.

As variáveis relacionadas ao contexto organizacional foram construídas a partir do modelo político e contingente de análise da implantação da intervenção, formulado por Denis e Champagne (1997), e guiadas pelas perguntas levantadas por esses autores (**Quadro 3**).

Somente a variável “participação do controle social na intervenção” não estava contemplada no elenco de variáveis propostos por Denis e Champagne (1997). Optou-se por incluir essa variável por considerá-la importante no estudo do contexto político, uma vez que a participação social é uma das diretrizes do SUS que exerce importante influência nas decisões políticas.

A divisão das variáveis contextuais em dois grupos (de contexto político e de contexto estrutural) foi feita para fins didáticos, uma vez que houve dificuldade de enquadramento de algumas delas em um único grupo e de algumas categorias temáticas em uma única variável.

Figura 4 - Modelo lógico resumido do VIVA contínuo em nível municipal



Fonte: adaptado de Lima (2014)

Quadro 3 – Matriz de análise do contexto político e estrutural de implantação do VIVA contínuo

(Continua)

QUESTÃO NORTEADORA	VARIÁVEL	CATEGORIA	FONTE DE VERIFICAÇÃO	VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONTEXTO POLÍTICO	
				PARÂMETRO (contexto favorável)	
Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?	Suporte dado à intervenção	Investimentos para a implantação do VIVA contínuo	Entrevistas com os responsáveis pela VE nos DS (Apêndice A: questão 5), coordenador(a) do VIVA no NC (Apêndice B: questão 7) e diretor(a) da VS no NC (Apêndice C: questão 4).	Houve investimento em recursos humanos do NC e DS, financeiros e materiais para o VIVA contínuo, de modo a viabilizar a sua implantação. - O investimento em recursos humanos se refere ao aumento (contratação ou designação de um responsável pelo VIVA contínuo em cada DS/NC) e à qualificação (oferecimento de curso de formação). - O investimento financeiro se refere à realização de convênio com outras instituições e a recursos próprios. - O investimento em recursos materiais inclui o fornecimento de ficha de notificação e de manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação.	
	Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Conhecimento sobre o VIVA contínuo	Entrevistas com os responsáveis pela VE nos DS (Apêndice A: questão 2); coordenador(a) do VIVA no NC. (Apêndice B: questão 2) e diretor(a) da VE no NC (Apêndice C: questão 2).	Gestores conhecem o que é o VIVA contínuo, seu objetivo, foco e fluxo; os principais documentos que orientam a sua implantação e as estratégias necessárias para essa implantação. - Os principais documentos são: Estatutos do Idoso e da Criança e do Adolescente, Lei nº 10.778/2003, PNRMAV/2001, Portaria 936/2004, Nota técnica nº 22/2008, Publicações: VIVA 2006 e 2007, e 2008 e 2009. - As principais estratégias são: sensibilização e formação, disponibilização de materiais para consulta e feedback aos profissionais quanto às ações executadas.	
		Conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro disponível para as ações do VIVA contínuo	Entrevista com o(a) coordenador(a) do VIVA (Apêndice B: questão 8).	Coordenador do VIVA contínuo no município sabe o valor do recurso financeiro disponível para o desenvolvimento das ações do VIVA contínuo e acompanha o gasto desse recurso.	
Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados	Priorização da violência enquanto problema de saúde pública	Entrevistas com os responsáveis pela VE nos DS (Apêndice A: questão 1), coordenador(a) do VIVA no NC (Apêndice B: questão 1) e diretor(a) da VE no NC (Apêndice C: questão 1).	Gestores conhecem a situação epidemiológica da violência no município (mencionam dados epidemiológicos), a consideram um problema de saúde pública e uma prioridade independentemente de ocorrência de epidemias de doenças transmissíveis. Assim, mesmo em situações de epidemia as ações do VIVA contínuo são mantidas.	
		Envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo	Entrevistas com os responsáveis pela VE nos DS (Apêndice A: questões 2, 3 e 4) e com o(a) coordenador(a) do VIVA no NC (Apêndice B: questões 2, 3 e 4) e diretor(a) da VE no NC (Apêndice C: questões 2 e 3).	As ações e metas relacionadas ao VIVA contínuo contempladas nos Planos Municipais de Saúde (PMS) (2006 a 2009 e 2010 a 2013) e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) dos referidos anos são conhecidas pelos gestores tanto dos DS como do NC; eles discutem sobre esse sistema de vigilância entre si e consideram sua implantação importante para a redução da morbimortalidade por violência no município.	
	Participação do controle social na intervenção	Participação do controle social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo	Entrevista com o(a) coordenador(a) do VIVA no NC (Apêndice B: questão 5). Consulta a documentos: atas de reunião do CMS e RAG de 2006 a 2012 (Apêndice D: questões 3 e 4).	Os PMS e PAS (correspondentes ao período do plano) foram construídos com a participação da sociedade, por meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS), e este acompanha a execução do que foi planejado nesses documentos. Esse acompanhamento é feito não apenas por meio da análise do Relatório Anual de Gestão (RAG), mas, também, de reuniões específicas para tratar sobre as ações do VIVA contínuo.	

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONTEXTO ESTRUTURAL				
QUESTÃO NORTEADORA	VARIÁVEL	CATEGORIA	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO (contexto favorável)
As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?	Atributos organizacionais	Coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo	Consulta a documentos: PMS de 2006 a 2009 e 2010 a 2013 (Apêndice D: questão 1); PAS correspondentes ao período dos planos (Apêndice D: questão 2).	Os PMS e PAS (correspondentes ao período do plano) contemplam a violência, principalmente, o VIVA contínuo; e as ações e metas contempladas nesses documentos são coerentes com o que é preconizado para a implantação dessa intervenção.
		Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo	Entrevista com o(a) coordenador(a) do VIVA no NC (Apêndice B: questão 6).	Existe um setor específico para o VIVA contínuo no organograma do NC da SMS e o funcionamento do Núcleo municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde está sob a mesma coordenação do VIVA contínuo.
As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?	Atributos dos gestores	Perfil dos gestores relacionados ao VIVA contínuo	Entrevistas com os responsáveis pela VE nos DS (Apêndice A: questões 7 e 8), coordenador(a) do VIVA no NC (Apêndice B: questões 9 e 11) e diretor(a) da VE no NC (Apêndice C: questão 5).	Gestores possuem formação na área de saúde pública/ epidemiologia e experiência na vigilância epidemiológica de, pelo menos, dois anos. O coordenador do VIVA contínuo no NC possui formação nesse sistema de vigilância e experiência com a violência e o VIVA contínuo. Além disso, os responsáveis pela vigilância epidemiológica nos DS se relacionam bem com o coordenador do VIVA contínuo NC e todos eles se relacionam bem com os seus subordinados (técnicos), superiores e parceiros de outras áreas técnicas, e, ainda, envolvem esses parceiros no desenvolvimento das ações do VIVA contínuo
			Observação direta no NC da SMS (coordenação do VIVA) e setor de VE no DS (Apêndice E: questão 1).	
As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?	Atributos do ambiente	Permanência de gestores e de técnicos relacionados ao VIVA contínuo	Entrevistas com os responsáveis pela VE nos DS (Apêndice A: questão 6), coordenador(a) do VIVA no NC. (Apêndice B: questão 10) e diretor(a) da VE no NC (Apêndice C: questão 6).	Não há troca frequente (pelo menos dois anos e meio) do responsável pela vigilância epidemiológica nos DS, do coordenador do VIVA contínuo, do diretor de vigilância epidemiológica no NC; nem de técnicos relacionados ao VIVA contínuo nos DS e NC da SMS.
		Localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	Observação direta no setor responsável pelo VIVA contínuo NC e nos DS (Apêndice E: questões 2 e 3).	As condições do ambiente de trabalho dos gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo no NC e nos DS favorecem o bom desempenho de suas atividades com essa vigilância: a sala é climatizada e iluminada, os móveis são em quantidade suficiente e conservados, os equipamentos estão bem conservados e funcionando. Além disso, a localização desse ambiente favorece a interação entre os técnicos e gestores do VIVA contínuo e entre estes e gestores de outras áreas técnicas mais diretamente relacionadas à intervenção (atenção primária, saúde da mulher, da criança e do adolescente, do idoso, do homem e da pessoa com deficiência), no sentido de os locais de trabalho funcionarem no mesmo prédio e as salas serem próximas.

Fonte: elaborado pela autora.

5.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados, entre abril e setembro de 2013, pela pesquisadora principal e por dois auxiliares de pesquisa (previamente treinados). Esses auxiliares foram contratados para realizar as entrevistas estruturadas com os profissionais de parte das US.

Yin (2010) aconselha que o desenho de estudo de caso deve contar com diferentes fontes, técnicas de coleta e de análise de dados (triangulação metodológica). Isso fortalece a validade do constructo e a validade interna da pesquisa. Nesse sentido, foram coletados dados quantitativos e qualitativos, primários e secundários, de diferentes fontes, por meio de entrevista com informantes chave, consulta a documentos e ao Sinan, e observação direta.

Para facilitar a compreensão de como foi realizada a coleta dos dados, foi elaborado o **quadro 4**, apresentado após o item 5.4.3.

5.4.1 Entrevistas

De acordo com Tobar e Yalour (2001), a entrevista trata-se de um encontro no qual o pesquisador pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações. Nesta pesquisa foram realizadas entrevistas com informantes chave das três unidades de análise. Para Tobar e Yalour (2001), o informante-chave é a pessoa que possui conhecimento especial sobre determinada área para compartilhar com o entrevistador.

Na primeira unidade de análise (US), foi entrevistado o coordenador do setor de VE e, quando não havia esse setor (nos casos de algumas policlínicas, UPA e hospitais), entrevistou-se o profissional indicado pelo diretor da US. Quando se tratava de USF, não foi solicitada essa indicação, uma vez que a sua estrutura organizacional era diferente, não havendo um diretor. Portanto, nas USF foram entrevistados médicos ou enfermeiros, a depender da disponibilidade desses profissionais para participar da pesquisa.

Com os informantes da primeira unidade de análise utilizou-se a técnica da entrevista estruturada, que implica em o entrevistador fazer exatamente as mesmas perguntas a cada informante. Essa técnica produz dados numéricos e quantificáveis (TOBAR; YALOUR, 2001).

Os questionários utilizados para as entrevistas nas US sem setor de VE (**Anexo C**) e com esse setor (**Anexo D**) contemplaram variáveis de estrutura e de processo do VIVA contínuo.

Nos DS, o informante-chave foi o supervisor da VE e, no NC da SMS, foram o diretor da VS e o coordenador do VIVA contínuo. Para a entrevista do supervisor da VE dos DS e do coordenador do VIVA contínuo do NC da SMS foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. Um deles contemplava variáveis de estrutura e de processo (**Anexo E** para DS e **Anexo F** para NC da SMS), e outro incluía variáveis relacionadas ao contexto de implantação do VIVA contínuo (**Apêndice A** para DS e **Apêndice B** para NC da SMS). A entrevista com o diretor da VS do NC da SMS contemplou apenas variáveis relacionadas ao contexto de implantação do VIVA contínuo (**Apêndice C**).

Dessa forma, nos DS e no NC foram usadas as técnicas da entrevista estruturada e semiestruturada. Segundo Tobar e Yalour (2001), a entrevista semiestruturada consta de uma relação de perguntas ou temas que precisam ser abordados, mas não necessariamente obedecendo à mesma ordem. Além disso, o entrevistador tem liberdade para encontrar e seguir novas pistas durante a entrevista, mas focado nos objetivos do roteiro da mesma.

Os questionários estruturados foram elaborados por Lima (2014), a partir dos indicadores da matriz de análise e julgamento (**Anexo B**), e eram compostos por questões que possibilitaram detectar a estrutura disponível para o desenvolvimento das ações do VIVA contínuo e as atividades realizadas.

Os roteiros semiestruturados foram elaborados especificamente para esta pesquisa e contemplaram questões referentes ao contexto político e contingente de implantação desse sistema de vigilância.

Além das questões formuladas, a pesquisadora deu oportunidade às pessoas entrevistadas acrescentarem mais informações que julgassem necessárias.

As entrevistas que abordaram o contexto de implantação do VIVA contínuo foram gravadas por um aparelho de gravação de voz digital para, posteriormente, serem transcritas e analisadas.

5.4.2 Consulta a Documentos e ao Sinan

Além das entrevistas, foram consultados os PMS do Recife (2006-2009 e 2010-2013), RAG e atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS do Recife dos anos de 2006 a 2012. Em decorrência de acesso às PAS dos referidos anos, esses documentos não foram consultados. Segundo Gil (1994), os documentos escritos são fontes de informações tão importantes quanto as respostas obtidas por meio de entrevistas.

A opção por estudar os documentos do período de 2006 a 2012 (período de referência do estudo) teve como objetivo contemplar questões do contexto desde o ano de início da implantação do VIVA contínuo nacionalmente até o ano anterior ao da coleta dos dados.

Os dados provenientes da consulta aos referidos documentos foram coletados por meio de roteiro (**Apêndice D**).

Consultaram-se, também, dados relativos ao ano de 2012 do módulo de violência do Sinan, da Secretaria de Saúde do Recife. O objetivo dessa consulta foi identificar as US que notificavam casos suspeitos ou confirmados de violência para confrontar com a informação obtida nas entrevistas com os profissionais. Essa informação compôs um dos indicadores estudados para determinar o GI do VIVA contínuo.

Como estratégia para proteção do profissional de saúde, no Recife, na ficha de notificação de violência e no Sinan, pode ser registrada como fonte notificadora a Secretaria de Saúde do Recife e não a US. Desse modo, quando o profissional relatava que na US era realizada a notificação foi considerada essa informação. Contudo, quando referia o inverso, mas constava no Sinan alguma notificação, foi considerado que a notificação era realizada, uma vez que o entrevistado podia desconhecer que outro profissional da sua US notificava.

5.4.3 Observação Direta

A última técnica de coleta de dados utilizada no estudo foi a de observação direta, que consiste em olhar em determinadas direções com uma atitude investigativa (TOBAR; YALOUR, 2001). Segundo Beaud e Weber (2007), a observação é uma ferramenta de descoberta e de verificação que envolve três atividades inter-relacionadas: a de percepção, de memorização e de anotação. A observação, que pode ser feita na ocasião da entrevista, é uma vigilância aguçada por informações exteriores que geralmente se baseia em um roteiro de observação. Contudo, esses autores afirmam que essa técnica não se restringe a um roteiro padronizado, uma vez que envolve, também, o exercício da capacidade para notar detalhes, extrapolando o roteiro preestabelecido.

A utilização da técnica da observação visou a complementar e confrontar dados obtidos por meio das entrevistas com informantes chave com a observação e percepção da pesquisadora em relação a dois cenários de coleta de dados (DS e NC da SMS). O instrumento de coleta utilizado para a observação direta foi o roteiro de observação (**Apêndice E**).

Quadro 4 – Síntese das técnicas e instrumentos de coleta e das fontes de dados utilizados por unidade de análise e etapa da análise de implantação

Unidade de Análise	Técnica de Coleta	Fonte de Informação	Instrumento de Coleta	Etapa da análise de implantação
Unidade de Saúde	Entrevista estruturada	Informante-chave da US sem setor de V.E indicado pelo diretor ou médico/enfermeiro, quando USF	Questionário estruturado (Anexo C)	Determinação do GI
		Informante-chave da US com setor de V.E (coordenador do setor de V.E)	Questionário estruturado (Anexo D)	
	Consulta ao Sinan	Sinan, módulo violência	—————	
Distrito Sanitário	Entrevista estruturada	Informante-chave (supervisor da V.E)	Questionário estruturado (Anexo E)	Determinação do GI
	Entrevista semiestruturada		Roteiro semiestruturado de entrevista (Apêndice A)	Estudo do contexto de implantação
	Observação direta	Observação do local de trabalho	Roteiro de observação (Apêndice E)	Determinação do GI e estudo do contexto
Nível Central da SMS	Entrevista estruturada	Informante-chave (coordenador do VIVA contínuo)	Questionário estruturado (Anexo F)	Determinação do GI
	Entrevista semiestruturada	Informantes-chave (coordenador do VIVA contínuo e diretor da VS)	Roteiros semiestruturados de entrevista (Apêndices B e C)	Estudo do contexto
	Observação direta	Observação do local de trabalho	Roteiro de observação (Apêndice E)	Determinação do GI e estudo do contexto
Dimensão Unitária	Consulta a documentos	PMS (2006-2009 e 2010-2013)	Roteiro de consulta (Apêndice D)	Estudo do contexto
		RAG (2006 a 2012)		
		Atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS (2006 a 2012)		

Fonte: elaborado pela autora.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita utilizando-se a estratégia da triangulação de métodos quantitativos (estatística descritiva) e qualitativos (análise de conteúdo). Portanto, foi feita a convergência de evidências de natureza quantitativa e qualitativa, tornando a pesquisa mais robusta, conforme recomendação de Yin (2010). A seguir foi descrita a forma de análise dos dados segundo cada objetivo específico da pesquisa.

5.5.1 Grau de Implantação

O GI do VIVA contínuo foi determinado a partir da análise das variáveis de estrutura e de processo desse sistema de vigilância. Considerando que a primeira unidade de análise se subdividia, foi estimado o GI também para cada nível de complexidade da atenção à saúde (subunidades de análise).

A análise das referidas variáveis foi feita a partir dos valores obtidos nos indicadores que compunham as dimensões “estrutura” e “processo” da matriz de análise e julgamento (**Anexo B**). Nessa matriz, além de constarem as variáveis de estrutura e de processo, constam os indicadores, fontes de verificação, parâmetros e pontos de corte adotados para a mensuração de cada indicador. Um ou um conjunto de indicadores compunham as variáveis e os subcomponentes que, por sua vez, se agrupavam em componentes e, por fim, em dimensões.

O número de indicadores variava por unidade de análise, mas, em todas elas, o escore máximo esperado para cada indicador por entrevistado foi de 1,0 (um). A pontuação máxima esperada por variável, subcomponente, componente, e dimensão dependia do número de indicadores contemplados em cada um desses aspectos. No caso da primeira unidade de análise, na qual as US por nível de complexidade e no total foram somadas, dependia, também, do número de US que compunham cada DS. Dependia, ainda, do número de US que possuíam setor de VE (para as que possuíam esse setor, o número de indicadores era maior).

Na segunda unidade de análise, quando se tratava de um DS somente, a pontuação máxima esperada era 1,0 (um) para cada indicador e no consolidado dos DS era 6,0 (seis). No caso do NC, a pontuação máxima esperada por indicador foi 1,0 (um).

Quando o participante da pesquisa não sabia responder à questão; quando informava que não realizava determinada ação porque nunca houve necessidade, mas se houvesse o faria (ex: nunca notificou nem encaminhou um caso de violência, porque nunca houve caso); ou quando não sabia informar a periodicidade da atividade e esta era exigida no parâmetro de análise, o indicador foi anulado.

Considerando que o número de US divergia bastante por DS, para fins de comparação, optou-se por apresentar a pontuação obtida em percentual. O cálculo desse percentual para cada indicador, variável, subcomponente, componente e dimensão em todas as unidades e subunidades de análise foi obtido pela relação entre o somatório da pontuação observada e o somatório da pontuação esperada multiplicada por 100, sendo 100,0% o percentual máximo esperado.

O exemplo abaixo ilustra a forma de cálculo da pontuação, em percentual, de um indicador do subcomponente “articulação intra e intersetorial”, no consolidado dos DS (**Figura 5**).

Figura 5 - Exemplo ilustrativo da forma de cálculo de um indicador

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS						
				DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DS VI	Total
Processo	Gestão do VIVA	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	—	—	1	1	N	—	2

Considerando que o DS V anulou o indicador, a pontuação esperada para o consolidado dos DS passou a ser cinco (um por DS), se obteve dois pontos (DS III e IV pontuaram um), o percentual obtido em relação ao esperado foi de 40,0% (2 / 5 x 100). Portanto, no quadro, os resultados foram apresentados da seguinte forma:

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS (%)						
				DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DS VI	Total
Processo	Gestão do VIVA	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	—	—	100,0	100,0	N	—	40,0

Fonte: elaborado pela autora.

O GI foi estabelecido de forma ponderada, por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação do VIVA contínuo. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para a dimensão processo. Assim, o GI de cada unidade e subunidade de análise foi obtido da seguinte forma:

$$GI = \frac{\sum E^1 \cdot \sum P^1 / \sum E^2 \cdot \sum P^2}{\sum E^1 \cdot \sum P^1 / \sum E^2 \cdot \sum P^2} * 100$$

Onde, $\sum E^1$ = Somatório das pontuações observadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; $\sum P^1$ = Somatório das pontuações observadas nos indicadores que compunham a dimensão processo; $\sum E^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e $\sum P^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo.

Na dimensão unitária (município do Recife), os percentuais das variáveis, subcomponentes, componentes e das dimensões e o GI do VIVA contínuo foram obtidos a partir da soma da pontuação dos consolidados das US e dos DS e do NC, assim:

$$\text{GI Dimensão Unitária} = \frac{\sum E^1}{\sum E^2} * 100$$

Onde, $\sum E^1$ = Somatório das pontuações observadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura no consolidado das US, dos DS e do NC; $\sum P^1$ = Somatório das pontuações observadas nos indicadores que compunham a dimensão processo no consolidado das US, dos DS e do NC; $\sum E^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura no consolidado das US, dos DS e do NC; e $\sum P^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo no consolidado das US, dos DS e do NC.

Para o julgamento de valor do GI do VIVA contínuo consideraram-se os seguintes pontos de corte: $\leq 25,0\%$ - não implantado; de 25,1% a 50,0% - implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% - parcialmente implantado; e $\geq 75,1\%$ - implantado.

Desse modo, para a análise dos dados quantitativos, advindos das entrevistas estruturadas, consulta a documentos e ao Sinan, e da observação direta, foi utilizada a estatística descritiva.

Antes de serem analisados, os questionários preenchidos foram revisados para identificar possíveis lacunas e/ou incoerências nos dados coletados. Após esta revisão, foi construído um banco de dados no Excel, com dupla entrada de dados para checar possíveis erros de digitação. A análise estatística também foi feita no Excel.

5.5.2 Contexto de Implantação

Para avaliar o contexto de implantação do VIVA contínuo realizou-se a análise do conteúdo, baseada em Bardin (2011), a partir de dados provenientes da consulta aos documentos e das entrevistas semiestruturadas. De acordo com Bardin, a análise do conteúdo corresponde a:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

A técnica de análise do conteúdo utilizada foi a de análise temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e classificá-los em categorias

temáticas, podendo analisar a sua frequência (BARDIN, 2011). Para identificar os núcleos de sentido e classificá-los em categorias, realizou-se a transcrição das entrevistas semiestruturadas. Após transcritos, os textos foram lidos, simultaneamente à escuta dos arquivos de áudio, para que fossem identificadas possíveis falhas de transcrição e para facilitar a identificação dos núcleos de sentido.

Os parâmetros adotados para a seleção das categorias temáticas e julgamento do contexto organizacional de implantação constam no **quadro 3**, anteriormente apresentado. Esses parâmetros foram estabelecidos de acordo com as variáveis do modelo político e contingente de análise da implantação das intervenções e das perguntas norteadoras sugeridas por Denis e Champagne (1997).

O contexto organizacional foi classificado em “favorável” e “desfavorável” em relação à implantação do VIVA contínuo nos DS, NC e dimensão unitária. Para tanto, procedeu-se da seguinte maneira:

- a) Analisou-se, em cada DS e NC, as categorias temáticas individualmente, considerando o parâmetro de análise estabelecido no **quadro 3**. Tendo em vista que dentro de um mesmo parâmetro era possível o DS ou NC atender somente a parte dele, este foi decomposto. Foi analisada cada parte do parâmetro para se chegar à conclusão sobre a classificação da categoria temática. O resultado da análise das partes foi apresentado como positivo (+, quando favorável) ou negativo (-, quando desfavorável). Concluiu-se que o contexto da categoria temática era favorável quando o número de positivos era maior que o de negativos. Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento de importância para a implantação do VIVA contínuo. Se as partes mais relevantes foram negativas, o contexto representado pela categoria temática foi considerado desfavorável. Salienta-se que as contradições, identificadas entre os relatos dos entrevistados, ou entre o relato e a análise dos documentos ou a observação direta, foram consideradas desfavoráveis. E, ainda, que os aspectos não informados (por não terem sido abordados na entrevista ou porque o entrevistado mencionou não saber informar) foram desconsiderados na análise (anulados). Essa situação não se aplicou apenas quando o entrevistado referiu não saber se tinha havido algum investimento para a implantação do VIVA contínuo. O fato dele desconhecer essa questão foi considerado desfavorável;
- b) Ainda no âmbito de cada DS e NC, após a classificação do contexto por categoria temática, procedeu-se à classificação por grupo de variáveis contextuais (políticas e estruturais). Foi calculada a relação entre o somatório de categorias favoráveis e o

total de categorias do grupo, multiplicado por 100. O contexto foi considerado favorável quando o percentual era maior que 50,0%;

- c) Em seguida, procedeu-se à classificação final do contexto. Para isso, atribuiu-se peso seis para o grupo de variáveis políticas e quatro para o de variáveis estruturais, uma vez que, de acordo com o modelo de Denis e Champagne (1997), o contexto político é mais influente que o estrutural na implantação de uma intervenção. Concluiu-se que o contexto final em cada DS e NC era favorável quando o percentual era maior que 50,0%;
- d) A classificação do contexto no consolidado dos DS e na dimensão unitária (município do Recife) foi estabelecida da mesma maneira, porém, a partir da soma, respectivamente, dos seis DS, e do consolidado dos DS e NC. No caso da dimensão unitária, também foram consideradas duas categorias temáticas que dizem respeito tanto aos DS como ao NC da SMS. São elas: “participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo” (contexto político) e “coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo” (contexto estrutural).

5.5.3 Influência do Contexto sobre o Grau de Implantação

Considerando que a análise de implantação realizada foi do tipo 1b, a variável GI foi posta em relação com as variáveis contextuais do meio de implantação (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Desse modo, em cada DS, NC e dimensão unitária foi feito o confronto entre a classificação do GI e do contexto organizacional político e contingente encontrada. Nesse confronto, foram identificadas as unidades de análise (DS e NC) que possuíam classificações semelhantes quanto ao GI e contexto final. Em seguida, foram identificadas as categorias temáticas que eram comuns e as que eram discordantes nas unidades de análise com perfis semelhantes.

Além das variáveis relacionadas ao contexto político e contingente, durante as entrevistas, os profissionais das US e os responsáveis pela VE dos DS relataram algumas dificuldades para a implantação do VIVA contínuo. Esses aspectos também foram analisados e utilizados como elementos para a discussão, uma vez que provavelmente contribuem para a situação da implantação da intervenção encontrada no município. A análise desses aspectos foi feita por meio de distribuição de frequência simples e relativa, tendo sido apresentadas as dificuldades de maior frequência.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e aprovada, conforme parecer nº 20/2012 (**Anexo G**).

As entrevistas foram feitas mediante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice F**). Elas foram agendadas previamente, conforme disponibilidade dos profissionais, de modo a não atrapalhar a rotina dos serviços de saúde.

Ao término da pesquisa, os resultados serão disponibilizados para as Secretarias de Saúde do Recife e de Pernambuco e para o Ministério da Saúde, para que possam subsidiar a melhoria na implementação da VIVA contínuo nos municípios brasileiros, especialmente no estudado.

Dessa maneira, o presente estudo atende aos requisitos preestabelecidos na resolução 196, de 10 de Outubro de 1996, do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência.

6 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em três blocos: o primeiro referiu-se ao GI do VIVA contínuo; o segundo descreveu o contexto de implantação dessa vigilância; e o último abordou a relação entre o contexto e o GI. Antes desses blocos, foi apresentada a distribuição dos entrevistados por unidade de análise.

6.1 DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR UNIDADE DE ANÁLISE

Foram entrevistados 153 profissionais: 145 nas US sendo, necessariamente, médicos ou enfermeiros nas USF; seis coordenadores de VE, nos DS; o coordenador da área técnica responsável pelo VIVA contínuo e o diretor da VS, no NC da SMS.

Em relação às US, houve a tentativa de se estudarem todas as US descritas nos procedimentos metodológicos, contudo os profissionais de quatro USF (duas no DS I, uma no DS IV e uma no DS VI) se recusaram a participar da pesquisa e uma policlínica do DS V foi excluída, porque a profissional responsável pelo setor de epidemiologia estava de licença e a que foi entrevistada não sabia informar a maioria das questões (**Quadro 5**).

Quadro 5 – Distribuição das unidades de saúde estudadas por nível de complexidade, tipo de unidade e distrito sanitário

Nível de complexidade de atenção à saúde	Tipo de unidade de saúde	Nº de unidades de saúde						
		DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DS VI	TOTAL
Atenção Básica	Unidade de Saúde da Família	8	19	23	19	15	33	117
Média Complexidade	Policlínica/Maternidade ^{1,2}	3	2	3	1	1	2	12
	UPA	---	---	1	2	---	2	5
	Hospital	---	---	2	---	2	---	4
Alta Complexidade	Hospital	---	---	3	2	2	---	7
TOTAL		11	21	32	24	20	37	145

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: ¹ Na Policlínica Lessa de Andrade (DS IV) funciona um serviço de assistência social de referência para violência, que trabalha em parceria com a unidade e inclusive utiliza o seu número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) quando notifica os casos de violência, por esse motivo, esse serviço substituiu a referida policlínica.

² Existem maternidades nos DS III, V e VI. As dos DS III e VI também são policlínicas, portanto, nesses dois casos a entrevista foi feita com o profissional da policlínica, que respondeu também pela maternidade.

6.2 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO VIVA CONTÍNUO

O GI do VIVA contínuo foi apresentado no conjunto das US e em cada nível de complexidade da atenção à saúde por DS. Esse grau também foi apresentado em cada DS e no conjunto deles; no NC da SMS e, por fim, na dimensão unitária (município do Recife). Para todas as unidades e subunidades de análise foram citados os indicadores de maior destaque.

6.2.1 Grau de Implantação do VIVA Contínuo nas Unidades de Saúde em Geral

O GI do VIVA contínuo no consolidado das US do Recife foi de 41,6%, variando de 29,6% (DS II) a 59,8% (DS V). Para a dimensão estrutura a pontuação percentual foi de 43,6%, variando entre 33,5% (DS II) e 59,6% (DS V). Nessa dimensão, a variável “espaço físico” (100,0%), “materiais permanentes” (84,6%) e “recursos humanos” (84,1%) se destacaram positivamente. Dessas, as US dos DS II e VI atingiram menos de 75,1% da pontuação na variável “materiais permanentes” (respectivamente 66,7% e 33,3%). As US desses DS não possuíam computador com os requisitos necessários ao adequado desenvolvimento das ações do VIVA contínuo e as do DS VI, além do computador, não possuíam telefone disponível (**Quadros 6 e 7**).

A variável com maior destaque negativo foi a de “normatização do VIVA” (8,6%), seguida de “insumos e materiais de expediente e educativos” (36,4%). Na de “insumos e materiais de expediente e educativos” apenas as US do DS V obtiveram percentual maior que 50,0% (52,4%). No total das US de todos os DS, verificou-se que o melhor indicador dessa variável foi a existência de material de consumo (60,0%) e o pior, a existência de matriz de indicadores (7,7%), presente somente em algumas US do DS V. Ainda em relação à variável “insumos e materiais de expediente e educativos”, observou-se que nenhuma US do DS I possuía instrutivo de preenchimento da ficha de notificação e nenhuma dos DS II e VI possuía instrutivo de análise crítica dos dados. Na variável “normatização do VIVA”, os percentuais variaram de 2,4% (DS II) a 22,2% (DS V). Nenhuma US do DS II possuía lei/portaria sobre o VIVA disponível (**Quadro 6**).

No que se refere à análise da dimensão processo, verificou-se que a pontuação percentual foi de 40,3%, variando entre 27,2% (DS II) e 59,9% (DS V). O único componente que se destacou positivamente foi o de “orientações e encaminhamentos” (75,3%). Nesse componente, verificou-se que do conjunto das US de todos os DS, as dos DS II, III e VI obtiveram menos de 75,1% da pontuação (57,9%, 69,9% e 71,9%, respectivamente). Apenas

as do DS I encaminhavam e orientavam todos os casos de violência contra criança, adolescente, mulheres e idosos (100,0%). Nas US dos demais DS, o percentual obtido no encaminhamento de crianças e adolescentes é o maior, seguido do de mulher e de idosos, nessa ordem, exceto nos DS IV e VI, nos quais o percentual de orientações e encaminhamentos de mulheres superou o de crianças e adolescentes (**Quadro 7**).

O pior componente da dimensão processo foi o de “produção e disseminação da informação” (25,3%). No componente “gestão do VIVA”, os percentuais obtidos no conjunto das US por DS variaram entre 12,9% (DS III) e 61,9% (DS V). A pontuação obtida atingiu mais de 50,0% somente no subcomponente de “articulação intra e intersetorial” no DS V, cujo percentual da execução de medidas de prevenção da violência e promoção da cultura de paz foi de 64,7%. No subcomponente “monitoramento e avaliação”, verificou-se que as US dos DS II e VI não realizavam monitoramento ou realizavam com periodicidade superior a um ano (**Quadro 7**).

No componente “produção e disseminação da informação”, o melhor subcomponente foi o de “notificação, busca ativa e investigação” (30,4%), que variou entre 15,9% (DS II) e 56,7% (DS V). O pior indicador desse subcomponente foi o referente à realização de investigação dos casos (19,3%). O pior subcomponente foi o de “disseminação da informação” (16,7%), variando de zero (DS I, onde nenhuma US realizava campanhas sobre prevenção da violência há pelo menos dois anos) a 24,3% (DS VI). As US do DS I também não realizavam crítica do preenchimento das fichas (subcomponente “processamento e análise dos dados”) (**Quadro 7**).

Quadro 6 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde do Recife por distrito sanitário

VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO DO TOTAL DAS UNIDADES DE SAÚDE (%)						
		DS I N=11	DS II N=21	DS III N=32	DS IV N=24	DS V N=20	DS VI N=37	Total N=145
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	81,8	76,2	78,1	91,7	95,0	83,8	84,1
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	81,8	76,2	78,1	91,7	95,0	83,8	84,1
Total da variável		81,8	76,2	78,1	91,7	95,0	83,8	84,1
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	55,0	35,0	54,7	68,8	73,7	25,0	49,3
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	—	9,5	29,0	29,2	44,4	16,2	22,5
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	NA	—	20,0	100,0	50,0	—	38,5
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	NA	—	—	—	25,0	—	7,7
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	59,1	2,4	4,7	12,5	32,5	13,2	15,8
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	59,1	59,5	59,4	58,3	65,0	59,5	60,0
Total da variável		43,0	25,9	35,0	42,5	52,4	28,4	36,4
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	NA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total da variável		NA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	NA	—	60,0	100,0	75,0	—	61,5
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	NA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	NA	100,0	100,0	100,0	100,0	—	92,3
Total da variável		NA	66,7	86,7	100,0	91,7	33,3	84,6
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	9,1	—	15,6	8,3	35,3	5,6	11,3
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	9,1	4,8	3,2	4,5	10,5	5,9	5,8
Total da variável		9,1	2,4	9,5	6,5	22,2	5,7	8,6
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		44,3	33,5	43,0	48,3	59,6	37,2	43,6

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 7 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde do Recife por distrito sanitário

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DO TOTAL DAS UNIDADES DE SAÚDE (%)							
			DS I N=11	DS II N=21	DS III N=32	DS IV N=24	DS V N=20	DS VI N=37	Total N=145	
Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Periodicidade do monitoramento realizado	NA	___	20,0	50,0	50,0	___	30,8	
	Total do subcomponente		NA	___	20,0	50,0	50,0	___	30,8	
	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	15,0	19,0	11,7	25,0	64,7	34,5	27,5	
	Total do subcomponente		15,0	19,0	11,7	25,0	64,7	34,5	27,5	
Total do componente			15,0	18,2	12,9	26,9	61,9	33,3	27,8	
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US	9,1	28,6	37,5	50,0	45,0	19,4	32,6	
		Busca ativa realizada	54,5	14,3	28,1	29,2	80,0	43,2	39,3	
		Investigação de casos realizada	9,1	4,8	25,0	20,8	45,0	10,8	19,3	
	Total do subcomponente		24,2	15,9	30,2	33,3	56,7	24,5	30,4	
	Processamento e análise dos dados	Crítica do preenchimento da ficha de notificação/investigação		___	4,8	15,6	33,3	40,0	13,5	18,6
			Total do subcomponente		___	4,8	15,6	33,3	40,0	13,5
	Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano		___	9,5	15,6	16,7	21,1	24,3	16,7
Total do subcomponente			___	9,5	15,6	16,7	21,1	24,3	16,7	
Total do componente			14,5	12,4	24,4	30,0	46,5	22,3	25,3	
Orientações e Encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	100,0	68,4	72,0	90,5	92,9	75,0	80,0	
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	100,0	72,2	76,8	85,7	93,8	72,7	80,4	
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	100,0	35,0	60,0	70,6	83,3	67,7	64,9	
Total do componente			100,0	57,9	69,9	83,1	90,5	71,9	75,3	
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			39,7	27,2	35,9	44,9	59,9	38,7	40,3	
GI			41,4	29,6	38,8	46,2	59,8	38,1	41,6	

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

6.2.2 Grau de Implantação do VIVA Contínuo por Nível de Complexidade das Unidades de Saúde

Comparando-se as US de diferentes níveis de atenção à saúde, observou-se que no total dos DS o GI do VIVA contínuo foi maior nas US de AC (66,5%, com variação entre 64,1% (DS III) e 68,2% (DS IV)), seguido das de MC (51,8%, variando entre 36,0% (DS I) e 76,2% (DS V)) e de AB (37,6%, menor no DS II (27,7%) e maior no DS V (53,9%)). Exceção ocorreu no DS I, onde o GI maior foi o das US da AB (43,6%), e no DS V, no qual o maior grau foi obtido nas unidades de MC (76,2%), seguido de AC (68,1%) e AB (53,9%). Esse comportamento também se manteve na análise das dimensões estrutura e processo. O percentual das dimensões estrutura e processo no consolidado dos DS, respectivamente, foi 1,9 e 1,6 vez maior nas unidades de AC quando comparado aos das unidades de AB (**Quadros 8 a 13**).

Na dimensão estrutura, para todas as variáveis, excluindo-se a “espaço físico”, que obteve 100,0% já no consolidado das US de todos os níveis, a pontuação percentual apresentada foi menor nas unidades de AB e maior nas de AC, quando comparado o total de cada nível de atenção entre si e também em relação ao consolidado das US de todos os níveis. Quanto ao total das unidades de MC, a pontuação proporcional foi mais alta que a do consolidado das US em todas as variáveis, exceto “materiais permanentes”. Nesta variável, a proporção foi de 72,2% no total das unidades de MC e de 84,6% no consolidado das US (**Quadros 6, 8, 10 e 12**).

Na dimensão processo, observou-se que as unidades de AB apresentaram menores percentuais em relação aos demais níveis de complexidade e ao consolidado das US em todos os componentes e subcomponentes, exceto no componente “gestão do VIVA” e no subcomponente “disseminação da informação” (do componente “produção e disseminação da informação”). Nos referidos componente e subcomponente, as unidades da AB apresentaram maiores percentuais e foram seguidas pelas unidades de MC e de AC, nessa ordem (respectivamente, 31,0%, 22,0% e 14,3% para o componente “gestão do VIVA”, e 17,9%, 15,0% e zero para o subcomponente “disseminação da informação”) (**Quadros 7, 9, 11 e 13**).

Nos demais componentes e subcomponentes da dimensão processo, os percentuais obtidos foram maiores nas unidades de AC, seguidas das de MC e de AB, exceto no subcomponente “monitoramento e avaliação” (do componente “gestão do VIVA”). Nesse subcomponente o percentual obtido nas unidades de MC (50,0%) superou o das unidades de AC (14,3%) e do consolidado das US (30,8%) (**Quadros 7, 9, 11 e 13**).

Quadro 8 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde de atenção básica do Recife por distrito sanitário

VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA (%)						
		DS I N=8	DS II N=19	DS III N=23	DS IV N=19	DS V N=15	DS VI N=33	Total N=117
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	75,0	73,7	78,3	89,5	93,3	84,8	82,9
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	75,0	73,7	78,3	89,5	93,3	84,8	82,9
Total da variável		75,0	73,7	78,3	89,5	93,3	84,8	82,9
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	78,6	27,8	45,7	60,5	64,3	18,8	42,0
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	—	10,5	13,6	15,8	46,2	9,1	14,9
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	62,5	2,6	4,3	7,9	43,3	5,0	14,0
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	62,5	55,3	50,0	47,4	60,0	57,6	54,7
Total da variável		50,0	24,0	28,6	32,9	53,5	23,0	31,6
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Total da variável		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Total da variável		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	12,5	—	—	5,3	25,0	6,1	6,1
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	12,5	5,3	4,5	—	7,1	6,5	5,4
Total da variável		12,5	2,6	2,2	2,8	15,4	6,3	5,8
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		46,8	31,1	34,6	40,0	55,3	34,7	38,3

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 9 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde de atenção básica do Recife por distrito sanitário

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA (%)							
			DS I N=8	DS II N=19	DS III N=23	DS IV N=19	DS V N=15	DS VI N=33	Total N=117	
Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Periodicidade do monitoramento realizado	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	Total do subcomponente							NA	NA	NA
	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	14,3	21,1	11,9	31,6	75,0	37,0	31,0	
Total do subcomponente			14,3	21,1	11,9	31,6	75,0	37,0	31,0	
Total do componente			14,3	21,1	11,9	31,6	75,0	37,0	31,0	
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US	12,5	26,3	26,1	36,8	26,7	12,5	23,3	
		Busca ativa realizada	75,0	10,5	21,7	31,6	80,0	45,5	39,3	
		Investigação de casos realizada	12,5	5,3	17,4	15,8	26,7	9,1	13,7	
	Total do subcomponente			33,3	14,0	21,7	28,1	44,4	22,4	25,4
	Processamento e análise dos dados	Crítica do preenchimento da ficha de notificação/investigação	—	—	4,3	26,3	20,0	9,1	10,3	
	Total do subcomponente			—	—	4,3	26,3	20,0	9,1	10,3
Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	—	5,3	17,4	21,1	26,7	24,2	17,9		
Total do subcomponente			—	5,3	17,4	21,1	26,7	24,2	17,9	
Total do componente			20,0	9,5	17,4	26,3	36,0	20,1	20,9	
Orientações e Encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	100,0	66,7	70,0	88,2	90,0	72,4	77,0	
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	100,0	70,6	73,8	82,4	90,9	70,0	77,0	
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	100,0	31,6	55,0	64,3	77,8	64,3	59,4	
Total do componente			100,0	55,6	66,4	72,2	86,7	69,0	71,3	
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			41,5	25,6	32,0	42,6	53,0	37,1	37,2	
GI			43,6	27,7	33,0	41,6	53,9	36,1	37,6	

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 10 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde de média complexidade do Recife por distrito sanitário

VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE (%)						
		DS I N=3	DS II N=2	DS III N=6	DS IV N=3	DS V N=3	DS VI N=4	Total N=21
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	75,0	85,7
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	75,0	85,7
Total da variável		100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	75,0	85,7
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	—	100,0	66,7	100,0	100,0	75,0	71,4
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	—	—	50,0	66,7	33,3	75,0	42,9
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	NA	—	—	NA	50,0	—	16,7
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	NA	—	—	NA	25,0	—	8,3
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	50,0	—	8,3	33,3	—	75,0	28,6
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	50,0	100,0	75,0	100,0	66,7	75,0	76,2
Total da variável		25,0	40,0	42,9	75,0	46,9	66,7	49,5
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	NA	100,0	100,0	NA	100,0	100,0	100,0
Total da variável		NA	100,0	100,0	NA	100,0	100,0	100,0
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	NA	—	—	NA	100,0	—	33,3
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	NA	100,0	100,0	NA	100,0	100,0	100,0
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	NA	100,0	100,0	NA	100,0	—	83,3
Total da variável		NA	66,7	66,7	NA	100,0	33,3	72,2
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	—	—	50,0	33,3	66,7	—	30,0
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	—	—	—	—	33,3	—	5,0
Total da variável		—	—	25,0	16,7	50,0	—	17,5
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		37,5	50,0	48,3	66,7	68,1	55,6	54,2

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 11 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde de média complexidade do Recife por distrito sanitário

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE (%)						
			DS I N=3	DS II N=2	DS III N=6	DS IV N=3	DS V N=3	DS VI N=4	Total N=21
Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Periodicidade do monitoramento realizado	NA	___	50,0	NA	100,0	___	50,0
		Total do subcomponente	NA	___	50,0	NA	100,0	___	50,0
	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	16,7	___	16,7	___	33,3	___	13,2
		Total do subcomponente	16,7	___	16,7	___	33,3	___	13,2
Total do componente			16,7	___	25,0	___	60,0	___	22,0
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US	___	50,0	50,0	100,0	100,0	75,0	61,9
		Busca ativa realizada	___	50,0	33,3	___	100,0	25,0	33,3
		Investigação de casos realizada	___	___	33,3	33,3	100,0	25,0	33,3
		Total do subcomponente	___	33,3	38,9	44,4	100,0	41,6	42,9
	Processamento e análise dos dados	Crítica do preenchimento da ficha de notificação/investigação	___	50,0	16,7	33,3	100,0	50,0	38,1
		Total do subcomponente	___	50,0	16,7	33,3	100,0	50,0	38,1
	Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	___	50,0	16,7	___	___	25,0	15,0
Total do subcomponente		___	50,0	16,7	___	___	25,0	15,0	
Total do componente			___	40,0	30,0	33,3	85,7	40,0	36,5
Orientações e Encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	93,8
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	94,4
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	92,9
Total do componente			100,0	100,0	76,9	100,0	100,0	100,0	93,8
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			35,2	43,8	41,2	50,0	84,0	53,1	50,0
GI			36,0	46,7	44,3	56,3	76,2	54,2	51,8

Fonte: elaborado pela autora.
Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 12 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nas unidades de saúde de alta complexidade do Recife por distrito sanitário

VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE (%)						
		DS I N=0	DS II N=0	DS III N=3	DS IV N=2	DS V N=2	DS VI N=0	Total N=7
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Total da variável		NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	NA	NA	100,0	100,0	50,0	NA	85,7
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	NA	NA	33,3	100,0	50,0	NA	57,1
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	NA	NA	—	—	25,0	NA	7,1
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	NA	NA	—	25,0	—	NA	7,1
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Total da variável		NA	NA	55,6	70,8	54,2	NA	59,5
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Total da variável		NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	NA	NA	100,0	100,0	50,0	NA	85,7
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Total da variável		NA	NA	100,0	100,0	83,3	NA	95,2
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	NA	NA	66,7	—	50,0	NA	42,9
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	NA	NA	—	50,0	—	NA	14,3
Total da variável		NA	NA	33,4	25,0	25,0	NA	28,6
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		NA	NA	71,4	76,8	66,1	NA	71,4

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 13 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nas unidades de saúde de alta complexidade do Recife por distrito sanitário

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE (%)						
			DS I N=0	DS II N=0	DS III N=3	DS IV N=2	DS V N=2	DS VI N=0	Total N=7
Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Periodicidade do monitoramento realizado	NA	NA	—	50,0	—	NA	14,3
	Total do subcomponente		NA	NA	—	50,0	—	NA	14,3
	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	NA	NA	—	—	50,0	NA	14,3
	Total do subcomponente		NA	NA	—	—	50,0	NA	14,3
Total do componente			NA	NA	—	25,0	25,0	NA	14,3
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
		Busca ativa realizada	NA	NA	66,7	50,0	50,0	NA	57,1
		Investigação de casos realizada	NA	NA	66,7	50,0	100,0	NA	71,4
		Total do subcomponente		NA	NA	77,8	66,7	83,3	NA
	Processamento e análise dos dados	Critica do preenchimento da ficha de notificação/investigação	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
		Total do subcomponente		NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA
	Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	NA	NA	—	—	—	NA	—
Total do subcomponente		NA	NA	—	—	—	NA	—	
Total do componente			NA	NA	66,7	60,0	70,0	NA	65,7
Orientações e Encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
Total do componente			NA	NA	100,0	100,0	100,0	NA	100,0
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			NA	NA	56,0	58,8	70,0	NA	61,3
GI			NA	NA	64,1	68,2	68,1	NA	66,5

Fonte: elaborado pela autora.
Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

6.2.3 Grau de Implantação do VIVA Contínuo nos Distritos Sanitários

Nos DS do Recife, o GI do VIVA contínuo foi de 21,4%, variando de 14,8% (DS II) a 28,7% (DS IV). Para a dimensão estrutura, o percentual foi de 58,3%, variando entre 50,0% (DS V) e 73,3% (DS IV). As variáveis dessa dimensão que mais se destacaram positivamente foram “espaço físico” (100,0%), “materiais permanentes” (94,4%) e “recursos humanos” (83,3%). Observou-se que só não atingiram 100,0% o DS V (66,7%), que não possuía impressora funcionando (zero), na variável “materiais permanentes”; e os DS I, II e IV (66,7% cada), por não possuírem profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20 horas que realizavam ações do VIVA (zero), na variável “recursos humanos” (**Quadros 14 e 15**).

Negativamente, a variável de maior destaque foi “normatização do VIVA” (16,7%), seguida pela variável “insumos e materiais de expediente e educativos” (34,7%). Na variável “normatização do VIVA”, apenas os DS I e IV não apresentaram pontuação proporcional igual zero (50,0% cada DS), por possuírem lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível (100,0%). Em “insumos e materiais de expediente e educativos”, observou-se que existia ficha de notificação em quantidade insuficiente (50,0%) em três DS (I, II e VI); os DS III, V e VI não possuíam instrutivo de preenchimento da ficha (zero); nenhum DS possuía instrutivo para análise crítica dos dados e matriz de indicadores (zero); apenas o DS IV possuía material educativo em quantidade e tipo suficiente (100,0%); e os DS III e IV possuíam materiais de consumo em quantidade suficiente (100,0%) (**Quadro 14**).

Para a dimensão processo, a pontuação percentual foi de 7,1%, variando de zero (DS II) a 15,4% (DS III). Nessa dimensão, o maior percentual obtido foi de 20,0% (para o componente “orientações e encaminhamentos”), seguido de 5,6% (“produção e disseminação da informação”); e o menor foi de 5,0% (“gestão do VIVA”) (**Quadro 15**).

O componente “orientações e encaminhamentos” não alcançou pontuação zero somente no DS III (100,0%). Esse DS orientava mulheres vítimas de violência (100,0%) e encaminhava casos de crianças e adolescentes (100,0%) e de idosos (100,0%) para a rede de proteção. No componente “produção e disseminação da informação”, o subcomponente “notificação, busca ativa e investigação” foi igual a zero para todos os DS; o “processamento e análise dos dados” só não obteve esse valor nos DS V e VI (16,7% cada), pois o DS V realizava crítica do preenchimento das fichas de notificação (100,0%) e o DS VI realizava análise dos dados do SIM (100,0%); no subcomponente “disseminação da informação”, os DS I e IV distribuíam informativos/boletins (100,0%) e o DS IV distribuía material educativo

(100,0%). No componente “gestão do VIVA”, o único subcomponente que não foi igual a zero foi “articulação intra e intersetorial”, que pontuou 100,0% nos DS III e IV (**Quadro 15**).

Quadro 14 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável nos distritos sanitários do Recife

VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS (%)						
		I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	—	—	100,0	—	100,0	100,0	50,0
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total da variável		66,7	66,7	100,0	66,7	100,0	100,0	83,3
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	50,0	50,0	100,0	100,0	100,0	50,0	75,0
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	100,0	100,0	—	100,0	—	—	50,0
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	—	—	—	—	—	—	—
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	—	—	—	—	—	—	—
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	—	—	—	100,0	—	—	16,7
Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	50,0	50,0	100,0	100,0	50,0	50,0	66,7	
Total da variável		33,3	33,3	33,3	66,7	25,0	16,7	34,7
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total da variável		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	100,0	100,0	100,0	100,0	—	100,0	83,3
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total da variável		100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	94,4
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	100,0	—	—	100,0	—	—	33,3
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	—	—	—	—	—	—	—
Total da variável		50,0	—	—	50,0	—	—	16,7
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		60,0	53,3	60,0	73,3	50,0	53,3	58,3

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 15 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nos distritos sanitários do Recife

(Continua)

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS (%)						
			I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Gestão do VIVA	Monitoramento e avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	---	---	---	---	---	---	---
		Metas pactuadas	---	---	---	---	---	---	---
		Periodicidade do monitoramento realizado	---	---	---	---	---	---	---
			Total do subcomponente	---	---	---	---	---	---
	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	---	---	100,0	100,0	N	---	40,0
		Total do subcomponente	---	---	100,0	100,0	N	---	40,0
	Educação permanente	Nº de profissionais das ESF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	---	---	---	---	---	---	---
		Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	---	---	---	---	---	---	---
		Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento/orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	---	---	---	---	---	---	---
		Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	---	---	---	---	---	---	---
		Total do subcomponente	---	---	---	---	---	---	
Total do componente			---	---	12,5	12,5	---	5,0	
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelo DS	---	---	---	---	---	---	
		Investigação de casos realizada	---	---	---	---	---	---	
			Total do subcomponente	---	---	---	---	---	
	Processamento e análise dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelo DS antes de digitar os dados no Sinan ou de enviar as fichas para o NC da SMS, caso não digite	---	---	---	---	100,0	---	16,7
Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente		---	---	---	---	---	---	---	

51

Quadro 15 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação nos distritos sanitários do Recife

(Conclusão)

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS (%)							
			I	II	III	IV	V	VI	TOTAL	
Produção e disseminação da informação	Processamento e análise dos dados	Periodicidade de análise dos dados do SINAN relativos à violência	---	---	---	---	---	---	---	
		Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	---	---	---	---	---	100,0	16,7	
		Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	---	---	---	---	---	---	---	
		Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo DS para a US que realizou a notificação	---	---	---	---	---	---	---	
			Total do subcomponente	---	---	---	---	16,7	16,7	5,6
	Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	---	---	---	---	---	---	---	
		Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	100,0	---	---	100,0	---	---	33,3	
		Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	---	---	---	---	---	---	---	
		Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	---	---	---	---	---	---	---	
		Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	---	---	---	---	---	---	---	
Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência		---	---	---	100,0	---	---	16,7		
		Total do subcomponente	14,3	---	---	28,6	---	---	7,1	
Total do componente			7,1	---	---	13,3	6,7	7,1	5,6	
Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	N	---	100,0	---	---	---	20,0	
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	N	---	100,0	---	---	---	20,0	
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	N	---	100,0	---	---	---	20,0	
Total do componente			N	---	100,0	---	---	20,0		
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			4,5	---	15,4	11,5	4,0	4,0	7,1	
GI			21,9	14,8	27,8	28,7	17,1	18,1	21,4	

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: N = Nulo.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

51

6.2.4 Grau de Implantação do VIVA Contínuo no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde

O GI do VIVA contínuo no NC da SMS foi de 73,7%, sendo o percentual de 100,0% para a dimensão estrutura e de 65,2% para a dimensão processo. Em relação à dimensão processo, o pior componente foi “orientações e encaminhamentos” (33,3%). Nele, verificou-se que somente os casos de violência contra crianças e adolescentes eram comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar (100,0%) (**Quadros 16 e 17**).

O melhor componente foi “produção e disseminação da informação” (83,3%). Nesse componente, observou-se que o NC da SMS não realizava a notificação nem a investigação dos casos de forma complementar aos DS/US, zerando o subcomponente “notificação, busca ativa e investigação”; não produzia relatórios de análise crítica dos dados (“subcomponente processamento e análise dos dados”); nem relatórios sobre o seguimento dos casos notificados, e não distribuía esses relatórios para as US (“subcomponente disseminação da informação”). Por outro lado, realizava plenamente as demais ações referentes ao componente em questão (**Quadro 17**).

No componente “gestão do VIVA”, destacou-se positivamente o subcomponente “educação permanente” (91,7%), que não atingiu 100,0% somente no que se refere à capacitação de profissionais da rede de proteção (50,0%); e negativamente, o subcomponente “monitoramento e avaliação” (12,5%), por realizar somente o monitoramento dos indicadores e com periodicidade superior a três meses, entre todas as ações preconizadas (**Quadro 17**).

Quadro 16 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por indicador e variável no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Recife

VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO DO NÍVEL CENTRAL DA SMS (%)
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	100,0
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	100,0
	Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	100,0
	Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h	100,0
Total da variável		100,0
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	100,0
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	100,0
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	100,0
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	100,0
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	100,0
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	100,0
Total da variável		100,0
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	100,0
Total da variável		100,0
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	100,0
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	100,0
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	100,0
Total da variável		100,0
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	100,0
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	100,0
Total da variável		100,0
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		100,0

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

Quadro 17 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Recife

(Continua)

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DO NÍVEL CENTRAL DA SMS (%)	
Gestão do VIVA	Monitoramento e avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	—	
		Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	—	
		Metas pactuadas	—	
		Periodicidade do monitoramento realizado	50,0	
	Total do subcomponente			12,5
	Articulação intra e intersetorial	Nº de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência identificados	100,0	
		Nº de encontros realizados para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência	50,0	
		Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	100,0	
		Total do subcomponente	83,3	
	Educação permanente	Nº de profissionais das ESF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	100,0	
		Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	100,0	
		Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento /orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	100,0	
		Nº de gestores e técnicos da VE dos DS responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	100,0	
		Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	100,0	
		Nº de profissionais da rede de proteção capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	50,0	
		Total do subcomponente	91,7	
	Total do componente			65,4
	Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelo NC da SMS quando as US/DS não realizarem	—
			Investigação de casos realizada quando as US/DS não realizarem	—
		Total do subcomponente		

Quadro 17 – Pontuação (%) da dimensão processo por indicador, subcomponente e componente, e grau de implantação no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Recife

			(Conclusão)	
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO DO NÍVEL CENTRAL DA SMS (%)	
Produção e disseminação da informação	Processamento e análise dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, quando os DS não digitam	100,0	
		Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	—	
		Periodicidade de análise dos dados do SINAN relativos à violência	100,0	
		Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	100,0	
		Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	100,0	
		Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS	100,0	
	Total do subcomponente			83,3
	Disseminação da informação		Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	100,0
			Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	100,0
			Periodicidade de elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento, caso não exista publicação estadual que contemple o município	100,0
			Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	100,0
			Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	—
			Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	—
			Periodicidade de elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	100,0
			Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	100,0
			Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	100,0
			Total do subcomponente	
	Total do componente			70,6
	Orientações e Encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	—
			Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	100,0
Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso			—	
Total do componente			33,3	
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			65,2	
GI			73,7	

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

6.2.5 Grau de Implantação do VIVA Contínuo no Município do Recife

O município do Recife obteve GI do VIVA contínuo de 40,3%, sendo o percentual de 45,3% para a dimensão estrutura e de 37,3% para a dimensão processo. A pontuação proporcional das variáveis que compõem a estrutura variou de 9,5% (“normatização do VIVA”) a 100,0% (“espaço físico”). Além da “normatização do VIVA”, apresentou-se com valor abaixo de 75,1% a variável “insumos e materiais de expediente e educativos” (36,9%) (**Quadro 18**).

Na dimensão processo, o componente que obteve maior pontuação proporcional foi “orientações e encaminhamentos” (72,8%) e os demais componentes (“gestão do VIVA” e “produção e disseminação da informação”) apresentaram percentual baixo de 25,1%. Entre os subcomponentes desses dois componentes, dois (“articulação intra e intersetorial” e “notificação, busca ativa e investigação”) apresentaram percentual acima de 25,0% - respectivamente, 29,2% e 29,6% (**Quadro 18**).

Quadro 18 – Pontuação (%) por subcomponente, variável/componente e dimensão, e grau de implantação por unidade de análise e no município do Recife

DIMENSÃO	VARIÁVEL/COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	PONTUAÇÃO (%)			
			US	DS	NC	MUNICÍPIO
Estrutura	Recursos humanos	-----	84,1	83,3	100,0	85,3
	Insumos e materiais de expediente e educativos	-----	36,4	34,7	100,0	36,9
	Espaço físico	-----	100,0	100,0	100,0	100,0
	Materiais permanentes	-----	84,6	94,4	100,0	88,5
	Normatização do VIVA	-----	8,6	16,7	100,0	9,5
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA			43,6	58,3	100,0	45,3
Processo	Gestão do VIVA	Monitoramento e avaliação	30,8	---	12,5	12,8
		Articulação intra e intersetorial	27,5	40,0	83,3	29,2
		Educação permanente	NA	---	91,7	18,3
	Total do componente		27,8	5,0	65,4	24,7
	Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	30,4	---	---	29,6
		Processamento e análise de dados	18,6	5,6	83,3	18,1
		Disseminação da informação	16,7	7,1	77,8	17,4
	Total do componente		25,3	5,6	70,6	24,2
Orientações e encaminhamentos		75,3	20,0	33,3	72,8	
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			40,3	7,1	65,2	37,3
GI			41,6	21,4	73,7	40,3

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

6.3 CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO VIVA CONTÍNUO

O contexto de implantação foi abordado no âmbito dos DS, NC e, por fim, na dimensão unitária do município do Recife, segundo as categorias temáticas por grupo de variáveis.

6.3.1 Contexto de Implantação do VIVA Contínuo nos Distritos Danitários

Foi descrito o contexto de implantação no consolidado dos DS e para ilustrar a classificação do contexto por categoria temática, foram citados alguns trechos das entrevistas com os gestores da VE dessas unidades de análises. As informações completas sobre cada DS encontram-se no **quadro 13**.

6.3.1.1 Análise das Categorias do Contexto Político de Implantação

6.3.1.1.1 Investimento para a implantação do VIVA contínuo

Categoria desfavorável, pois em nenhum DS o gestor referiu ter havido investimento adequado para a implantação desse sistema de vigilância.

Não, teve não, nenhum investimento não. A não ser as reuniões realmente que aconteceram e mais nada e as fichinhas que deram à gente na hora e disse que a gente tinha que pegar lá na vigilância central, mas investimento em si, nada, nada, nada (DS I).

6.3.1.1.2 Conhecimento sobre o VIVA

Categoria desfavorável, visto que, exceto no DS IV (16,7%), não havia conhecimento suficiente sobre o VIVA contínuo, como pode ser verificado no discurso do gestor do DS V:

A gente sabe muito pouco, porque quando a violência ela foi introduzida na listagem das doenças de notificação compulsória a gente só foi informado: -'olha, agora vai ser notificado a violência doméstica, sexual e outras e/ou outros tipos de violência e agora vai ser parte obrigatória e aí vocês vão digitar e inserir no banco' e ponto. Não houve uma mobilização, não houve um resgate dessas informações chamando a gente pra discutir, pra debater, eu acho que ficou um pouco tímido isso [...] eu achei falho.

No DS IV existia conhecimento sobre o VIVA contínuo, principalmente em relação ao foco prioritário dessa vigilância e às estratégias necessárias para sua implantação, inclusive, esse DS adotou uma estratégia especial para tentar vencer a barreira do medo do profissional

notificar para não ser identificado e sofrer represália. As US do seu território que não quisessem ser identificadas deveriam deixar o campo de identificação em branco e a identificação seria a do DS.

6.3.1.1.3 Priorização da violência

Categoria desfavorável, pois, exceto no DS IV (16,7%), não havia priorização da violência. Em geral, não se tinha o domínio da situação epidemiológica desse agravo, o que pode ser verificado no discurso do gestor do DS II:

O que eu sei é que em certos bairros a gente tem mais casos de violência. Violência é... arma de fogo, com jovens, principalmente na idade mais jovem, Água Fria é um exemplo disso e Campo Grande, principalmente com envolvimento com droga. Isso é dito pelos PSF. Também tem alguns tipos de violências que a gente sabe que é também com crianças, só que essa violência não se declara.

Segundo o gestor do DS IV, esse conhecimento não existia, pelo fato do DS não ter acesso ao banco de dados do Sinan, módulo violência, diferentemente dos outros agravos de notificação compulsória: “[...] Em relação ao distrito, a gente não sabe muito, porque, feito eu já tinha te falado, ela é centralizada, todas as informação vão pra o nível central, nem a digitação é feita aqui [...], diferente dos outros agravos [...]”

Apesar de não conhecerem plenamente a situação epidemiológica, os DS IV e VI declaram considerar a violência um problema de saúde pública. Além do DS IV, mais dois mencionaram que a violência era prioridade, mas houve contradição no discurso dos gestores, entre eles, o do DS VI, que pareceu considerar as doenças transmissíveis mais importantes pela necessidade de ação imediata:

Sempre foi prioridade de gestão o problema da violência aqui no distrito, pelas condições de vida de algumas populações e certos bairros, então sempre foi, só que a gente às vezes não tem hora nem tempo pra fazer um trabalho mais profundo, porque não tem mesmo, porque nossa equipe é pequena e não dá tempo, pelos outros agravos que estão ocorrendo, situações de riscos também real e imediato, como a dengue no ano passado, esse ano alguns casos de meningite meningocócica, que a gente tem que partir imediatamente pra controlar os contatos, fazer a prevenção dos contatos, as doenças exantemáticas surgindo este ano também [...].

6.3.1.1.4 Envolvimento dos gestores

Categoria desfavorável, uma vez que em nenhum DS o gestor apresentou envolvimento suficiente com o VIVA contínuo. Apesar de a implantação dessa vigilância ter

sido considerada importante, pouco se discutia sobre ela e as metas estabelecidas nos PMS e PAS não eram conhecidas.

Os DS pareciam discutir pouco sobre o VIVA contínuo por falta de oportunidade, como afirmaram os gestores dos DS I e V: “[...] determinadas coordenações a gente tem reuniões. A violência não tem uma periodicidade não. Faz muito tempo, faz... eu acho que foi logo no início mesmo, a entrada mesmo da violência como doença de notificação compulsória.” (DS V)

[...] espaço a gente abre e tem, até porque a gente precisa tá renovando os conhecimentos e precisa tá dentro dessas reuniões, até pra tomar decisões e saber também as decisões tomadas. [...] fui pra duas reuniões, até agora só fui pra duas. Se abre espaço e manda CI com certeza vai representante da vigilância, a gente comparece (DS I).

O menor envolvimento parecia ser o do DS VI, pois o gestor afirmou que não tinha conhecimento das ações e metas do VIVA contínuo contempladas no PMS e PAS, porque só conhecia as ações do âmbito da VE: “Não sei, porque a gente só participa do pedaço que é de vigilância epidemiológica nos planos, não dão pra gente o plano todo”.

6.3.1.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural de Implantação

6.3.1.2.1 Perfil dos gestores

Categoria favorável, pois em todos os DS o perfil dos gestores era adequado (eram experientes na VE, tinham formação em epidemiologia/saúde pública e bom relacionamento com os colegas de trabalho em geral). Alguns DS relataram ter pouco contato com a equipe responsável pelo VIVA no NC, como pode ser verificado nos discursos dos gestores dos DS II e III: “Com a COPAV é o departamento que eu tenho menos... de chegar... aproximação. Só na questão de chegar lá e deixar as notificações. É mais com o pessoal dos outros agravos”. (DS III)

Com o pessoal das violências eu realmente falo pouco, muito pouco. Esse ano eu não falei ainda, só mando a notificação. Já com o pessoal da epidemiologia isso é quase todo dia que a gente se fala, mesmo sem estar em reunião. [...] então a gente a relação é bem próxima, as violências já é mais distante (DS II).

6.3.1.2.2 Localização do setor e condições de trabalho

Categoria favorável, visto que o perfil do ambiente de trabalho de modo geral era adequado em todos os DS, favorecendo o bom desempenho das atividades e a interação com outros técnicos e gestores.

6.3.1.2.3 Permanência de gestores e técnicos

Categoria favorável, uma vez que, exceto no DS III (83,3%), não havia mudança frequente de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo, como ilustra o discurso do gestor do DS II: “A gente já está há um tempinho, porque eu já estou aqui... só na supervisão eu estou há 8 anos. [...] de 2006 para cá os técnicos são os mesmos.”

Muitos gestores, entre eles o do DS I, mencionaram que a estabilidade da equipe se dava pelo fato de serem concursados. Esse gestor ressaltou que ser concursado era um pré-requisito para assumir a VE do DS e que a não mudança do gestor era importante para a continuidade das ações:

[...] Ela saiu e me indicou, por ser funcionária, pois não pode ser cargo comissionado. [...] saiu uma gestão, entrou a outra e eu continuo, é porque não tem prazo pra a gente sair não. Quer dizer, às vezes se torna bom, porque você faz o serviço contínuo, não é quebrado. Eu já tenho um bom acompanhamento daqui, conheço toda etapa, fui adquirindo, adquirindo...

Por sua vez, de acordo com o gestor do DS III, apesar de a equipe ser composta por funcionários concursados, era frequente a mudança de gestores e técnicos da VE desse DS:

Os três anos que estou aqui já passou um bocado de gente, é uma dificuldade. [...] eu acho que, em média, a permanência do técnico é de um ano. [...] são todos concursados e tem rotatividade e perdas em relação à aposentadoria sem substituição. [...] na supervisão é mais ou menos dois anos.

Dessa maneira, observou-se que, no consolidado dos DS, o contexto político foi desfavorável (8,3%) e o estrutural favorável (94,4%), de modo que a classificação final do contexto foi considerada desfavorável (43,0%) (**Quadro 19**).

Quadro 19 – Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo nos distritos sanitários por categoria temática e distrito

(Continua)

VARIÁVEL	CATEGORIA	ANÁLISE DO PARÂMETRO E CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO						TOTAL (%)
		DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DS VI	
Suporte dado à intervenção	Investimentos para a implantação do VIVA contínuo	(-) Houve pouco investimento no DS para a implantação do VIVA contínuo – apenas poucas capacitações oferecidas pelo NC e fornecimento de fichas de notificação.	(-) Houve pouco investimento no DS para a implantação do VIVA contínuo – apenas algumas capacitações oferecidas pelo NC e fornecimento de fichas de notificação.	(-) Não era conhecido se havia tido investimento no DS para a implantação do VIVA contínuo.	(-) Não houve investimento no DS para a implantação do VIVA contínuo.	(-) Não era conhecido se havia tido investimento no DS para a implantação do VIVA contínuo.	(-) Não era conhecido se havia tido investimento no DS para a implantação do VIVA contínuo.	
Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Conhecimento sobre o VIVA contínuo	(+) O objetivo era conhecido; (+) o foco era conhecido; (-) o fluxo era parcialmente conhecido – apenas para os casos de violência contra criança e adolescente; (-) os documentos eram desconhecidos; (-) as estratégias eram parcialmente conhecidas – referiu apenas a sensibilização dos profissionais para notificarem.	(+) O objetivo era conhecido; (-) o foco era parcialmente conhecido – referiu apenas criança e mulher; (-) o fluxo era desconhecido; (-) os documentos eram desconhecidos; (-) as estratégias eram parcialmente conhecidas – referiu apenas a sensibilização dos profissionais para notificarem.	(-) O objetivo era desconhecido; (-) o foco era desconhecido; (-) o fluxo era parcialmente conhecido – apenas para crianças; (NI) não foi informado se os documentos eram ou não conhecidos; (-) as estratégias eram desconhecidas.	(NI) o objetivo não foi informado; (+) o foco era conhecido; (-) o fluxo era parcialmente conhecido – apenas para adolescente; (NI) não foi informado se os documentos eram ou não conhecidos; (+) as estratégias eram conhecidas.	(+) o objetivo era conhecido; (+) o foco era conhecido; (-) o fluxo era parcialmente conhecido – apenas para criança e adolescente; (-) os documentos eram desconhecidos; (-) as estratégias eram desconhecidas.	(-) O objetivo era desconhecido; (-) o foco era desconhecido; (-) o fluxo era desconhecido; (-) os documentos eram desconhecidos; (-) as estratégias eram desconhecidas.	16,7
Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados	Priorização da violência enquanto problema de saúde pública	(-) A situação epidemiológica era parcialmente conhecida – apresentou informações do senso comum e não mencionou dados epidemiológicos; (NI) não foi informado se a violência era ou não considerada um problema de saúde pública; (-) houve contradição na consideração da violência enquanto prioridade.	(-) A situação epidemiológica era parcialmente conhecida – apresentou informações segundo relato dos profissionais de saúde, mas não mencionou dados epidemiológicos; (NI) não foi informado se a violência era ou não considerada um problema de saúde pública; (-) houve dúvida se a violência era ou não prioridade.	(-) A situação epidemiológica era desconhecida; (NI) não foi informado se a violência era ou não considerada um problema de saúde pública; (-) houve dúvida se a violência era ou não prioridade.	(-) A situação epidemiológica era desconhecida; (+) a violência era considerada um problema de saúde pública; e (+) prioridade.	(-) A situação epidemiológica era desconhecida; (NI) não foi informado se a violência era ou não considerada um problema de saúde pública; (-) a violência não era considerada prioridade – mencionou ser no nível nacional.	(-) A situação epidemiológica era parcialmente conhecida – mencionou que as causas externas estavam entre as principais causas de óbito; (+) a violência era considerada um problema de saúde pública; (-) houve contradição na consideração da violência enquanto prioridade.	16,7

Quadro 19 – Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo nos distritos sanitários por categoria temática e distrito

(Continuação)

Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados	Envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS relacionadas ao VIVA contínuo eram desconhecidas; (-) o VIVA contínuo era muito pouco discutido entre os gestores; (+) a implantação desse sistema de vigilância foi considerada importante.	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS relacionadas ao VIVA contínuo eram parcialmente conhecidas – mencionou apenas uma meta e sem precisão; (-) o VIVA contínuo era pouco discutido entre os gestores – em média, duas vezes por ano; (+) a implantação desse sistema de vigilância foi considerada importante.	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS relacionadas ao VIVA contínuo eram desconhecidas; (-) o VIVA contínuo não era discutido entre os gestores; (NI) não foi informado se a implantação do VIVA contínuo foi ou não considerada importante.	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS relacionadas ao VIVA contínuo eram desconhecidas; (+) o VIVA contínuo era discutido entre os gestores; (NI) não foi informado se a implantação do VIVA contínuo foi ou não considerada importante.	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS relacionadas ao VIVA contínuo eram desconhecidas; (-) o VIVA contínuo não era discutido entre os gestores; (+) a implantação desse sistema de vigilância era considerada importante.	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS relacionadas ao VIVA contínuo eram desconhecidas; (-) o VIVA contínuo não era discutido entre os gestores; (NI) não foi informado se a implantação do VIVA contínuo era ou não considerada importante.	
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO POLÍTICO					50,0			8,3
Atributos dos gestores	Perfil dos gestores do VIVA contínuo	(+) O gestor da VE possuía formação na área de epidemiologia e experiência em VE – experiência de treze anos; (+) relacionava-se bem com subordinados, superiores e técnicos outras áreas técnicas do DS. (NI) não ficou claro se o gestor relacionava-se bem com a equipe do VIVA contínuo do NC – não referiu-se especificamente à equipe da COPAV; (NI) não foi informado se era ou não estabelecida parceria com outras áreas técnicas para desenvolver as ações do VIVA contínuo.	(+) O gestor da VE possuía formação na área de epidemiologia e experiência em VE – experiência de aproximadamente dez anos; (+) relacionava-se bem com subordinados e superiores; (-) não possuía relação próxima com a equipe do VIVA contínuo do NC; (NI) não foi informado se era ou não estabelecida parceria com outras áreas técnicas para desenvolver as ações do VIVA contínuo.	(+) O gestor da VE possuía formação na área de saúde pública e experiência em VE – experiência de aproximadamente três anos; (+) relacionava-se bem com subordinados e superiores; (-) não possuía relação próxima com a equipe do VIVA contínuo do NC; (NI) não foi informado se era estabelecida ou não parceria com outras áreas técnicas para desenvolver as ações do VIVA contínuo.	(+) O gestor da VE possuía formação na área de epidemiologia e experiência em VE – experiência de aproximadamente seis anos; (+) relacionava-se bem com subordinados e superiores; (-) não possuía relação próxima com a equipe do VIVA contínuo do NC; (NI) não foi informado se era estabelecida ou não parceria com outras áreas técnicas para desenvolver as ações do VIVA contínuo.	(+) O gestor da VE possuía formação na área de saúde pública e experiência em VE – experiência de aproximadamente seis anos; (+) relacionava-se bem com subordinados e superiores; (-) não possuía relação próxima com a equipe do VIVA contínuo do NC; (NI) não foi informado se era estabelecida ou não parceria com outras áreas técnicas para desenvolver as ações do VIVA contínuo.	(+) O gestor da VE possuía formação na área de saúde pública e experiência em VE – experiência de aproximadamente dez anos; (+) relacionava-se bem com subordinados e bem com superiores; (NI) Não ficou claro se o gestor relacionava-se bem com a equipe do VIVA contínuo do NC – não referiu-se especificamente à equipe da COPAV; (NI) Não foi informado se era estabelecida ou não parceria com outras áreas técnicas para desenvolver as ações do VIVA contínuo.	100,0

Quadro 19 – Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo nos distritos sanitários por categoria temática e distrito

Atributos do ambiente										(Conclusão)		
Localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	(+) A sala da VE era climatizada e (+) iluminada; (+) os móveis eram em quantidade suficiente e estavam razoavelmente bem conservados – móveis eram antigos; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (-) pouco iluminada; (-) os móveis não eram em quantidade suficiente e estavam razoavelmente bem conservados – havia caixa arquivo no chão, por falta de armários; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (+) iluminada; (+) os móveis eram em quantidade suficiente e bem conservados; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (+) iluminada; (+) os móveis eram em quantidade suficiente e bem conservados; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (+) iluminada; (+) os móveis eram em quantidade suficiente e bem conservados; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (+) iluminada; (+) os móveis eram em quantidade suficiente e bem conservados; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (+) iluminada; (+) os móveis eram em quantidade suficiente e bem conservados; (+) os equipamentos estavam conservados e funcionando; (+) essa sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.	(+) A sala da VE era climatizada e (-) pouco iluminada; (-) os móveis eram em quantidade insuficiente e não conservados – havia pastas e papéis no chão, por falta de armários; (+) os equipamentos estavam razoavelmente conservados e funcionando; (+) a sala funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas e da diretora do DS.			100,0	
												Permanência de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO ESTRUTURAL	100,0	-----	100,0	-----	66,7	-----	100,0	-----	100,0	-----	100,0	94,4
CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CONTEXTO	40,0	-----	40,0	-----	27,0	-----	70,0	-----	40,0	-----	40,0	43,0

Fonte: elaborado pela autora.
Nota: NI = Não Informado.

Legenda: ■ Desfavorável ■ Favorável

6.3.2 Contexto de Implantação do VIVA Contínuo no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde

Para descrever o contexto de implantação no NC por categoria temática, resumido no **quadro 20**, foram citados alguns trechos das entrevistas com os responsáveis pela VS e pelo VIVA contínuo no NC.

6.3.2.1 Análise das Categorias do Contexto Político de Implantação

6.3.2.1.1 Investimento para a implantação do VIVA contínuo

Categoria favorável, visto que houve investimento financeiro no município por parte do governo federal para as ações do VIVA contínuo:

Ah, foi muito investimento de dinheiro, né? Dinheiro pras capacitações, pra elaboração da ficha, pra contratação de pessoa pra ficar aqui na COPAV comigo, sempre pagava uma pessoa [...] com esse dinheiro que o Ministério mandava [...].

Por sua vez, a contrapartida do município era pequena: “Todo recurso foi do Ministério [da Saúde]. A gente não gastou nada, a não ser a contrapartida do município com papel, num sei o quê, mas tudo foi Ministério. A gente, o município mesmo...”

6.3.2.1.2 Conhecimento sobre o VIVA

Categoria favorável, pois, apesar de não ter sido mencionado o foco prioritário e o fluxo do VIVA contínuo, um dos gestores demonstrou conhecer profundamente esse sistema, inclusive porque, segundo ele, colaborou com a sua criação junto ao MS. Conhecia a complexidade da violência; as particularidades dessa vigilância, como a possibilidade de encerrar o caso como suspeito; e as mudanças que ocorreram ao longo da implantação nacional do VIVA contínuo, como a migração do Epi Info para o Sinan. Também conhecia todas as leis e portarias relacionadas ao VIVA contínuo e as estratégias necessárias para sua implantação.

Em relação à estratégia para implantação, mencionou que no seu município, inicialmente, promoveu capacitações para que os profissionais de saúde identificassem, notificassem e passassem a apresentar visão mais holística da pessoa atendida. Para tanto, adotou a estratégia de capacitação massiva (em todas as US), por meio da contratação de uma

Organização Não Governamental (ONG) durante dois anos e depois passou a investir nos DS. Para tanto, identificou uma pessoa de referência na VE de cada DS que gostasse de trabalhar com a violência e passou a frequentar regularmente os DS para apoiá-los nas ações do VIVA contínuo.

Também frequentou US para discutir casos e disponibilizou fichas de notificação, manuais instrutivos de preenchimento da ficha e materiais educativos. Ainda como estratégia de implantação, enviou esse material pelos Correios para todas as US do Recife, informando o que elas deveriam cumprir, mas relatou que não obteve retorno. Diante de tudo isso, afirmou que o VIVA contínuo estava bem implantado no município, mas reconheceu que capacitação não garantia a execução das ações e que seria necessário retomar constantemente todo o processo, pela grande rotatividade de profissionais das US.

Diferentemente desse gestor, o outro não conhecia nada sobre o VIVA contínuo, pelo fato de deixar tudo o que era referente a ele a critério do coordenador: “[...] A coordenação de violência aqui ficou muito a critério do coordenador, então ela que sempre tomou as decisões [...]”

6.3.2.1.3 Conhecimento e acompanhamento do recurso

Categoria favorável, uma vez que o gestor sabia do valor que tinha disponível para executar as ações do VIVA contínuo e o gerenciava até 2011. Segundo ele, o fato de o VIVA captar recurso do governo federal para o município contribuía para “autorização” para o gerenciamento do recurso:

Sei quanto é que tem, tudinho [...] sei pelo saldo e vejo lá a planilha do que foi gasto [...]. Autonomia nenhuma para gastar, é luta lá, pede, briga... na outra gestão eu consegui muito, mas por causa que eu fico em cima, mas assim... a gente não tem... eu não posso dizer que isso é autonomia, mas a gente interferia, porque eu conseguia fazer material educativo... até 2011. 2012 não teve mais controle nenhum não, mas 2011 a gente tinha, tinha poder [...] Eu não tenho autonomia, mas tinha gerência, sei lá... um poderzinho, porque o dinheiro era captado.

6.3.2.1.4 Priorização da violência

Categoria desfavorável, uma vez que o gestor 1 afirmou que a violência não era prioridade e o outro gestor mencionou que por trabalhar articulado a outras áreas técnicas e secretarias, mesmo diante de epidemia, a violência era prioridade, havendo contradição entre os dois discursos:

[...] Eu não vejo a violência ainda como prioridade que deveria ser, né? Prioridade das prioridades. Ainda eu acho que a dengue ultrapassou dentro da prioridade da secretaria de saúde do Recife. Eu acho que dengue ela ultrapassou a violência, com relação a todo empenho de todos os secretários do governo e da própria secretaria de saúde (GESTOR 1).

Mesmo com a dengue, a violência era prioridade de gestão, porque a gente trabalhava articulado com a violência contra a mulher, a gente trabalhava com a política de assistência social, a gente trabalhava muito intensamente com a educação, com o programa de saúde na escola, então a gente tinha várias políticas articuladas, onde a questão da prevenção da violência era uma prioridade (GESTOR 2).

Entretanto, em outro momento da entrevista, o gestor 2 sugeriu para o fortalecimento da implantação do VIVA ele ser colocado como prioridade política da gestão para que as ações previstas no plano fossem executadas. Além disso, segundo ele, o fato de ser prioridade parecia estar atrelado ao repasse de recurso federal: “[...] os repasses financeiros dos projetos [repasso do MS] que a gente... isso tem sido uma coisa muito importante, porque tem sido um incentivo. [...] Durante todo tempo foi prioridade do município por causa dos repasses [...]” (GESTOR 2)

6.3.2.1.5 Envolvimento dos gestores

Categoria favorável, pois um gestor, apesar de não ter sabido mencionar todas as ações e metas previstas no PMS, era envolvido com a intervenção e mantinha contato com os DS: “[Nome do coordenador] vai pra todos os distritos e discute, briga, arenga... Ela vai, tem sim espaço para discussão das ações de vigilância de violência com os distritos [...]”

O gestor referiu que tinha proposta de ir em cada DS três vezes por ano para discutir especificamente sobre o VIVA contínuo, mas não conseguiu cumprir a proposta:

A proposta era uma reunião da gente, da COPAV, com as microrregionais. [...] encontrar todos os distritos, cada distrito três vezes, porque cada distrito tem três microrregionais. [...] A gente não conseguiu cumprir esse calendário todo não, ficou devendo ainda.

De qualquer forma, discutia nas reuniões mensais da vigilância:

Tinham reuniões com a vigilância, a gente colocava com a vigilância como um todo, porque a reunião da gente era mensal aqui [referindo-se ao prédio da vigilância em saúde do NC da SMS] com a diretora. Mensal pra poder discutir a integração das ações, como tem dengue, hansen, tuberculose... aí sempre entrava violência [...].

6.3.2.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural de Implantação

6.3.2.2.1 Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo

Categoria favorável, visto que existia no organograma da SMS, um setor responsável pela articulação das áreas técnicas em relação à prevenção da violência. Essa coordenação não foi criada especificamente para o VIVA contínuo, pois compunha o organograma da secretaria de saúde desde 2001, antes de sua criação, e até 2005 integrou a diretoria de atenção à saúde. Entretanto, desde 2006, migrou para a diretoria de VS e é responsável pelas ações do VIVA e do NPVPS: “[...] no nosso organograma era uma coordenação estratégica de prevenção à violência, aí é um núcleo de violência cuja coordenação ela faz essa articulação. São as mesmas funções [...]. É tudo aqui, aqui é o núcleo [...].”

6.3.2.2.2 Perfil dos gestores

Categoria favorável, pois os gestores possuíam perfil adequado por serem experientes na VE (seis anos na vigilância do NC, ambos estavam nos cargos desde quando o VIVA foi criado) e tinham formação em saúde pública.

Além disso, um deles mencionou ter bom relacionamento com os colegas de trabalho em geral e com os gestores da VE dos DS, conhecer todos e ser muito disponível:

Ah, é boa, porque eu conheço todo mundo, tô há muitos anos na prefeitura, né? Tenho uma relação muito boa... muito boa mesmo. Todos quando eu chego... é uma política que é muito bem aceita, porque as pessoas se sentem muito carentes, acham muito ruim trabalhar com isso, aí telefonam muito pra mim, eu dou muita consulta. Esse telefone meu é uma verdadeira delegacia [...] eu sou muito disponível [...].

Também trabalhava em parceria:

[...] a gente trabalha dentro da prefeitura... a gente tem a Escola que Protege, que é educação, [...] política de assistência social [...] Com os conselheiros tutelares, a gente capacita os conselheiros tutelares, a gente ajuda muito essa integração... eles participam de todas as nossas ações de rede [...] a gente trabalha com a promotoria também, com o juizado, pessoal da... vítimas de violência mulher e criança, os juizados, as varas da infância é muito parceiro, então assim... é uma política que não se restringe à Secretaria de Saúde, à vigilância [...]. A gente trabalha com muita parceria.

Outro aspecto favorável no perfil do gestor era a vasta experiência na área de violência, tanto na atenção quanto na VS. Antes da criação do VIVA ele já tinha experiência com implantação da notificação de violência:

[...] nacionalmente a proposta era de notificação de serviços de referência, mas a gente já trabalhava com notificação da violência na rede, a gente já trabalhava com notificação nos serviços inicialmente de violência, desde 2001, 2002, então quando chegou em 2006..., inclusive a gente subsidiou essa ficha, porque essa ficha já veio de uma ficha que a gente já tinha implantada aqui no Recife [...].

6.3.2.2.3 Localização do setor e condições de trabalho

Categoria favorável, considerando que o ambiente de trabalho favorecia o bom desempenho das atividades e a interação com outros técnicos e gestores da vigilância do NC, apesar de não favorecer essa interação com os técnicos e gestores da atenção à saúde. Os técnicos e gestores da atenção à saúde trabalhavam em prédio diferente do da vigilância e distante deste.

6.3.2.2.4 Permanência de gestores e técnicos

Categoria favorável, pois os gestores possuíam longa duração nos cargos de coordenador do VIVA e diretor da VS, especialmente o coordenador: “Desde que foi fundada a COPAV [2001] até agora só teve eu de coordenadora.”

Essas questões demonstraram que tanto o contexto político quanto o estrutural de implantação era favorável no NC da SMS (80,0% e 100,0%, respectivamente), de modo que a classificação final do contexto foi considerada favorável (88,0%) (**Quadro 20**).

Quadro 20 – Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo no nível central da SMS por categoria temática

VARIÁVEL	CATEGORIA	ANÁLISE DO PARÂMETRO E CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO (%)	
Suporte dado à intervenção	Investimentos para a implantação do VIVA contínuo	(+) Foram investidos recursos no NC para a implantação do VIVA contínuo – foi investido recurso federal e com o recurso foram realizadas, principalmente, capacitações e houve contratação de técnicos.	
Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Conhecimento sobre o VIVA contínuo	(+) O objetivo era conhecido; (NI) o foco não foi informado; (NI) o fluxo não foi informado – um gestor mencionou ter colaborado para a elaboração do VIVA contínuo e conhecia bem a complexidade e as particularidades desse sistema de vigilância, mas o outro informou não conhecer esse sistema; (+) os documentos eram conhecidos – um gestor mencionou todos os documentos; (+) as estratégias eram parcialmente conhecidas – apenas um gestor conhecia todas as estratégias, o outro desconhecia.	
	Conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro disponível para as ações do VIVA contínuo	(+) O valor do recurso financeiro disponível para o desenvolvimento das ações do VIVA contínuo era conhecido; e (+) os gastos realizados com esse recurso eram acompanhados pelo gestor.	
Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados	Priorização da violência enquanto problema de saúde pública	(+) A situação epidemiológica da violência era parcialmente conhecida – um gestor mencionou dados de óbito e o outro apresentou informações do senso comum; (NI) não foi informado se a violência era ou não considerada um problema de saúde pública; (-) houve contradição na consideração da violência enquanto prioridade – um gestor afirmou ser prioridade, mas se contradisse e o outro afirmou que não era.	
	Envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo	(-) As ações e metas contempladas nos PMS e PAS eram parcialmente conhecidas pelo gestor – mencionou as principais metas do plano municipal de 2010 a 2013, faltando mencionar outras ações , previstas nesses documentos, como atividades de educação em saúde e de capacitação, publicação de boletins e mapeamento do fluxo das notificações encaminhadas à rede de proteção; (+) o VIVA contínuo era discutido entre os gestores; (+) a implantação do VIVA contínuo era considerada importante.	
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO POLÍTICO			80,0
Atributos organizacionais	Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo	(+) Havia um setor específico para o VIVA contínuo no organograma do NC da SMS; (+) a coordenação do VIVA era a mesma do NPVPS.	
Atributos dos gestores	Perfil dos gestores do VIVA contínuo	(+) Os gestores possuíam formação na área de saúde pública e experiência em VE – experiência de aproximadamente seis anos; (NI) não foi informado se o coordenador do VIVA possuía formação específica no VIVA contínuo; (+) possuía experiência na violência e no VIVA contínuo – experiência de aproximadamente 25 anos na violência como médico do Instituto de Medicina Legal e desses, cinco já eram na coordenação da COPAV, antes dessa coordenação passar a compor a diretoria de VS; e mais seis anos na COPAV com o VIVA contínuo; (+) relacionava-se bem com subordinados e superiores; (+) com parceiros de outras áreas técnicas do NC; e (+) com os responsáveis pela VE nos DS; (+) os parceiros de outras áreas técnicas eram envolvidos no desenvolvimento das ações do VIVA contínuo.	
Atributos do ambiente	Localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	(+) A sala da coordenação do VIVA era climatizada e (+) iluminada; (-) os móveis eram em quantidade insuficiente e razoavelmente conservados – havia materiais no chão; (+) os equipamentos estavam razoavelmente conservados e funcionando; (-) essa sala não funcionava no mesmo local de trabalho (prédio) de outras áreas técnicas mais diretamente relacionadas ao VIVA contínuo, mas (+) funcionava no mesmo local de trabalho do diretor da vigilância do NC.	
	Permanência de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo	(+) Não havia troca frequente do responsável pelo VIVA contínuo e do diretor da VS no NC; (NI) não foi informado se havia ou não mudança frequente dos técnicos da coordenação do VIVA contínuo.	
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO ESTRUTURAL			100,0
CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CONTEXTO			88,0

Fonte: elaborado pela autora

NI = Não Informado

Legenda: ■ Desfavorável ■ Favorável

6.3.3 Contexto de Implantação do VIVA Contínuo no Município do Recife

Considerando a análise das duas categorias não específicas nem dos DS nem do NC (**Quadro 21**) somada à do contexto do consolidado dos DS e NC, o município do Recife apresentou contexto desfavorável à implantação do VIVA contínuo (50,0%), uma vez que o contexto estrutural foi favorável (95,7%), mas o político foi desfavorável (20,0%) (**Quadro 22**).

Quadro 21 – Análise das categorias “participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA” e “coerência dos planos com as ações do VIVA” do contexto de implantação do VIVA contínuo

VARIÁVEL	CATEGORIA	ANÁLISE DO PARÂMETRO E CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO
Participação do controle social na intervenção	Participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo	(-) Os PMS 2006 a 2009 e 2010 a 2013 foram parcialmente construídos com a participação do CMS – de acordo com o coordenador do VIVA, o Conselho apenas avaliava e fazia as sugestões nos PMS a partir da proposta feita pela SMS; (-) a execução das ações de violência, em especial do VIVA contínuo, planejadas nos PMS e nas PAS não era acompanhada pelo Conselho - entre 2006 e 2012 a violência foi discutida em apenas quatro reuniões do Conselho, em 2006 e em 2007. Em três delas a pauta foi a deliberação de representantes para participarem de eventos sobre violência. A outra reunião foi para aprovar um projeto que contemplava ações do NPVPS, elaborado pela equipe da COPAV, para que o mesmo fosse submetido à avaliação do Ministério da Saúde, com o intuito de receber recurso de 50.000 reais.
Atributos organizacionais	Coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo	(+) Os PMS contemplaram ações do VIVA contínuo; (+) as ações e metas contempladas nesses documentos eram coerentes com a proposta desse sistema de vigilância – esses documentos previam o estabelecimento de parcerias com os programas e serviços que integram a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência, a formação de profissionais das US e dos DS para melhorar a atenção às vítimas e ampliar a notificação, a realização de campanhas e a produção de boletins epidemiológicos e materiais educativos, entre outras ações.

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: ■ Desfavorável ■ Favorável

6.3.3.1 Análise das Categorias do Contexto Político de Implantação

6.3.3.1.1 Investimento para a implantação do VIVA contínuo

Categoria desfavorável, visto que houve pouco investimento para a implantação do VIVA contínuo, exceto no NC, cujo maior investimento foi financeiro e este foi proveniente do governo federal.

6.3.3.1.2 Conhecimento sobre o VIVA

Categoria favorável, pois o VIVA contínuo era pouco conhecido ou desconhecido (exceto para o gestor da VE do DS IV e coordenador do VIVA do NC).

6.3.3.1.3 Conhecimento e acompanhamento do recurso

Categoria desfavorável, uma vez que o gestor do VIVA contínuo no NC conhecia e acompanhava o recurso financeiro disponível para as ações dessa vigilância.

6.3.3.1.4 Priorização da violência

Categoria desfavorável, tendo em vista que a violência era considerada prioridade apenas no DS IV.

6.3.3.1.5 Envolvimento dos gestores

Categoria desfavorável, pois havia pouco envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo, uma vez que além de não conhecerem as ações e metas estabelecidas nos PMS e PAS, o VIVA era pouco discutido ou não era discutido (exceto para o DS IV e NC).

6.3.3.1.6 Participação social

Categoria desfavorável, visto que havia pouca participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo.

6.3.3.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural de Implantação

6.3.3.2.1 Coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo

Categoria favorável, uma vez que os PMS continham ações e metas do VIVA contínuo e essas eram coerentes com o que é preconizado para a implantação dessa intervenção.

6.3.3.2.2 Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo

Categoria favorável, pois existia setor específico para o VIVA contínuo no NC e este acumulava as funções do NPVPS.

6.3.3.2.3 Perfil dos gestores

Categoria favorável, visto que o perfil de todos os gestores, principalmente do coordenador do VIVA contínuo, era compatível com o adequado desenvolvimento das ações desse sistema de vigilância.

6.3.3.2.4 Localização do setor e condições de trabalho

Categoria favorável, uma vez que o perfil do ambiente de trabalho de todos os gestores favorecia o desenvolvimento das ações do VIVA contínuo.

6.3.3.2.5 Permanência de gestores e técnicos

Categoria favorável, pois não havia mudança frequente de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo (exceto para o DS III).

Quadro 22 – Análise do contexto de implantação do VIVA contínuo no município do Recife por categoria temática

VARIÁVEL	CATEGORIA	CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO (%)		
		Total DS (N=6)	NC	MUNICÍPIO
Suporte dado à intervenção	Investimentos para a implantação do VIVA contínuo			14,3
Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Conhecimento sobre o VIVA contínuo			28,6
	Conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro disponível para as ações do VIVA contínuo	N.A		100,0
Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados	Priorização da violência enquanto problema de saúde pública			14,3
	Envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo			14,3
Participação do controle social na intervenção	Participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo	N.A	N.A	—
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO POLÍTICO		8,3	80,0	20,0
Atributos organizacionais	Coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo	N.A	N.A	100,0
	Formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo	N.A		100,0
Atributos dos gestores	Perfil dos gestores do VIVA contínuo			100,0
Atributos do ambiente	Localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho			100,0
	Permanência de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo			85,7
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO ESTRUTURAL		94,4	100,0	95,7
CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CONTEXTO		43,0	88,0	50,0

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: NA = Não se Aplica.

Legenda: ■ Desfavorável ■ Favorável

6.4 RELAÇÃO ENTRE O CONTEXTO E O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO VIVA CONTÍNUO NO MUNICÍPIO DO RECIFE

O GI do VIVA contínuo no município do Recife foi considerado incipiente. Estava não implantado em 66,7% dos DS (DS I, II, V e VI), implantado de forma incipiente nos demais DS (33,3%) e parcialmente implantado no NC (**Quadro 23**) e no consolidado das US do conjunto dos DS (**Quadro 7**).

Os DS I, II, V e VI, que não possuíam o VIVA contínuo implantado, apresentaram o mesmo contexto político e contingente de implantação, tendo sido favoráveis as seguintes categorias temáticas: perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho (**Quadro 23**).

Por sua vez, os DS III e IV, apesar de terem apresentado o mesmo GI (incipiente), diferiram quanto ao cenário contextual. O número de categorias temáticas favoráveis no DS IV foi superior e o do DS III foi ainda menor que o dos DS que não possuíam o VIVA contínuo implantado (**Quadro 23**).

O NC, que possuía o VIVA contínuo parcialmente implantado, apresentou contexto de implantação favorável (88,0%). Apenas a categoria temática priorização da violência enquanto problema de saúde pública mostrou-se desfavorável (**Quadro 23**).

Em suma, no município, o GI foi incipiente (40,3%) e todos os aspectos apontados como desfavoráveis no item 6.3.3 influenciaram esse resultado. O cenário contextual desfavorável dos DS em geral foi o fator que mais contribuiu para o contexto desfavorável observado no município do Recife.

Quadro 23 – Relação entre grau de implantação e contexto de implantação do VIVA contínuo por distrito sanitário, no nível central e no Recife

UNIDADE DE ANÁLISE	GRAU DE IMPLANTAÇÃO		CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO		
	%	Classificação	Categorias temáticas favoráveis à implantação	%	Classificação
DS I	21,9	■	Perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	40,0	■
DS II	14,8	■	Perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	40,0	■
DS III	27,8	■	Perfil dos gestores; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	27,0	■
DS IV	28,7	■	Conhecimento sobre o VIVA contínuo; priorização da violência; perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	70,0	■
DS V	17,1	■	Perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	40,0	■
DS VI	18,1	■	Perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	40,0	■
NC	73,7	■	Conhecimento sobre o VIVA contínuo; envolvimento dos gestores; investimento para a implantação da intervenção; conhecimento e acompanhamento do recurso; perfil dos gestores; permanência de gestores e técnicos; formalização do setor; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	88,0	■
TOTAL (Município do Recife)	40,3	■	Coerência dos planos com as ações do VIVA contínuo; conhecimento e acompanhamento do recurso; perfil dos gestores do VIVA contínuo; permanência de gestores e técnicos; formalização do setor; e localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho	50,0	■

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda GI: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado
Contexto: ■ Desfavorável ■ Favorável

Além das questões relacionadas ao contexto político e contingente, durante as entrevistas, os profissionais das US e os responsáveis pela VE dos DS relataram algumas dificuldades para a implantação do VIVA contínuo. Acredita-se que esses aspectos também interferiram na implantação da intervenção no município, portanto, as dificuldades mais frequentemente relatadas foram descritas no **quadro 24**.

Nesse quadro, observou-se que tanto para os profissionais das US sem setor de VE quanto para os responsáveis pela VE dos DS, uma das principais dificuldades para implantação do VIVA contínuo era o medo dos profissionais de saúde de sofrerem represália (37,6% e 83,3%, respectivamente).

Além disso, os profissionais das US sem setor de VE mencionaram não ter informação sobre o VIVA contínuo (35,5%) e todos os DS referiram que o VIVA contínuo era centralizado no NC, de modo que eles sabiam muito pouco o que acontecia em relação a esse sistema no seu território.

O fato da rede de proteção às pessoas em situação de violência não ser considerada resolutive pelos profissionais de saúde também dificultava a implantação do VIVA na opinião tanto dos profissionais das US sem setor de VE quanto dos responsáveis pela VE dos DS (7,5% e 33,3%, respectivamente).

A dificuldade mais frequentemente relatada pelos profissionais das US com setor de VE foi a não notificação por parte dos profissionais que atendiam às vítimas (54,5%).

Quadro 24 – Principais dificuldades relatadas pelos profissionais das unidades de saúde e pelos responsáveis pela vigilância epidemiológica dos distritos para implantar as ações do VIVA contínuo

PROFISSIONAL	PRINCIPAIS DIFICULDADES REFERIDAS	N	%
Profissionais de unidades de saúde sem setor de vigilância epidemiológica (N=93)	Medo dos profissionais de saúde de sofrerem represália	35	37,6
	Falta de informação / capacitação sobre o VIVA contínuo	33	35,5
	Pacientes e familiares têm medo de informar ou não querem denunciar	23	24,7
	Falta de apoio/retaguarda da instituição/ prefeitura para os profissionais de saúde	11	11,8
	Falta de recursos humanos na unidade de saúde	7	7,5
Profissionais de unidades de saúde com setor de vigilância epidemiológica (N=11)	Rede de proteção não resolutive	7	7,5
	Profissionais da unidade não notificam	6	54,5
	Prontuários são incompletos e ilegíveis	5	45,4
Responsáveis pela vigilância epidemiológica dos distritos sanitários (N=6)	Centralização do VIVA contínuo no nível central (falta de informação nos distritos)	6	100,0
	Medo dos profissionais de saúde de sofrerem represália	5	83,3
	Rede de proteção não resolutive	2	33,3

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: as frequências não podem ser somadas, uma vez que um mesmo profissional pode ter fornecido várias respostas.

7 DISCUSSÃO

7.1 O GRAU DE IMPLANTAÇÃO

O GI obtido no Recife demonstrou que apesar de o VIVA ter sido criado no âmbito nacional em 2006 e o município do Recife ter aderido a ele desde o início (BRASIL, 2006, 2009), ainda não está plenamente implantado nesse município, confirmando a hipótese inicial deste estudo. A melhor situação de implantação foi a do NC e a das US de MC e AC.

Uma das principais dificuldades relatadas pelos entrevistados das US e dos DS para a operacionalização do VIVA contínuo foi o medo dos profissionais das US de sofrerem represália por parte dos agressores. Portanto, o menor GI nas US da AB provavelmente se explica por esse medo, uma vez que os profissionais das USF estão inseridos no território, próximos à população adstrita e mantêm vínculo com a comunidade (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

Pelas características de vinculação e inserção no território, as equipes das USF possuem espaço privilegiado para conhecer os problemas da população pela qual é responsável e desenvolver ações e iniciativas em outros setores para eliminar ou minimizar esses problemas, que incluem a violência. Agir assim é fazer VS. Entretanto, o cotidiano dessas equipes está distante do ideal (NARVAI; PEDRO, 2013). Nesse sentido, paradoxalmente, as USF do Recife apresentaram GI do VIVA contínuo incipiente.

Esse resultado também pode ser reflexo da pouca importância que os profissionais das USF dão às ações de vigilância, concebidas como dissociadas das ações de atenção à saúde; e, ainda, do excesso de atribuições que esses profissionais foram absorvendo, em função do número de famílias cadastradas ser superior ao preconizado. Essas questões foram levantadas por Bezerra (2006), quando avaliou a implantação da VE na Estratégia de Saúde da Família do Recife.

Em relação à análise das dimensões separadamente, ainda que o percentual obtido na dimensão estrutura tenha ficado abaixo do esperado nas US e DS, foi mais elevado que a dimensão processo em todas as unidades de análise (com exceção das US de alguns DS). Isso sugere que é mais fácil obter a estrutura necessária à implantação do VIVA contínuo do que executar as suas ações, mesmo porque a maioria das variáveis da estrutura não é exclusiva desse sistema, mas sim da vigilância dos agravos em geral.

Outra possível explicação para o percentual da dimensão estrutura ter sido maior que o da dimensão processo seria pela resistência dos profissionais ao novo, uma vez que a

violência tradicionalmente era considerada problema exclusivo da segurança pública (MALTA et al., 2007b; MINAYO; LIMA, 2009) e a tradição da VS é com doenças transmissíveis (SILVA JUNIOR, 2004; TEIXEIRA et al., 2011; WALDMAN, 2009). Essa resistência também pode se dar pela complexidade da vigilância desse agravo, que envolve aspectos sociais e culturais, sendo necessário, por exemplo, que o profissional rompa com eventual postura de “machismo” e de medo.

A diferença entre as dimensões de “estrutura” e “processo” foi ainda maior nos DS (razão Estrutura/Processo de 8,2) e pode ser justificada em função da centralização das ações do VIVA contínuo no NC. Todos os gestores dos DS referiram que esse sistema de vigilância era centralizado no NC, de modo que eles sabiam muito pouco o que acontecia em seu território. Sem informação e com as ações sendo executadas pelo NC, dificilmente os DS teriam iniciativa de executar plenamente as ações do VIVA contínuo.

No SUS, preconiza-se que o sistema de saúde, no qual a vigilância se insere, se organize a partir do nível local. Isso tem provocado reflexões sobre a necessidade de mudanças, no sentido do DS ser capaz de identificar seus problemas, implementar propostas, avaliar todo o processo e resultados sozinho e de forma articulada com os demais DS e outros níveis. Além da definição de prioridade no nível local, outra importante vantagem da descentralização das ações é o maior controle e agilidade na aplicação de recursos (CARVALHO; WERNECK, 1998). Portanto, para que o VIVA contínuo avance no Recife, é importante que haja essa descentralização.

O fato de o percentual obtido na dimensão estrutura ter sido mais baixo nas US, especialmente da AB, em relação às demais unidades de análise, pode ser parcialmente explicado pelo provável maior investimento quanto às variáveis que integram a dimensão estrutura nos DS e, principalmente, no NC. A obtenção do percentual máximo na dimensão estrutura pelo NC pode ser decorrente do investimento financeiro do governo federal no VIVA.

Desde 2006 até 2012, período de referência desta pesquisa, esse município recebeu da SVS/MS recurso de incentivo para ações do VIVA. A primeira portaria que instituiu esse incentivo foi a Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006 (BRASIL, 2006).

Por outro lado, entre as US, o fato de aquelas da AB terem apresentado menos estrutura deve-se, parcialmente, ao menor investimento nesse nível de atenção (CAVALCANTI; DESLANDES; MINAYO, 2007). De acordo com essas autoras, o hospital continua sendo para a população em geral e para a maioria dos profissionais do setor saúde, o

principal local de atenção à saúde. Isso decorre do modelo hegemônico de atenção à saúde adotado.

No Brasil, predomina o modelo médico-assistencial privatista, predominantemente curativo e, portanto, voltado para o indivíduo e a doença. Esse modelo caracteriza-se pela demanda espontânea, foco na especialidade médica e incentivo à utilização de serviços de AC (PAIM, 2003).

Ressalta-se que, para ambas as dimensões (estrutura e processo), o grau de exigência nos parâmetros estabelecidos por Lima (2014) e utilizados nesta pesquisa, não foi alto, em função de o VIVA contínuo ser uma intervenção relativamente recente e complexa. Por exemplo, na dimensão “estrutura”, para a variável “recursos humanos”, exigiu-se somente um profissional de nível superior e um de nível médio, que não precisavam ser exclusivos do VIVA contínuo e bastava fazerem alguma ação relacionada a ele.

Portanto, na dimensão estrutura, o fato de o NC ter apresentado percentuais máximos em todas as variáveis e de todas as unidades de análise terem apresentado elevados percentuais nas variáveis “materiais permanentes” e “recursos humanos” e, ainda, percentual máximo na variável “espaço físico”, não significa que esses aspectos estejam em perfeitas condições.

Shimizu e Carvalho Junior (2012) avaliaram as condições e organização do trabalho, entre outros aspectos, a partir da percepção de 243 trabalhadores das USF do Distrito Federal. Esses autores constataram falta de pessoal para a realização das ações de saúde em geral, inadequação do espaço físico, insuficiência de material de consumo e precariedade dos equipamentos existentes.

Outro estudo, realizado nas USF de três municípios com mais de 100.000 habitantes na Bahia (MOURA et al., 2010), evidenciou deficiência nas variáveis de estrutura avaliadas (ambiente físico, recursos materiais e pessoal) em todos os municípios. Assim, acredita-se que a situação no Recife não seja diferente, uma vez que Bezerra (2006), em seu estudo, classificou a estrutura para realização das ações de VE nas USF do Recife como insatisfatória.

Do mesmo modo, na análise de implantação do atendimento hospitalar à luz da PNRMAV, Cavalcanti, Deslandes e Minayo (2007), no Recife, constataram que nos hospitais havia número insuficiente de profissionais para o oferecimento de uma atenção às vítimas de causas externas adequada e de qualidade. De fato, a falta de recursos humanos foi uma das queixas referidas pelos profissionais das US entrevistados no presente estudo.

Ainda que tenha havido certa flexibilidade na exigência dos parâmetros, nas US e DS, nas variáveis “insumos e materiais de expediente e educativos” e, principalmente,

“normatização do VIVA contínuo”, os percentuais apresentados foram baixos. Quanto a essa última variável, chama atenção o fato de apenas os DS I e IV, e de nenhuma US do DS II e poucas dos demais DS terem acesso à lei ou portaria relacionada ao VIVA contínuo.

A dificuldade de acesso à normatização por parte dos profissionais também dificulta seu conhecimento quanto ao que deve ser feito em relação a esse sistema e sua importância. Talvez esse seja um dos motivos pelo qual o DS II obteve o pior percentual na dimensão processo.

No que se refere à variável “insumos e materiais de expediente e educativos”, é preocupante o fato de o número de ficha de notificação/investigação ser insuficiente nos DS I, II e VI para distribuir para todas as suas US, e o de nenhuma US do DS I e nem os DS III, V e VI terem instrutivo de preenchimento dessa ficha. A notificação compulsória, considerada comunicação oficial da ocorrência de uma doença ou agravo à saúde às autoridades sanitárias para fins de intervenção pertinente, é a base do sistema de vigilância (GAZE; PEREZ, 2006; TEIXEIRA et al., 2011). O fato de não haver ficha e nem instrutivo de preenchimento da mesma provavelmente dificulta a realização dessa ação.

Além disso, se nenhum DS e nenhuma US dos DS II e VI possuía instrutivo de análise crítica dos dados e nenhum DS e poucas US possuíam matriz de indicadores epidemiológicos de violência, operacionais e de processo do VIVA contínuo, ainda que a notificação seja feita, o banco de dados dificilmente será qualificado e o agravo e a própria intervenção provavelmente serão pouco ou não serão monitorados.

Os indicadores epidemiológicos demonstram a magnitude e comportamento do agravo; e os operacionais avaliam o desempenho das atividades de vigilância segundo certos atributos, como utilidade, sensibilidade, oportunidade e aceitabilidade (GAZE; PEREZ, 2006). Além disso, os indicadores de processo avaliam a execução das ações do VIVA contínuo. Desse modo, os três tipos de indicadores são importantes para subsidiar a adoção de medidas necessárias para a redução da morbimortalidade por violência e para a maior qualificação do VIVA contínuo, devendo ser feita, segundo Gaze e Perez (2006), por todos os níveis do sistema de VS.

Ainda no que se refere à variável “insumos e materiais de expediente e educativos”, a escassez de material educativo em quantidade e tipo suficiente nos DS e US também é preocupante. Possivelmente dificulta a realização de ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz. Moura et al. (2010) destacam que a insuficiência de materiais educativos é particularmente mais grave nas USF, porque uma das principais linhas de ação dessas US é a prática de atividades de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

A escassez de material de consumo também dificulta a realização das ações de vigilância em geral, não só do VIVA contínuo, e somente os DS III e IV tinham esse material em quantidade suficiente.

Na análise da dimensão processo, o componente “orientações e encaminhamentos” destacou-se positivamente nas US. Esse resultado é intrigante, uma vez que 7,5% dos profissionais de saúde mencionaram que consideravam a rede de proteção social não resolutive. Além disso, um estudo feito utilizando os dados do Sinan, módulo violência, do Recife, do ano de 2012 (SILVA et al., 2013b), demonstrou que o número de encaminhamentos à rede de proteção era bastante inferior em relação ao número de casos notificados.

Por outro lado, vai ao encontro do relato do gestor do DS I, que afirmou que os profissionais de saúde costumavam encaminhar os casos de violência para os serviços da rede de proteção, mas não notificavam para não se comprometerem com o agressor e/ou com a justiça. Também porque acreditavam que o encaminhamento à rede de proteção seria mais resolutive para a vítima que a notificação. Esse resultado parece demonstrar que os profissionais de saúde não acreditam no potencial da VS e que se preocupam em ter uma ação mais imediata para o caso, por isso optam por orientar e encaminhar para a rede de proteção a notificar.

Considera-se rede um padrão de organização de ordem não hierárquica, constituído, necessariamente, por agentes autônomos que, interligados, cooperam entre si em busca de objetivos comuns (PHEBO; NJAINE; ASSIS, 2009). No caso da violência, a rede tem o objetivo de fortalecer o cuidado e a proteção social para a atenção integral às pessoas em situação de violência e sua família. Assim, deve ser composta pela rede de saúde, articulada com as redes de assistência social, educação, sistemas de justiça, segurança pública, órgãos de direito e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2010d).

Nos DS, apesar de “orientações e encaminhamentos” ter sido o componente com maior percentual da dimensão processo, este foi muito baixo (20,0%). Somente o DS III não o zerou, porque encaminhava e orientava os casos de violência contra todos os grupos prioritários, quando a US não fazia isso. No NC, o pior componente da dimensão processo foi esse e os casos de violência contra criança e adolescente eram os únicos que eram encaminhados de forma complementar às US e/ou DS.

Esse resultado talvez se explique parcialmente pelo fato de 33,3% dos gestores de vigilância dos DS não considerarem a rede de proteção social resolutive, de acordo com seus relatos. Além disso, concorda com Silva et al. (2013b), quando afirmam haver falha por parte

dos gestores da vigilância dos DS e do NC da SMS Recife, uma vez que estes deveriam orientar/encaminhar todas as vítimas à rede de proteção nas situações em que o profissional das US não as orientassem/encaminhassem.

Essa orientação/encaminhamento para a rede de proteção é fundamental, tendo em vista que a resolução do problema, quando possível, não se dá no âmbito específico da saúde (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Certamente é uma das ações mais importantes do VIVA contínuo.

Com exceção das US dos DS IV e VI, nas quais o percentual de orientação à mulher superou o percentual de encaminhamento de criança e do adolescente; e das do DS I, que obtiveram 100,0% para todos os grupos prioritários; nas US dos demais DS, o percentual de encaminhamento de criança e adolescente era maior que o de mulher que, por sua vez, era maior que o de idoso.

O encaminhamento de crianças e adolescentes à rede de proteção social pode ser mais comum que a orientação de mulheres e o encaminhamento de idosos, pelo fato da sensibilização em relação à importância do tema violência como pauta para ação de saúde pioneiramente ter se iniciado com a questão da violência contra crianças e adolescentes, na última metade do século XX. Além disso, porque essa militância partiu dos próprios médicos. O segundo segmento populacional a ganhar visibilidade na agenda da saúde em relação à violência foi o de mulheres, pelo protagonismo do movimento feminista, na década de 1980. Por último, o segmento da pessoa idosa entrou na agenda da saúde, fortalecido em 2003, com a promulgação do Estatuto do Idoso (MINAYO, 2007).

O componente “produção e disseminação da informação” foi o de maior destaque positivo no NC, apesar de essa unidade de análise não realizar notificação nem investigação quando as US/DS não realizam, nem produzir relatórios para as US com a devolutiva dos casos notificados por elas. Por sua vez, a situação dos DS quanto a esse componente não foi boa, pois a maioria das ações não era realizada, com exceção de alguns DS para determinadas ações: realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação, pelo DS V; e de análise dos dados do SIM, pelo DS VI; distribuição periódica de informativos/boletins epidemiológicos para as US, pelos DS I e IV; e de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência para as US, pelo DS IV.

As ações desse componente (“produção e disseminação da informação”) são a essência da VS, por ela ser feita com base na informação (desde a coleta dos dados à disseminação da informação gerada a partir deles, para subsidiar a tomada de decisão).

Portanto, a situação crítica identificada nos DS, pela não realização de ações básicas, como análise crítica e epidemiológica de dados e distribuição de informativos epidemiológicos (GAZE; PEREZ, 2006; LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013) e de materiais educativos para as US, indica a necessidade urgente de investimento na implantação do VIVA contínuo nesse âmbito.

Também é crítico o fato de nem os DS nem o NC elaborarem relatórios para as US com a devolutiva dos casos notificados. Segundo Teixeira et al. (2011), deve-se manter o compromisso de responder aos informantes do sistema de vigilância de forma adequada e oportuna. Essa retroalimentação, que pode ser feita, por exemplo, por meio de boletins ou de relatórios, motiva os notificantes, favorecendo a continuidade e o aperfeiçoamento do processo. De acordo com Waldman (2009), um dos motivos da falta de adesão à notificação pelos profissionais de saúde é a ausência de retorno da informação analisada com as recomendações pertinentes.

O retorno quanto ao seguimento da vítima na rede de proteção já é mais difícil de ser dado às US, pois a integração entre a rede de saúde e os serviços que compõem a rede de proteção, e a retroalimentação das atividades realizadas são difíceis de serem conquistadas (MORAES; PERES; REICHENHEIM, 2011).

É possível que não somente o fato de não realizar a retroalimentação em relação à situação epidemiológica e do acompanhamento do caso na rede de proteção desmobilizem e desmotivem os profissionais, mas, também, a escassez de operacionalização de políticas públicas efetivas baseadas nessa vigilância. Um dos aspectos referidos nos processos de formação para a implantação do VIVA contínuo é que as informações produzidas subsidiarão políticas públicas de enfrentamento da violência, entretanto, o VIVA parece ainda não ter essa utilidade na prática. A dificuldade de se estruturar uma rede de atenção e proteção que intervenha de forma efetiva, de modo a ser resolutiva no enfrentamento do problema parece ser uma das barreiras para a execução dessa vigilância, conforme relato dos profissionais das US e dos DS.

A não notificação e não investigação, de forma complementar às US e/ou aos DS, por parte do NC é esperada, considerando a dificuldade que a equipe dessa unidade de análise tem de acesso à população, por não estar inserida no território; e o grande número de US e de habitantes existentes no Recife. Daí a necessidade de os DS realizarem essas ações de forma complementar às US.

Contrariamente ao NC, o componente “produção e disseminação da informação” foi o de maior destaque negativo nas US e entre os seus subcomponentes, o melhor foi

“notificação, busca ativa e investigação”, sendo o pior indicador desse subcomponente, o de investigação e o melhor, o de busca ativa, seguido pelo de notificação.

A investigação epidemiológica visa complementar, confirmar e, se necessário, corrigir as informações contidas na notificação. No caso das doenças transmissíveis, possibilita, também, identificar o caso-índice e acompanhar o surgimento de outros casos a partir dele (GAZE; PEREZ, 2006). Na maioria das vezes, na investigação, se preenche uma ficha com questões padronizadas para cada agravo (LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013). No caso da violência, a ficha de investigação é a mesma da notificação e não é necessário confirmar o caso para encerrá-lo. Ele já se encerra no momento da notificação, ainda que tenha sido notificado como “caso suspeito” (BRASIL, 2011a). Talvez, por esse motivo, os profissionais não realizem a investigação.

A investigação, no caso da violência, tem a função de complementar e corrigir as informações, portanto, se confunde com a ação de realizar crítica do preenchimento da ficha de notificação. Em raras situações, a classificação final do caso, preenchida no momento da notificação, é modificada (BRASIL, 2011a). É provável que a investigação não tenha sido interpretada como similar à crítica do preenchimento da ficha, uma vez que nem todas as unidades de análise obtiveram percentuais semelhantes nesses dois indicadores.

O fato de a investigação não ser feita pelo NC e nem pelos DS, mas só por algumas US, pode explicar parcialmente os percentuais médio de não preenchimento (cerca de 30,0%) e de inconsistência (1,5%) das variáveis, observados por Abath et al. (2014), no Sinan do Recife, módulo violência, em 2012.

É surpreendente o fato de o indicador referente à busca ativa de casos de violência ter apresentado percentual mais elevado que o da notificação. A notificação é entendida como instrumento que potencializa a garantia de direitos e de proteção, ao mobilizar a rede de atenção e proteção e, assim, partilhar com vários setores da sociedade a responsabilidade de proteger a vítima de violência (ASSIS et al., 2012; LIMA, 2012).

A notificação também é um instrumento importante de conhecimento do perfil desse agravo e de acompanhamento do seu comportamento, para subsidiar políticas públicas (BRASIL, 2008, 2009, 2013b; LUNA et al., 2010). Além disso, existem implicações legais na notificação, pois ela é compulsória, deve ser feita por qualquer profissional de saúde, e há possibilidade de punição àquele que não a cumprir (BRASIL, 2011c).

Apesar dessas questões, existe muito receio dos profissionais das US de preencherem a ficha de notificação, para não se envolverem com a justiça e, para não sofrerem represália pelo agressor (principalmente quando se trata de USF), conforme já foi discutido. Talvez seja

por isso que a busca ativa e até a orientação e/ou o encaminhamento da vítima para a rede de proteção sejam mais realizados que a notificação.

Esse medo também foi reportado por 53,8% dos profissionais das USF entrevistados em Fortaleza (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). Lima (2012), ao estudar o processo de implantação da ficha de notificação/investigação de violência, com foco no abuso sexual de crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, além do medo, identificou que os profissionais se queixavam da extensão e da complexidade da ficha. O medo de retaliação e de envolvimento judicial se dava porque os profissionais acreditavam que notificação era denúncia. Portanto, esse sentimento, em parte, era fundamentado pelo desconhecimento quanto ao objetivo da notificação.

Nesse sentido, Luna et al. (2010) afirmam que os profissionais de saúde do Brasil não se prendem à orientação da legislação para notificar a violência, mas sim, às peculiaridades de cada caso (geralmente notificando os mais graves), a fatores de ordem pessoal (medo, reprodução ou aceitação de comportamento violento, entre outros), e à estrutura dos serviços (a estrutura adequada favorece a notificação).

Segundo Waldman (2009), a não notificação dos agravos em geral pode se dar por desconhecimento do profissional sobre a importância desse ato, desconhecimento da lista de doenças e agravos de notificação compulsória, tempo consumido no preenchimento da ficha, ausência de retorno da informação analisada (já mencionado) e receio de quebra de confidencialidade.

Ainda em relação ao componente “produção e disseminação da informação”, é preocupante o fato de as campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz não costumarem ser realizadas ou o serem com periodicidade superior a um ano na maioria das US. No DS I, nenhuma US realizava campanha, apesar de as US desse DS terem apresentado o maior percentual no indicador “existência de materiais educativos” na dimensão estrutura.

Esses achados concordam com o estudo de Silva e Castro (2007) sobre análise de implantação da política de prevenção da violência no Recife, no qual os autores concluíram que nesse município dava-se ênfase à assistência às vítimas e à notificação, em detrimento de ações de prevenção de violência e promoção da saúde.

A pouca prática de ações educativas pode ser herança da tradição de exercer a vigilância de forma fragmentada, sem integrar a produção e disseminação de informação à gestão e execução de ações de prevenção e controle (LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013; SILVA JUNIOR, 2004).

Observou-se que as US da AB costumam realizar mais campanhas, seguidas das de MC, e que as de AC não realizam. Essa foi uma das exceções do percentual não ter sido maior nas US de maior nível de complexidade, possivelmente pela natureza das atribuições da AB. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011d) estabelece como uma das características do processo de trabalho das equipes de AB o desenvolvimento de “ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários”.

Também chama atenção, no componente “produção e disseminação da informação”, o fato das US não costumarem realizar crítica do preenchimento da ficha de notificação, o que compromete a qualidade da informação, conforme já discutido quando se abordou a investigação. Apesar de o NC ter informado realizar essa crítica, o estudo de Abath et al. (2014) sugere que esta prática precisa ser melhorada, uma vez que no Sinan do Recife, módulo violência, em 2012, foram encontradas variáveis sem informação e com informação inconsistente.

O componente “gestão do VIVA” foi o segundo componente da dimensão processo com maior percentual nas US e NC e, o último nos DS. Esse componente envolve ações de monitoramento e avaliação, cuja essência é o monitoramento de indicadores epidemiológicos de violência, operacionais e de processo do VIVA contínuo. Também envolve ações de articulação intra e intersetorial, que nas US e DS, se resume à execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz.

Nos DS e NC, esse componente também envolve ações de educação permanente. Para o NC envolve, ainda, o mapeamento dos serviços que compõem a rede de atenção e proteção à pessoa em situação de violência e a pactuação de atribuições e proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência. Desse modo, o componente “gestão do VIVA” é composto por ações fundamentais para a implantação e fortalecimento do VIVA contínuo, entretanto, com exceção do NC, elas são pouco executadas.

No NC, a maior carência é de ações de monitoramento e avaliação, pois só é realizado o monitoramento de indicadores epidemiológicos, operacionais e de processo com periodicidade entre mais de três meses e um ano. As ações de monitoramento e avaliação não são realizadas nos DS e o são pouco nas US. De acordo com Malta et al. (2006), é muito importante monitorar e avaliar esses indicadores, pois o monitoramento e a avaliação permitem o replanejamento e a readequação das atividades.

Pela natureza complexa da violência, com múltiplas causas envolvidas, seu enfrentamento só se dá por meio de ações intersetoriais e em rede (DAHLBERG; KRUG, 2002). Portanto, as ações de articulação intra e intersetorial também compõem um investimento vital no fortalecimento do VIVA contínuo (MALTA et al., 2007b).

Talvez pelo fato do NC não realizar pelo menos um encontro anual com todos da rede, mas sim com 60,0% a 89,0% dos serviços que a compõem, a rede pode não estar plenamente articulada. O fortalecimento da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência é essencial para o sucesso dessa vigilância, tanto que os profissionais das US e dos DS apontaram a não resolutividade da mesma como uma das principais dificuldades de execução do VIVA contínuo no município, conforme já mencionado.

De fato, Malta et al. (2007b) e Minayo, Deslandes e Souza (2007) reconhecem que é um grande desafio conseguir articular a rede de saúde com a de proteção, integrando a rede de atenção e proteção à pessoa em situação de violência.

Minayo, Deslandes e Souza (2007), na pesquisa de avaliação da PNRMAV, identificaram que em geral os gestores reconhecem a importância da diretriz da prevenção da violência e promoção da saúde para redução da morbimortalidade por causas externas, e a necessidade de estruturação e articulação intersetorial para essas ações. Contudo, a falta de investimento financeiros e em recursos humanos é o fator que dificulta a implantação integral da referida política.

Quanto às ações de educação permanente, observou-se que elas não acontecem nos DS e que o NC obteve pontuação máxima em todos os indicadores desse subcomponente, exceto quanto à formação de profissionais da rede de proteção.

Esse resultado do NC é contraditório, uma vez que tanto os profissionais das US como os dos DS mencionaram nas entrevistas que a falta de informação/capacitação quanto ao VIVA contínuo era uma das principais dificuldades para a sua implantação. Isso pode ser explicado pelo fato de o NC, de acordo com o relato do gestor, ter adotado, no início do processo de implantação, a estratégia de “capacitação em massa”. O NC afirmou ter contratado uma ONG para formar os profissionais de saúde em relação ao VIVA contínuo. Acredita-se que seria melhor ter avançado nessa formação de forma gradativa e envolvendo mais os DS, do que ela ser feita por pessoas externas. Isso para que os profissionais de saúde pudessem conhecer as pessoas de referência para as quais poderiam se reportar quando voltassem a atuar nos serviços e as dúvidas surgissem.

Além disso, o próprio gestor do NC reconheceu a importância de retornar rotineiramente aos serviços para novas formações, em função da grande rotatividade dos

profissionais das US e para que a violência não seja esquecida no processo de trabalho deles. Contudo, reconheceu que, pela limitação do tamanho da equipe, não tem condições de cumprir esse objetivo. Isso mais uma vez reforça a importância de os DS de fato passarem a ser participantes ativos nessa vigilância.

Davini (2009) ainda chama atenção para o fato de as práticas de educação permanente deverem ir além da ação de capacitação. Embora a capacitação faça parte da educação permanente e vise à melhoria do desempenho do pessoal, não costuma ser uma estratégia sistemática e global. Isso porque ela tem caráter técnico e geralmente é uma estratégia descontextualizada quanto ao aspecto político institucional de onde se realiza. A expectativa é que os “conhecimentos transmitidos” pelo especialista sejam incorporados às práticas de trabalho.

Ações de educação permanente são muito importantes para a implantação e fortalecimento de qualquer intervenção, mas também são um dos desafios do SUS (MALTA et al., 2007a). Luna, Ferreira e Vieira (2010) afirmam que a formação é relevante para o manejo de casos de violência e para a qualidade do preenchimento da ficha de notificação. De forma semelhante, Assis, Deslandes e Minayo (2007) referiram que o processo de implantação do VIVA contínuo se dá de forma lenta e gradual, sendo necessário que os profissionais dos serviços se capacitem não apenas para notificar, mas, também, para atuar na área de prevenção e articulação entre os setores, visando ao comprometimento com a filosofia de promoção da saúde.

Em relação ao GI do município do Recife, por fim, salienta-se que pelo fato de a primeira unidade de análise (US) compor a maioria da pontuação esperada para o município, o GI do Recife é bastante influenciado pelo perfil de implantação dessa unidade.

7.2 O CONTEXTO E SUA RELAÇÃO COM O GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Na análise da relação entre o GI do VIVA contínuo e o contexto organizacional político e contingente, observou-se incoerência no DS IV, onde o contexto foi favorável, mas o GI foi incipiente. O que diferiu do contexto desse DS para os demais foi o “conhecimento sobre o VIVA contínuo” e a “priorização da violência enquanto problema de saúde pública”. Apesar de o gestor do DS IV conhecer o VIVA contínuo, inclusive as estratégias necessárias para a sua implantação, e considerar a violência um problema de saúde pública e prioridade de gestão, esses fatores parecem não ter contribuído para a implantação da intervenção.

Possivelmente isso ocorreu porque a gestão do VIVA contínuo no município é muito centralizada no NC, dificultando que os DS assumam seu papel na implantação da intervenção. Conforme já foi mencionado, 100,0% dos gestores entrevistados nos DS referiram essa centralização.

Alguns gestores dos DS chegaram a afirmar que o próprio desconhecimento deles em relação ao VIVA contínuo decorria dessa centralização. O primeiro passo para a implantação de qualquer intervenção é conhecê-la (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2007; MALTA et al., 2007a). Assim, é primordial que o NC, que conhece bem a intervenção e tem a oportunidade de discuti-la com as equipes responsáveis por essa intervenção nos níveis estadual e federal, forme melhor os profissionais dos DS e possibilite uma gestão partilhada desse sistema de vigilância. Somente dessa forma os DS poderão assumir gradativamente as atribuições que lhes competem.

Todos os níveis que compõem o SNVS (municipal, inclusive os DS; estadual e federal), têm atribuições e são corresponsáveis pelas ações desse sistema. Resistências institucionais ao processo de descentralização são uma das dificuldades para assegurar o pleno desenvolvimento de um sistema de VS (TEIXEIRA; RISI JUNIOR; COSTA, 2003).

Carvalho e Werneck (1998) criticam a forma de organização vertical e centralizada, herdada do modelo de vigilância tradicional, que transformou a vigilância em um conjunto de atividades burocráticas, automatizadas e desinteressantes. Para mudar essa visão, os autores afirmam ser necessário transformá-la em um conjunto de atividades participativas, em que cada um saiba o sentido do trabalho que executa.

A classificação das demais categorias temáticas foi idêntica nos DS, exceto “permanência de gestores e técnicos relacionados ao VIVA contínuo”, que em todos era favorável e, no DS III, desfavorável.

Considerando que todos os funcionários do DS III são concursados, como nos demais DS, aparentemente não haveria justificativa para haver mudança frequente da equipe. O gestor desse DS, por estar relativamente há pouco tempo na vigilância, pode não ter respondido corretamente à questão, por desconhecimento ou por ter se confundido no momento da entrevista.

É muito importante o fato de os gestores e técnicos serem concursados para a continuidade das ações, conforme foi relatado pelo gestor do DS I. Segundo Alves (2008), a estabilidade da direção e a pouca rotatividade de técnicos, favorece a implantação da intervenção. Isso porque, dessa forma, os gestores podem dar continuidade aos planos que

construíram e os técnicos às atividades já incorporadas, nas quais possuem experiência e formação adequada.

Por outro lado, os DS mencionaram que havia perdas de funcionários (por vontade própria ou por aposentadoria) e quando isso acontecia, dificilmente eles eram substituídos. Portanto, deve-se considerar a possibilidade do número de funcionários ser insuficiente. Os estudos de Alves (2008) e Sampaio et al. (2011) apontaram haver número insuficiente de profissionais nas secretarias de saúde, gerando acúmulo de tarefas e dificuldade de estabelecimento de rotina, o que não seria favorável à implantação do VIVA contínuo.

No NC, a única categoria temática considerada desfavorável foi “priorização da violência enquanto problema de saúde pública”. Apesar da magnitude da violência no Recife, esse agravo não foi considerado prioritário, portanto dificilmente haverá empenho na implantação do VIVA contínuo.

Além disso, esse resultado pode ser parcialmente explicado pelo fato de o objeto tradicional da vigilância ser as doenças transmissíveis (SILVA JUNIOR, 2004), o que faz com que essas doenças sejam priorizadas, em detrimento das DANT. Isso é confirmado no discurso do gestor do NC, quando afirmou que a violência não era prioridade como a dengue, que envolvia diversas secretarias do governo.

Ainda no NC, o “investimento para a implantação do VIVA contínuo” e o “envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo” foram aspectos positivos para a implantação do VIVA contínuo, mas desfavoráveis em todos os DS.

Em relação ao investimento no NC, observou-se que mesmo a intervenção não sendo considerada prioritária, houve investimento financeiro na mesma, mas via governo federal. O investimento de recursos pelo governo municipal foi considerado irrisório por um dos gestores do NC. Isso é preocupante, pois evidencia o pouco comprometimento da gestão municipal com a intervenção, estando o aporte financeiro sob responsabilidade da esfera federal (SAMPAIO et al., 2011).

Segundo Vilasbôas e Paim (2008), o governo federal, por meio de transferência de recursos financeiros para os municípios, tem sido um forte incentivador de diversos programas/políticas. Essa transferência é feita mediante a adesão dos municípios a esses programas/políticas. Conforme já referido, foi isso o que aconteceu com o VIVA no Recife (BRASIL, 2006). Entretanto, de acordo com Sampaio et al. (2011), quando um projeto não é tomado como uma prioridade da gestão, ainda que tenha recurso disponível, poderá não ter sucesso.

Pluye, Potvin e Denis (2004) afirmam que no início da implantação da intervenção o financiamento pode ser externo ou alocado, mas após três a cinco anos após a implantação, para que se tenha sustentabilidade, os recursos necessários para o funcionamento da intervenção devem ficar sob responsabilidade da organização local e incorporado ao orçamento principal (nos casos em que o recurso era alocado). Portanto, reforça ainda mais o argumento de que essa categoria temática de contexto era desfavorável.

Além disso, Pluye, Potvin e Denis (2004) consideram favorável à implantação da intervenção o investimento adequado não somente de recurso financeiro, mas, também, de equipe qualificada e dispo de tempo e equipamento adequado para o desenvolvimento das atividades. No Recife, além do investimento financeiro de recurso federal no NC, segundo relato de alguns gestores dos DS, nos DS o NC só investiu em disponibilização de fichas e realização de algumas reuniões.

Quanto à outra categoria considerada favorável no NC e desfavorável em todos os DS (“envolvimento de gestores nas ações do VIVA contínuo”), o resultado é preocupante. Segundo Malta et al. (2007b), um primeiro desafio para a implantação do VIVA contínuo é inserir o tema da promoção da saúde e prevenção da violência na agenda dos gestores em todos os níveis do SUS. É importante, para essa inserção, a existência de discussões sobre a temática da violência e a proposta do VIVA contínuo entre os gestores, para que eles se envolvam com a intervenção e passem a “cobrar” a sua implantação.

A inserção na agenda do gestor do NC, apesar de favorável e necessária, não é suficiente para a implantação da intervenção no município. Os gestores dos DS têm que se envolver para dar capilaridade à execução das ações desse sistema de vigilância. De acordo com Sampaio et al. (2011), é importante a descentralização de responsabilidades e a adequação de competências aos diferentes níveis organizacionais para o sucesso da intervenção. Portanto, ainda se tem muito a avançar no Recife.

Em relação ao envolvimento dos gestores, os resultados demonstraram que as metas estabelecidas nos PMS e PAS não eram conhecidas por eles, portanto, dificilmente seriam perseguidas. Esse desconhecimento evidencia o pouco envolvimento deles com o VIVA contínuo. A propósito, o DS VI parecia nem considerar essa intervenção integrante da VS. Talvez em decorrência não só da falta de discussão sobre a mesma no município, mas, também, pela tradição da vigilância ser restrita à informação (SILVA JUNIOR, 2004).

Além do NC, só o DS IV relatou que essa intervenção era discutida entre os gestores, os demais afirmaram o contrário. Um aspecto positivo é que muitos DS demonstraram interesse em participar das discussões. Consideraram que o NC não dava essa oportunidade,

pois existiam poucas reuniões esporádicas, o que se opõem ao relato do gestor do NC. Esse gestor afirmou que mantinha muito contato com os DS, mas assumiu que não conseguia cumprir o cronograma de visita técnica a todos eles. Apesar disso, segundo ele, a intervenção não deixou de ser discutida nas reuniões mensais da VS existentes no município.

É importante haver essas discussões como forma de garantir espaços de escuta e pactuação, importantes para a descentralização e o fortalecimento da intervenção no município (SAMPAIO et al., 2011). De acordo com Wright, Kroll e Parnell (2007), reuniões frequentes e regulares incrementam a comunicação entre os gestores e essa comunicação geralmente resulta em deliberações mais criativas e inovadoras, porque partem de um conjunto de pessoas com habilidades, perspectivas e informações diferentes.

Quanto à “formalização do setor responsável pelo VIVA contínuo”, categoria temática estudada somente no NC, ela se mostrou favorável à implantação da intervenção. A existência de um setor responsável pelo VIVA contínuo (denominado COPAV, no Recife), favorece que as ações sejam executadas, porque garante a existência formal dessa missão e de técnicos específicos para a intervenção na organização (MORGAN, 1996). Também facilita o processo de planejamento de estratégias adequadas à implantação da intervenção e de monitoramento das mesmas. Por outro lado, a fragmentação da estrutura da organização em setores específicos costuma dificultar a integração com outras áreas técnicas (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007).

No caso estudado, além de haver o setor específico, ele é também o NPVPS, o que favorece ainda mais a implantação do VIVA contínuo, porque muitas atribuições do NPVPS são justapostas às do VIVA contínuo, sendo até difícil de diferenciá-las em algumas situações.

Entre as atribuições expressas na portaria que dispõe sobre a implantação dos NPVPS estão: “qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis”; e “garantir a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências” (BRASIL, 2004).

A finalidade do NPVPS, instituído pelo MS em instituições acadêmicas, ONG e secretarias de saúde estaduais e municipais, é desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz. Sua criação foi um importante avanço da abordagem da violência na saúde, porque os núcleos compõem as RPVPS, que têm potencial de inovação na prevenção e erradicação da violência, por atuarem de forma integrada (BRASIL, 2004; MALTA et al., 2007b).

Apesar de a COPAV não ter sido instituída especificamente para implantar o VIVA contínuo, os fatos de ter sido instituída na área de atenção à saúde e depois transferida à da VS, na estrutura do organograma da SMS; e ter sido criada antes do VIVA (desde 2001), foram outros aspectos positivos. Pela existência prévia desse setor, a equipe de trabalho tinha experiência com a temática da violência e tinha estabelecido parcerias intra e extrasetoriais. As parcerias eram, principalmente, com as áreas técnicas de atenção à saúde da mulher e da criança, pelo fato de o setor inicialmente ter se localizado na atenção à saúde. O trabalho integrado com essas áreas foi refletido na elaboração dos PMS analisados. Muitas ações e metas referentes à violência contidas nos planos estavam contempladas na área da saúde da criança e mulher. A integração das áreas técnicas fortalece a implantação do VIVA contínuo.

Outra categoria exclusiva do NC que também se mostrou favorável à implantação foi a de “conhecimento e acompanhamento do recurso financeiro disponível para as ações do VIVA contínuo”. O gestor conhecer o valor disponível e acompanhar o seu gasto é importante porque, a princípio, garante que o recurso seja aplicado de fato no VIVA contínuo.

Também é favorável à implantação do VIVA contínuo o fato de os PMS, desde a criação desse sistema de vigilância até a atualidade, contemplarem ações e metas relacionadas a ele e estas serem coerentes com a sua proposta. Provavelmente isso é reflexo da existência da COPAV desde 2001.

Segundo Teixeira (2010), o PMS é um documento, elaborado a cada quatro anos, que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema municipal de saúde. Esse plano contém as ações prioritárias e as estratégias de implantação propostas no âmbito do SUS municipal.

Considerando que o PMS deve ser fruto da conferência municipal de saúde, da qual participam representantes dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores do SUS, representa o compromisso que a gestão tem em relação ao sistema de saúde municipal. Nesse sentido, ao contemplar ações do VIVA contínuo nesse documento, a gestão está assumindo o compromisso de executá-las, o que é favorável.

Por outro lado, a pouca participação do controle social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo, observada neste estudo, é um fator desfavorável à implantação desse sistema de vigilância. No SUS, controle social significa direitos e deveres da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação das políticas de saúde em cada esfera do governo e está garantido na Lei 8.142/1990 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A fragilidade do controle social repercute

negativamente na implantação da intervenção (SAMPAIO et al., 2011) e demonstra fraca democratização da gestão (ALVES, 2008), nesse caso, da gestão do VIVA contínuo.

As únicas categorias temáticas que foram unanimemente favoráveis à implantação da intervenção (todos os DS e NC) foram “perfil dos gestores relacionados ao VIVA contínuo” e “localização do setor relacionado ao VIVA contínuo e condições de trabalho”. Ambas são relacionadas ao contexto estrutural.

Em relação ao perfil dos gestores, todos os parâmetros analisados foram favoráveis e estão de acordo com Alves (2008) e Sampaio et al. (2011). Particularmente chamou a atenção o fato de todos os gestores entrevistados, exceto o do DS III, estarem na gestão desde 2006/2007. Portanto, acompanharam o processo de implantação do VIVA contínuo desde o início. Outro parâmetro que chamou a atenção foi o bom relacionamento com os colegas de trabalho, o que sugere boa integração entre a equipe e capacidade de escuta. Segundo Wright, Kroll e Parnell (2007), os membros da equipe de trabalho se empenham mais em suas atribuições quando o seu líder, além de ter competência técnica, possui experiência e carisma.

Por outro lado, havia pouca aproximação dos gestores dos DS com a equipe da COPAV. Isso reforça a ideia de centralização da gestão do VIVA contínuo no NC, o que enfraquece a sua implantação.

Apesar disso, o perfil do gestor do NC foi favorável à implantação. Entre outras características, ele tinha experiência com violência de muitos anos, inclusive, na assistência e no Instituto Médico Legal (IML), então tinha noção da rede como um todo e das dificuldades que os profissionais das US passam. Também tinha experiência com implantação de ficha de notificação no município antes da nacional.

Quanto ao ambiente de trabalho, a localização do setor e as condições de trabalho favoreciam o bom desempenho das atividades e a interação com outros técnicos e gestores. Segundo Sampaio et al. (2011) e Wright, Kroll e Parnell (2007), o ambiente físico (instalações) no qual os técnicos e gestores estão inseridos e as estruturas disponíveis (equipamentos) para desenvolver as habilidades podem comprometer a implantação da intervenção, porque interferem na capacidade produtiva deles.

Em resumo, no município do Recife, observou-se que o baixo GI foi influenciado pelo desfavorável cenário contextual político e contingente apresentado. Este, por sua vez, em grande parte, foi reflexo do contexto desfavorável obtido no consolidado dos DS.

As categorias temáticas contextuais que contribuíram para o desfavorável contexto político e contingente de implantação do VIVA contínuo estão relacionadas ao contexto político. Essas categorias foram: “investimento para a implantação do VIVA contínuo”, que

diz respeito ao suporte dado à intervenção; “conhecimento sobre o VIVA contínuo”, relacionada ao controle na organização para operacionalizar a intervenção; “priorização da violência enquanto problema de saúde pública” e “envolvimento dos gestores nas ações do VIVA contínuo”, referentes à coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados; e “participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo”, que se refere à participação do controle social na intervenção.

Além dos fatores contextuais políticos e estruturais estudados, também pode ter contribuído desfavoravelmente para o GI o fato de: 1) a violência ter efetivamente entrado na agenda da saúde somente nos anos 2000, sendo antes tratada exclusivamente como uma problema de segurança pública (MINAYO; LIMA, 2009); 2) a vigilância desse agravo envolver aspectos sociais e culturais que muitas vezes exige dos profissionais uma mudança de postura e quebra de paradigmas; e 3) a tradição da vigilância ser de doenças transmissíveis (SILVA JÚNIOR, 2004; TEIXEIRA et al., 2011; WALDMAN, 2009), havendo resistência à implantação de um agravo não transmissível.

Segundo Poland, Frohlich e Cargo (2009), o poder, a tecnologia, o posicionamento das relações de poder tecnologicamente mediadas e a cultura do lugar (as normas e os sistemas de crença) são níveis sobrepostos de contextos envolvidos na prática da intervenção. Portanto, a apreensão do contexto é complexa. Ele é muito dinâmico e singular, podendo mudar a depender do período e do lugar que é estudado.

Além disso, a própria forma de conduzir a avaliação (construção das hipóteses da pesquisa e a seleção das variáveis e do desenho de estudo) são moldadas, de forma intencional ou involuntária, pelo contexto social no qual o pesquisador está inserido (POLAND; FROHLICH; CARGO, 2009).

Nesse sentido, ainda que esta pesquisa tenha procurado estudar a influência do contexto sobre o GI da forma mais próxima possível da realidade, certamente, ainda há muitas questões a serem exploradas, inclusive sob a ótica da teoria das organizações e, mais especificamente, à luz do modelo político e contingente.

Apesar desta pesquisa apresentar algumas limitações metodológicas, abordadas a seguir, pelo seu ineditismo, abrangência (em função da extensão e da diversidade de fontes de dados e da multiplicidade de unidades de análise) e pelo estudo do contexto, certamente traz importantes contribuições para o avanço da implantação do VIVA contínuo no município. Ela demonstra a situação da implantação dessa intervenção, os fatores favoráveis e desfavoráveis envolvidos nessa implantação e traz recomendações para implantá-la plenamente no âmbito municipal de saúde, cumprindo o objetivo de uma pesquisa avaliativa.

As limitações metodológicas do estudo foram:

- a) O desenho de estudo adotado na pesquisa (estudo de caso único) não permite confrontar os achados com os de outros casos, o que dificulta a sua generalização. Todavia, pela extensão da mesma, principalmente quanto à coleta de dados, seria muito difícil realizar um estudo de múltiplos casos. Além disso, por meio do estudo de caso único foi possível descrever com mais aprofundamento os indicadores do GI e sua relação com os fatores contextuais em cada DS e no NC;
- b) Na determinação do GI, quando alguns indicadores que dependiam de outros, por exemplo, a investigação dependia da notificação que, por sua vez dependia da existência de ficha, e ele não era pontuado, esse resultado negativo conseqüentemente influenciava o resultados dos demais que dependiam dele, puxando o GI para baixo. Entretanto, se os indicadores nessa situação fossem anulados, o resultado seria irreal, estaria privilegiando os casos que não apresentassem pontuação em alguns indicadores;
- c) Também quanto ao GI, quando o número de US com setor de vigilância e, também, o número de US da MC e da AC é pequeno, o resultado do GI será consequência dessas poucas US, às vezes somente uma. Portanto, pelo fato de esses números serem diferentes por DS, a comparação entre os DS deve considerar tal viés. Nada pode ser feito para minimizar esse viés, uma vez que foram estudadas todas as US do Recife;
- d) Ainda em relação ao GI, houve a anulação de indicadores quando o informante do DS e, principalmente, das US, não sabia informar a questão ou informava que a situação ainda não havia acontecido. Isso pode ter super ou subestimado o GI. Entretanto, como o procedimento de anulação foi adotado para todos os informantes, a superestimação ou subestimação foi distribuída por igual, de modo que não compromete o resultado final. Pior seria se a pesquisadora fizesse seu próprio julgamento e atribuísse um valor ao indicador;
- e) Quanto ao estudo do contexto, pela limitação do tempo, de recursos financeiros e dos métodos de coleta utilizados no estudo, não houve a pretensão (e nem poderia tê-la) de esgotar a análise de todas as categorias temáticas relacionadas ao contexto político e contingente. Dessa forma, foram excluídos aspectos como o grau de autonomia dos membros da equipe que atua com o VIVA contínuo;
- f) Ainda que os fatores contextuais que influenciam o GI nas US possam ser diferentes daqueles do âmbito dos DS e NC, nas US eles não foram estudados. Optou-se por não estudá-los para não estender ainda mais o tempo da entrevista com os profissionais de

saúde e, ainda, por considerar que o âmbito das US é o mais operacional do VIVA contínuo. Acredita-se que as dificuldades relatadas pelos profissionais das US já são suficientes para identificar as questões que dificultam a implantação da intervenção nessa unidade de análise;

- g) Ainda que não tenha sido muito frequente, houve questões não informadas nas entrevistas com os gestores dos DS e NC. Isso pode ter comprometido o julgamento da classificação do contexto em algumas situações;
- h) O fato de a pesquisadora ser gestora estadual da área de vigilância de DANT pode ter inibido os informantes chave que eram gestores dos DS e NC durante as entrevistas, embora aparentemente isso não aconteceu, porque a maioria só tomava conhecimento desse fato após a conclusão da entrevista.

Sugere-se que estudos posteriores sejam desenvolvidos sobre o VIVA contínuo, inclusive no Recife, para o acompanhamento do processo de implantação, e que eles avancem no sentido de superar as limitações apontadas. Por fim, é importante mencionar que em função do envolvimento prático da pesquisadora com o objeto de estudo, as hipóteses levantadas e a interpretação dos resultados certamente foram permeadas por sua experiência de cinco anos. Contudo, esse fato não trata-se de uma limitação, visto que Conner, Fitzpatrick e Rog (2012) assumem, e sem nenhuma ressalva, que o contexto de avaliação influencia o próprio processo de avaliação, por influenciar a visão do avaliador.

8 CONCLUSÕES

Esta pesquisa demonstrou que, com exceção do NC, ainda há muito o que se avançar para implantar o VIVA contínuo no âmbito das demais unidades de análise deste estudo e, conseqüentemente, no município do Recife. Também demonstrou que o GI não foi homogêneo entre as unidades e subunidades de análise (US, nos três níveis de complexidade da atenção, DS e NC da SMS).

O GI do VIVA contínuo foi considerado não implantado no consolidado dos DS; incipiente, no consolidado das US e das US da AB, bem como no município do Recife; parcialmente implantado, nas US da MC e AC e no NC da SMS. Em relação ao contexto organizacional político e contingente, em todos os DS, exceto no DS IV, o contexto foi desfavorável. No NC, o contexto foi favorável e, no município do Recife, foi desfavorável.

Os fatores contextuais que influenciaram negativamente a implantação da intervenção no município foram políticos: 1) Pouco suporte dado à intervenção: houve pouco investimento para a implantação do VIVA contínuo; 2) Pouco controle na organização para operacionalizar a intervenção: o VIVA contínuo era pouco conhecido ou era desconhecido; 3) Pouca coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados: a violência não era considerada prioridade e os gestores eram pouco envolvidos com o VIVA contínuo, uma vez que além de não conhecerem as ações e metas estabelecidas nos PMS e PAS, o VIVA era pouco discutido ou não era discutido; 4) Pouca participação do controle social na intervenção: a participação social na definição e acompanhamento das ações do VIVA contínuo era muito tímida, praticamente inexistente.

9 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados da presente pesquisa avaliativa, para o fortalecimento da implantação do VIVA contínuo no município do Recife recomenda-se:

- a) Descentralização da gestão do VIVA contínuo, envolvendo os DS nas discussões e nos processos de educação permanente para eles e para os profissionais das US, de modo que gradativamente eles passem a desenvolver as ações que são de sua competência;
- b) Desenvolvimento, pela equipe dos DS, com o apoio do NC, de estratégias para não identificar os profissionais das US que realizam a notificação;
- c) Desenvolvimento, pela equipe do NC, em parceria com os DS, de matriz de monitoramento da violência (indicadores epidemiológicos e de processo); pactuação desses indicadores com os DS e as US e execução de monitoramento sistemático;
- d) Realização, pela equipe dos DS, com o apoio do NC, de ações de educação permanente para profissionais das US, principalmente das USF, sobre o VIVA contínuo, desmistificando o medo da realização de ações dessa vigilância, especialmente, a notificação; e enfatizando a importância da orientação/encaminhamento das vítimas, inclusive idosos, para a rede de proteção e da execução de ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- e) Realização de crítica da ficha de notificação, pelas US, DS e NC; e do Sinan, pelos DS e NC;
- f) Retroalimentação dos profissionais das US, por meio da produção de relatório pela equipe dos DS e, de forma complementar, pelo NC, sobre essa crítica, informações epidemiológicas e sobre acompanhamento dos casos notificados e encaminhados pelos profissionais das US para a rede de proteção;
- g) US realizar busca ativa de casos de violência no território e, em seguida, notificar e orientar/encaminhar para a rede de atenção e proteção;
- h) Orientação e/ou encaminhamento das vítimas de violência para a rede de atenção e proteção social pelos DS/NC quando as US/DS não fizerem isso;
- i) Provimento das US, especialmente da AB, de recursos humanos, ficha de notificação/investigação de violência, instrutivo de preenchimento da mesma, normatização do VIVA contínuo e materiais educativos. Para as US com setor de vigilância, provimento, ainda, de instrutivo de análise crítica dos dados;

- j) Realização de encontros sistemáticos do NC com os DS, para estimular a descentralização do VIVA contínuo; e com os serviços que integram a rede de atenção e proteção, para fortalecê-la;
- k) Inserção do tema da violência e do VIVA contínuo na agenda do secretário de saúde, demonstrando rotineiramente os indicadores epidemiológicos e os custos que o sistema de saúde tem em função desse agravo, de modo a convencê-lo a adotar o problema como prioritário e, assim, investir recursos próprios de diversas naturezas nele, principalmente nos DS, inicialmente;
- l) Planejamento e monitoramento de metas e estratégias de implantação do VIVA contínuo de forma sistemática e participativa, envolvendo os DS, NC e o controle social;
- m) Provocação, pelos gestores, ao CMS para discutir o VIVA contínuo, pautando temas relacionados à violência em suas reuniões rotineiras.

Essas recomendações possivelmente servirão não somente para o município estudado, mas, também, para os demais municípios do Brasil, podendo contribuir para o fortalecimento do VIVA contínuo nacionalmente.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. de B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências no Sinan em Recife, Pernambuco, de 2009 a 2012. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014.
- ALVES, C. K. de A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica**: análise da implantação do programa em uma gestão estadual. 2008. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; COELHO, A. C. de A. A estratégia de saúde da família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. G. C. da (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 601 - 621.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.
- ASSIS, S. G. de; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 193- 218.
- ASSIS, S. G. de. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.
- BEAUD, S. WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007. 235 p.
- BEZERRA, L. C. A. **A vigilância epidemiológica na perspectiva do Programa Saúde da Família – PSF**: avaliando o processo de implantação das ações. 2006. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, 1975. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei6259.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília, 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001**. Brasília, 2001a. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8050>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, 2001b. 96 p. (Cadernos de atenção básica, n. 8; Série A - normas e manuais técnicos, n. 131).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004**. Brasília, 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 em Estados e Municípios. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006**. Brasília, 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.setembro.06/iels185/U_PT-MS-GM-1356-REP_230606.pdf>. Acesso em: 16 de mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 22, de agosto de 2008** – CGDANT/DASIS/SVS/MS: Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Notificação e o Sinan NET. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA**: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, 2009. 154p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA**: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, 2010a. 140p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Roteiro para uso do Sinan Net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais**: violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília, 2010b. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Brasília, 2010c. Define as terminologias adotadas em 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 estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105285-2472.html>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010d. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, 2011a. 72 p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011**. Brasília, 2011b. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília, 2011c. Define as terminologias adotadas em 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 estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011d. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Brasília, 2013a. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 20 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA**: vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília, 2013b. 164p.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2013c.

CARVALHO, D. M. de.; WERNECK, G. L. Vigilância epidemiológica: história, conceitos básicos e perspectivas. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em vigilância epidemiológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 17 - 31.

CAVALCANTI, M. de L. T.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S. Análise da implementação do atendimento hospitalar. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 159- 169.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 217-238.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. p. 61-74.

CONNER, R. F.; FITZPATRICK, J. L.; ROG, D. J. A first step forward: context assessment. In: ROG, D. J.; FITZPATRICK, J. L.; CONNER, R. F. (Ed.). **Context: a framework for its influence on evaluation practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2012. p. 89-105.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violence - a global public health problem. In: KRUG, E.G. et al. (Org.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 1-22.

- DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília, 2009. p. 39-58. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).
- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.
- CONTEXTO. In: DICIONÁRIO Larousse: dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Nova Cultural, 1992. p. 268.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1- 13.
- FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 715-739.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, supl., p. 1269-1278, 2007.
- GAZE, R.; PEREZ, M. de A. Vigilância epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 73-103.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.
- HOMEM, I. D.; DELLAGNELO, El. H. L. Novas formas organizacionais e os desafios para os expatriados. **RAE** eletrônica, São Paulo, v. 5, n. 1, art. 8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v5n1/29566.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.
- IBGE. **Censo populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=26&dados=0>>. Acesso em: 12 fev. 2012.
- KRUG, E.G. et al. (Org.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, J. de S. **Análise da implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro**. 2012. Tese (Doutorado) - Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, P. de S. **Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em nível municipal**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2014.

LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: o discurso oficial e a prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 148-52, 2010.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. de S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

LUNA, E. J. A.; ARAÚJO, W. N.; CAVALCANTI, L. P. G. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 253-272.

LUZ, T. R. da. Desafios da gerência internacional e novas competências. In: RODRIGUES, S. B. (Org.). **Competitividade, alianças estratégicas e gerência internacional**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 233-252.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v.15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v.16, n. 1, p. 45-55, 2007a.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e prevenção de violências e acidentes no Sistema Único de Saúde: uma política em construção. **Divulg. saúde debate**. Londrina, n. 39, p. 82-92, 2007b.

MARQUES, M. C. de O. **A integração entre o setor saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no Distrito Federal**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MELLO JORGE; M. H. de; CASCÃO, A. M.; SILVA, R. C. **Acidentes e Violências**: um guia para o aprimoramento da qualidade da informação. São Paulo: [s.n.], 2003. 119 p.

MINAYO, M. C. de. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. de. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.23-47.

MINAYO, M. C. de. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132 p.

MINAYO, M. C. de. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, supl., p. 1259-1267, 2007.

MINAYO, M. C. de.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 349 p.

MINAYO, M. C. de.; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E.R. Perspectivas e rumos. In: MINAYO, M. C. de.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 219-230.

MINAYO, M. C. de. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 21-42.

MINAYO, M. C. de.; LIMA, C. A. Processo de formulação e ética de ação da política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-56.

MORAES, C. L.; PERES, M. F. T.; REICHENHEIM, M. E. Epidemiologia das violências interpessoais. In: ALMEIDA FILHO, N. de.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 515-526.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 145-203.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 10, supl 1, p. 69-81, 2010.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 307-335.

OLIVEIRA, W. F. Violência e saúde coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n.3, p.42-53, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª revisão. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1995.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PERNAMBUCO. Polícia Civil. **Regiões Político Administrativas do Recife**. Disponível em: http://www.policiaivil.pe.gov.br/gpca/index.php?id=8&option=com_content&Itemid=7/. Acesso em: 10 jun. 2014.

PHEBO, L.; NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito da gestão em saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 371-375.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Eval. program plann**, New York, v. 27, p. 121-133, 2004.

POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer, 2009. p. 299-317.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2012**. Recife, 2012b.

RECIFE. **A cidade**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

REICHENHEIN, M. E. et al. Violências. In: VICTORA, C. G. et al. (Org.). **Saúde no Brasil**: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 147- 173.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovações no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002

RODRIGUES, J. M. J. **Análise da sensibilidade do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em Cuiabá-MT**. 2013. Dissertação (Mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 15-28.

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.3, n.5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.25, n. especial, p. 112-120, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p. 205-216, 2009.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. de. O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39

SILVA, A. K. C.; CASTRO, R. J. S. **Análise da implantação da Política de Prevenção da Violência na Cidade do Recife**. 2007. Monografia (Especialização) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

SILVA, M. M. A. et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário nacional de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v.16, n. 1, p. 57-64, 2007.

SILVA, M. M. A. et al. Violências como um problema de saúde pública. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013a. p. 297-319.

SILVA, M. C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v.22, n. 3, p. 403-412, 2013b.

SILVA JUNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JUNIOR, J. B.; COSTA, M. da C. N. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 313-356.

TEIXEIRA, C. F. Glossário: termos e expressões mais comuns em política, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 144.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância e monitoramento de eventos epidemiológicos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 643-658.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, 2008.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: homicídios e juventude no Brasil. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2013. Disponível em: <www.juventude.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2014.

WALDMAN, E. A. A vigilância como instrumento de saúde pública. In: WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. p. 91-131.

WALDMAN, E. A.; MELLO JORGE, M. H. de. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p. 71-79, 1999.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 487-528.

WRIGHT, P.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração estratégica**: conceitos. São Paulo: Atlas, 2007. 433 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista utilizado para a identificação do contexto nos distritos sanitários (para responsável pela vigilância epidemiológica)

Município:

Distrito Sanitário:

Informante:

Telefone:

Cargo:

Tempo no cargo:

Existência de setor específico para desenvolver as ações do VIVA? () Sim () Não

Data da entrevista:

- 1) Qual é a situação da violência no seu município? É prioridade para a gestão? Desde quando e por quê?
- 2) O(a) Sr.(a) conhece o VIVA contínuo? O que sabe sobre ele? (o que é, qual é o seu objetivo, como funciona, quais são as estratégias para implantação e os documentos que orientam essa implantação).
- 3) Existe espaço de discussão entre os gestores da vigilância epidemiológica da SMS? Se sim, o VIVA contínuo é discutido? Desde quando, por quem e em que sentido?
- 4) O VIVA contínuo é contemplado nos Planos Municipais de Saúde (2006-2009 e 2010-2013) e nas Programações Anuais de Saúde correspondentes ao plano? (Especificar metas e indicadores).
- 5) Foram investidos recursos neste DS para implantação/implementação do VIVA contínuo? Especifique os investimentos (R.H, financeiros e materiais) e desde quando.
- 6) Em média, qual tem sido o tempo de permanência do responsável pelo VIVA e dos técnicos deste sistema no cargo/função, desde 2006, neste DS?
- 7) Qual é a sua formação e experiência profissional? Informe também o tempo de experiência na área da saúde pública, em especial na vigilância epidemiológica.
- 8) Como se dá a sua relação com os seus superiores (gerente da vigilância em saúde e diretor do DS), subordinados (técnicos), parceiros e com o coordenador do VIVA do nível central da SMS? Comente sobre as parcerias estabelecidas.
- 9) Como o VIVA foi implantado no seu município? Mencione o que facilita e o que dificulta a implantação deste.
- 10) Que sugestões o(a) Sr(a) daria para melhoria da implantação do VIVA contínuo no seu DS e no município?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista utilizado para a identificação do contexto no nível central da SMS (para responsável pelo VIVA contínuo)

Município:
Nível Central da SMS
Informante:
Cargo:
Data da entrevista:

Telefone:
Tempo no cargo:

- 1) Qual é a situação da violência no seu município? É prioridade para a gestão? Desde quando e por quê?
- 2) Comente o que sabe sobre o VIVA contínuo (o que é, qual é o seu objetivo, como funciona, quais as estratégias para implantação e os documentos que orientam essa implantação).
- 3) Existe espaço de discussão entre os gestores da vigilância epidemiológica da SMS? Se sim, o VIVA contínuo é discutido? Desde quando, por quem e em que sentido?
- 4) O VIVA contínuo é contemplado nos Planos Municipais de Saúde (2006-2009 e 2010-2013) e nas Programações Anuais de Saúde correspondentes ao plano? Se sim, especificar metas indicadores e com base em que eles foram construídos.
- 5) Como se dá o processo de planejamento e de acompanhamento das ações do VIVA contínuo? Explique como é feito e quem participa.
- 6) No organograma, onde se situa a coordenação do VIVA? (existe setor específico? É a mesma coordenação do núcleo?) Como essa coordenação se relaciona com o núcleo de prevenção da violência e promoção da saúde, caso exista? Desde quando?
- 7) Foram investidos recursos desta SMS para implantação/implementação do VIVA contínuo? Especifique os investimentos (R.H, financeiros e materiais) e desde quando.
- 8) O(a) Sr.(a) tem conhecimento do recurso financeiro que é destinado e executado para a realização das ações do VIVA contínuo? Especificar qual é o recurso destinado e executado e como é feito o acompanhamento deste recurso.
- 9) Qual é a sua formação e experiência profissional? Informe também o tempo de experiência na área da saúde pública, principalmente na de violência, e a realização de cursos específicos sobre a violência/VIVA).
- 10) Em média, qual tem sido o tempo de permanência do responsável pelo VIVA e dos técnicos deste sistema no cargo/função, desde 2006, no nível central da SMS?
- 11) Como se dá a sua relação com os seus superiores (gerente da vigilância epidemiológica e diretor da vigilância em saúde), subordinados (técnicos), parceiros e com os responsáveis pela vigilância epidemiológica nos DS? Comente sobre as parcerias estabelecidas.
- 12) Como o VIVA foi implantado no seu município? Mencione o que facilita e o que dificulta a implantação deste.
- 13) Que sugestões o(a) Sr(a) daria para melhoria da implantação do VIVA contínuo no nível central desta SMS e no município?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista utilizado para a identificação do contexto no nível central da SMS (para o responsável pela vigilância em saúde)

Município:

Nível Central da SMS

Informante:

Cargo:

Data da entrevista:

Telefone:

Tempo no cargo:

- 1) Qual é a situação da violência no seu município? É prioridade para a gestão? Desde quando e por quê?
- 2) O(a) Sr.(a) conhece o VIVA contínuo? O que sabe sobre ele? (o que é, qual é o seu objetivo, como funciona e quais são as estratégias para implantação).
- 3) Existe espaço de discussão entre os gestores da vigilância epidemiológica dos DS e os gestores da vigilância epidemiológica do nível central da SMS? Se sim, o VIVA contínuo é discutido? Desde quando, por quem e em que sentido?
- 4) Foram investidos recursos desta SMS para implantação/implementação do VIVA contínuo? Especifique os investimentos (R.H, financeiros e materiais) e desde quando.
- 5) Qual é a sua formação e experiência profissional? Informe também o tempo de experiência na área da saúde pública, em especial na vigilância epidemiológica.
- 6) Em média, qual tem sido o tempo de permanência do(a) diretor(a) da vigilância epidemiológica no cargo, desde 2006?
- 7) Como o VIVA foi implantado no seu município? Mencione o que facilita e o que dificulta a implantação deste.
- 8) Que sugestões o(a) Sr(a) daria para melhoria da implantação do VIVA contínuo no nível central desta SMS e no município?

APÊNDICE D – Roteiro utilizado na consulta aos documentos para a identificação do contexto

Na consulta a documentos identificar, em relação ao VIVA contínuo:

1) Aspectos contemplados nos Planos Municipais de Saúde (2006-2009 e 2010-2013) (perfil epidemiológico, atividades e metas)
2) Aspectos contemplados nas Programações Anuais de Saúde (atividades e metas)
3) Aspectos registrados em ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde (participação na aprovação e acompanhamento dos planos, programações e projetos; pautas relacionadas à violência)
4) Aspectos contemplados nos Relatórios Anuais de Gestão (2006-2012)

APÊNDICE E – Roteiro de observação

Município:

Cenário de observação (local):

Data:

Impressões sobre:

1) Recursos humanos (quantidade, motivação para o trabalho e relacionamento entre os profissionais)
2) Instalações físicas (local de trabalho agradável, bem conservado, instalações favorecem a integração com outros setores, fácil acesso à chefia)
3) Equipamentos e recursos (quantidade e condições de funcionamento)
4) Outras considerações

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: **Análise da Implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em um município de Pernambuco**, de autoria de Marcella de Brito Abath, sob orientação da pesquisadora Maria Luiza Carvalho de Lima e coorientação da professora Maria Luiza Timóteo, ambas vinculadas ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

A pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes contínuo (VIVA contínuo) no Recife. Se concordar em contribuir com a mesma, a sua participação consistirá em responder, uma única vez ou mais de uma, a depender de sua preferência, a uma entrevista. Esta terá duração de, aproximadamente, uma hora e, caso concorde, poderá ser gravada para posterior transcrição e análise. Perguntaremos ao Sr(a) questões relativas à estrutura e às ações do VIVA contínuo no seu município de trabalho.

Será garantido ao Sr(a) que as informações referentes à pesquisa só serão utilizadas para fins científicos e que os seus dados pessoais serão mantidos sob sigilo, de modo que a sua identificação será feita por meio de códigos. O(a) Sr(a) é livre para recusar-se a participar ou a responder a algum questionamento, retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. Tais atitudes não acarretarão nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

O(a) Sr(a) não terá nenhum benefício pessoal direto em participar desta pesquisa, mas as informações prestadas ajudarão a avaliar a implantação do VIVA contínuo para subsidiar o processo de tomada de decisão, por parte da gestão do município e, também, pelo próprio Ministério da Saúde, sobre futuros ajustes nas estratégias de implantação desse sistema de vigilância. Nesse sentido, o estudo poderá contribuir para a otimização do uso de recursos públicos e para o alcance pleno dos objetivos propostos por essa vigilância.

Uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora doutoranda Marcella Abath ou com a sua orientadora Maria Luiza Carvalho pelo telefone (81) 2101-2664, e-mail: abtabt@ig.com.br ou no endereço do CPqAM.

Eu, _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do **Participante** Data

Nome e Assinatura do **Entrevistador** Data

Testemunha 1 Data **Testemunha 2** Data

CPqAM -Av.Prof.Moraes Rego, s/ n – Cidade Universitária – CEP: 50670-901 – Recife/ PE
Fone: (81) 2101-2500/2101-2600

ANEXO A – Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº				
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS								
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).								
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual			
	2	Agravado(a) VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS		Código (CID10)	3	Data da notificação		
	4	5	Município de notificação		Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7	Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8	Nome do paciente			9	Data de nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante		
	13	Raça/Cor			14	Escolaridade		
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe			
Dados de Residência	17	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares							
	Dados da Pessoa Atendida	31	Ocupação					
32		Situação conjugal / Estado civil			33	Relações sexuais		
34		Possui algum tipo de deficiência / transtorno?		35	Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?			
Dados da Ocorrência	36	37	Município de ocorrência		Código (IBGE)	38	Distrito	
	39	Bairro		40	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41	Número	42		Complemento (apto., casa, ...)		43	Geo campo 3
	44	Geo campo 4		45	Ponto de Referência		46	Zona
	47	Hora da ocorrência		(00:00 - 23:59 horas)				
	48	Local de ocorrência			49	Ocorreu outras vezes?		
	50	A lesão foi autoprovocada?			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008								

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			<input type="checkbox"/> Força corporal/espionamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro				
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal				
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros				
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)				
	01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado			01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescocoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado				
Dados do provedor autor da agressão	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
	1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional				
Evolução e encaminhamento	61 Sexo do provável autor da agressão			62 Suspeita de uso de álcool				
	1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado							
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado							
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRA3-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros							
	65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado				
67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX								
68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo								
69 Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado								
70 Se óbito por violência, data								
71 Data de encerramento								
Informações complementares e observações								
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____								
Observações Adicionais:								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Disque-Saúde 0800 61 1997</td> <td style="text-align: center;">TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="text-align: center;">Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100</td> </tr> </table>						Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES					
Nome		Função		Assinatura				
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008								

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf

ANEXO B – Matriz de análise e julgamento do VIVA contínuo em nível municipal

DIMENSÃO: ESTRUTURA					continua
VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	Pelo menos 1 profissional de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h realizando as ações do VIVA	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 profissional de saúde com carga horária mínima de 20h realizando ações do VIVA 0,0 = Nenhum profissional de saúde ou com carga horária mínima < 20h
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	Pelo menos 1 técnico com nível médio e carga horária mínima de 20h realizando as ações do VIVA	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 técnico de nível médio com carga horária mínima de 20h realizando ações do VIVA 0,0 = Nenhum técnico ou com carga horária mínima < 20h
	Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Existe gerente de VE com carga horária de 40h 0,5 = Existe gerente de VE com carga horária entre 20 e 40h 0,0 = Não existe ou com carga horária < 20h
	Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h	Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h	Entrevista com informante chave do NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Existe coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h 0,0 = Não existe ou com carga horária < 20h
Insumos e materiais de expediente e educativos	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	Fichas de notificação/investigação em nº suficiente para distribuir para DS/US	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Nº de fichas de notificação/investigação suficiente 0,5 = Nº de fichas de notificação/investigação insuficiente 0,0 = Não possui fichas de notificação/investigação
		Fichas de notificação/investigação em nº compatível com a demanda da US			
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe instrutivo de preenchimento da ficha 0,0 = Não existe
	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	Existência de instrutivo de análise crítica de dados	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe instrutivo de análise de análise crítica de dados 0,0 = Não existe

51

DIMENSÃO: ESTRUTURA					continuação
VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Insumos e materiais de expediente e educativos	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA 0,5 = Existe matriz com 1 ou 2 tipos de indicadores 0,0 = Não existe matriz de monitoramento
		Existência de materiais educativos em quantidade e tipo suficiente para distribuir para todas as US/DS			Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	Existência de material de consumo em quantidade suficiente para atender à demanda das US, DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	Existência de sala para a VE nas US que possuem setor de VE e nos DS (não precisa ser exclusiva da VE/VIVA) Existência de sala para a equipe do VIVA no NC da SMS (não precisa ser exclusiva do VIVA)	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Existe sala para VE 0,0 = Não existe
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	Pelo menos 1 computador funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e Sinan instalado nas US que possuem setor de VE e nos DS	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 computador funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e Sinan instalado 0,5 = 1 computador funcionando com pelo menos o Sinan instalado 0,0 = Não possui computador ou possui sem o Sinan instalado ou não funcionando

51

DIMENSÃO: ESTRUTURA					conclusão
VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	Pelo menos 2 computadores funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e ao SIM e com Sinan instalado no NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 2 computadores funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e ao SIM e com Sinan instalado 0,5 = 2 computadores funcionando com pelo menos acesso ao SIM e com Sinan instalado 0,0 = 1 ou 2 computadores sem funcionar ou 1 computador funcionando com acesso ao SIM e com Sinan instalado ou não possui computador
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	Pelo menos 1 impressora disponível e funcionando (não precisa ser exclusiva do VIVA)	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 impressora disponível e funcionando 0,0 = Não existe impressora ou não funciona
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	Pelo menos 1 telefone disponível e funcionando (não precisa ser exclusivo da VE/VIVA)	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 telefone disponível e funcionando 0,0 = Não existe telefone ou não funciona
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	Existência de lei/portaria nacional disponível	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível 0,0 = Não existe
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município disponível	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe normatização orientando ações do VIVA 0,0 = Não existe

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continua	
Componente do Modelo Lógico: Gestão do VIVA							
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES	
Monitoramento e Avaliação	Elaboração de matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo para monitoramento do VIVA	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Matriz elaborada contemplando os 3 tipos de indicadores	
						0,5 = Matriz elaborada contemplando 2 tipos de indicadores	
						0,0 = Matriz de indicadores não elaborada ou contemplando apenas 1 tipo de indicador	
	Disponibilização da matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo para monitoramento do VIVA	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada pelo NC da SMS para 100% dos DS	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada pelo DS/NC da SMS para 100% das US com setor de VE	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Matriz de indicadores disponibilizada para 100% dos DS/US com setor de VE
							0,5 = Matriz de indicadores disponibilizada para 60 a 99% dos DS/US com setor de VE
Pactuação das metas dos indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA com os DS e US	Metas pactuadas	Metas pactuadas pelo NC da SMS com 100% dos DS	Metas pactuadas pelo DS/NC da SMS com 100% das US com setor de VE	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Metas dos indicadores pactuadas com 100% dos DS/US com setor de VE	
						0,5 = Metas dos indicadores pactuadas com 60 a 99% dos DS/US com setor de VE	
Monitoramento sistemático do sistema VIVA	Periodicidade do monitoramento realizado	Monitoramento realizado trimestralmente	Monitoramento realizado trimestralmente	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Monitoramento realizado pelo menos trimestralmente	
						0,5 = Monitoramento realizado entre mais de 3 meses e 1 ano	
Articulação Intra e Intersetorial	Identificação da rede de serviços de saúde e de proteção social	Nº de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência identificados	No mínimo 1 serviço de referência para atenção à saúde, delegacia e conselho tutelar identificados no município	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 3 serviços de referência identificados	
						0,5 = 2 serviços de referência identificados	
						0,0 = 1 ou nenhum serviço de referência identificado	

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continuação	
Componente do Modelo Lógico: Gestão do VIVA							
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES	
Articulação Intra e Intersetorial	Realização de encontros com a rede articulada	Nº de encontros realizados para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência	Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com pelo menos 90% dos serviços identificados	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com pelo menos 90% dos serviços identificados	
						0,5 = Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com 60 a 89% dos serviços identificados	
						0,0 = nenhum encontro ou 1 encontro realizado ao ano com menos de 60% dos serviços identificados	
	Execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz (ex.: palestras sobre a prevenção das violências, campanhas de enfrentamento a violência)	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	Medidas executadas pelo menos trimestralmente nas US	Medidas executadas pelo menos trimestralmente nos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Medidas executadas pelo menos trimestralmente
							0,5 = Medidas executadas entre mais de 3 meses e 6 meses
							0,0 = Medidas não executadas ou executadas com mais de 6 meses
Educação permanente	Capacitação de ESF e NASF	Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	Pelo menos 1 profissional de cada ESF capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 100% das ESF	
						0,5 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 60% a 99% das ESF	
						0,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em menos de 60% das ESF ou nenhum profissional capacitado	
		Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	Pelo menos 1 profissional de cada NASF capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 100% dos NASF	
						0,5 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 60% a 99% dos NASF	
						0,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em menos de 60% dos NASF ou nenhum profissional capacitado	

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continuação
Componente do Modelo Lógico: Gestão do VIVA						
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Educação permanente	Capacitação dos profissionais das unidades tradicionais, policlínicas, hospitais, maternidades, CAPS e UPA	Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento/orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	Pelo menos 1 profissional de cada serviço capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 100% das US
						0,5 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 60% a 99% das US
						0,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em menos de 60% das US ou nenhum profissional capacitado
	Capacitação dos gestores e técnicos dos DS e dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA	Nº de gestores e técnicos da VE dos DS responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	Pelo menos 1 gestor ou técnico dos DS capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 gestor ou técnico dos DS capacitado
Educação permanente	Capacitação dos gestores e técnicos dos DS e dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA	Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	Pelo menos 1 gestor ou técnico dos setores de VE das US capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 gestor ou técnico dos setores de VE das US capacitado
						0,0 = Nenhum gestor ou técnico dos setores de VE das US capacitado
	Capacitação de profissionais da rede de proteção	Nº de profissionais da rede de proteção capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	Pelo menos 1 representante de cada serviço de proteção que compõe a rede do município (Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, CREAS, CRAS, Ministério Público, Delegacia) capacitado	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 representante de cada serviço de proteção capacitado
						0,5 = Pelo menos 1 representante de 50% a 99% dos serviços de proteção capacitados, sendo um deles o Conselho Tutelar
0,0 = 1 representante de menos de 50% dos serviços de proteção capacitados ou nenhum representante capacitado						
Componente do Modelo Lógico: Produção e disseminação da informação						
Notificação, busca ativa e investigação	Notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	Pelo menos 1 caso notificado	Entrevista com informante chave das US com e sem setor, DS e NC da SMS e consulta ao Sinan ¹	1	1,0 = Pelo menos 1 caso notificado
						0,0 = Nenhum caso notificado
	Realização de busca ativa dos casos	Busca ativa realizada	Busca ativa realizada	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE	1	1,0 = Busca ativa realizada
						0,0 = Busca ativa não realizada
	Investigação de casos	Investigação de casos realizada	Investigação ² de casos notificados com variáveis incompletas ou inconsistentes realizada	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Investigação realizada
						0,0 = Investigação não realizada

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continuação
Componente do Modelo Lógico: Produção e disseminação da informação						
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Processamento e análise dos dados	Crítica dos dados	Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelas US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada	Crítica das notificações realizada	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE	1	1,0 = Crítica realizada 0,0 = Não realiza crítica
		Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelos DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	Crítica realizada antes da digitação/envio da ficha para o DS/NC da SMS?	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Crítica realizada pelo menos mensalmente 0,5 = Crítica realizada entre mais de 1 mês e 3 meses 0,0 = Crítica realizada acima de 3 meses ou não realizada
		Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	Pelo menos 1 relatório produzido semestralmente	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 relatório produzido semestralmente 0,5 = 1 relatório produzido entre mais de 6 meses e 1 ano 0,0 = 1 relatório produzido acima de 1 ano ou não produzido
		Análise de dados	Periodicidade de análise dos dados do Sinan relativos à violência	Dados do Sinan relativos à violência analisados, no mínimo, semestralmente pelos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1
	Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência		Dados do SIM relativos à violência analisados, no mínimo, anualmente pelos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Dados do SIM analisados anualmente pelos DS e NC da SMS 0,5 = Dados do SIM analisados entre mais de 1 ano e 2 anos pelos DS e NC da SMS 0,0 = Dados do SIM não analisados ou analisados em uma periodicidade acima de 2 anos pelos DS e NC da SMS

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continuação					
Componente do Modelo Lógico: Produção e disseminação da informação											
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES					
Processamento e análise dos dados	Análise de dados	Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	Dados do SIH relativos à violência analisados, no mínimo, anualmente pelo NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Dados do SIH analisados anualmente pelo NC da SMS 0,5 = Dados do SIH analisados entre mais de 1 ano e 2 anos pelo NC da SMS 0,0 = Dados do SIH não analisados ou analisados em uma periodicidade acima de 2 anos pelo NC da SMS					
						Retroalimentação da informação	Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	Retroalimentação realizada mensalmente para 100% dos DS e US que realizaram notificação	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Retroalimentação realizada pelo menos mensalmente para 100% dos DS e US 0,5 = Retroalimentação realizada entre mais de 1 mês e 6 meses para 100% dos DS e US ou pelo menos mensalmente para entre 50 e 99% dos DS e US 0,0 = Retroalimentação realizada acima de 6 meses para 100% dos DS e US, ou realizada pelo menos mensalmente para menos de 50% dos DS e US ou não realizada
	Disseminação da informação	Produção e distribuição de informativo ou boletim epidemiológico	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	Pelo menos 1 ao ano produzido pelos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 informativo/boletim ao ano 0 = Nenhum ao ano				
Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência			Informativos/boletins epidemiológicos distribuídos pelo menos 1 vez ao ano para 100% dos serviços de saúde; saúde do idoso, do homem, da criança e adolescente, da mulher, da pessoa com deficiência; para pelo menos 1 secretaria parceira (secretarias da mulher, da infância e juventude, de direitos humanos, dentre outras); e para pelo menos 1 dos demais integrantes da rede de atenção e proteção pelos DS e/ou NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Informativos/boletins distribuídos pelo menos 1 vez ao ano para 100% dos serviços, equipes da atenção à saúde, pelo menos 1 secretaria e 1 serviço integrante da rede de atenção e proteção 0,5 = Informativos/boletins distribuídos 1 vez ao ano para de 60% a 99% dos serviços e equipes da atenção à saúde, e pelo menos 1 secretaria e 1 serviço integrante da rede 0,0 = Informativos/boletins distribuídos 1 vez ao ano para menos de 60% dos serviços e equipes da atenção à saúde ou não distribuídos					

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continuação
Componente do Modelo Lógico: Produção e disseminação da informação						
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Disseminação da informação	Elaboração e distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	Periodicidade de elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento, caso não exista publicação estadual que contemple o município	Material instrutivo elaborado pelo menos a cada 3 anos (quando não existe publicação estadual que contemple o município)	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Material instrutivo elaborado pelo menos a cada 3 anos 0,5 = Material instrutivo elaborado há mais de 3 anos 0,0 = Material instrutivo não elaborado
		Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	Pelo menos 1 material instrutivo distribuído pelo NC da SMS para 100% dos DS, pelo menos a cada 3 anos Pelo menos 1 material instrutivo distribuído pelo DS/SMS para 100% das US, pelo menos a cada 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Material instrutivo distribuído pelo menos a cada 3 anos para 100% dos DS e US 0,5 = Material instrutivo distribuído a cada 3 anos para de 60% a 99% dos DS e US, ou há mais de 3 anos para 100% dos DS e US 0,0 = Material instrutivo não distribuído ou distribuído há mais de 3 anos para menos de 60% dos DS e US
	Elaboração e distribuição de relatórios sobre o seguimento dos casos notificados	Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	Pelo menos 1 relatório elaborado mensalmente pelo DS ou NC da SMS para 100% das US que notificam	Entrevista com informante chave do DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 relatório elaborado mensalmente para 100% das US 0,5 = Pelo menos 1 relatório elaborado entre mais de 1 mês e 6 meses para 100% das US ou elaborado mensalmente para 60% a 99% das US 0,0 = Nenhum relatório elaborado ou elaborado com mais de 6 meses para 100% das US ou elaborado mensalmente para menos de 60% das US
		Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	Pelo menos 1 relatório distribuído mensalmente pelo DS ou NC da SMS para 100% das US que notificam	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 relatório distribuído mensalmente para 100% das US que notificam 0,5 = Pelo menos 1 relatório distribuído entre mais de 1 mês e 6 meses para 100% das US ou distribuído mensalmente para 60% a 99% das US 0,0 = Nenhum relatório distribuído ou distribuído com mais de 6 meses para 100% das US ou distribuído mensalmente para menos de 60% das US

51

DIMENSÃO: PROCESSO						continuação
Componente do Modelo Lógico: Produção e disseminação da informação						
SUBCOMPONENTE	VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Disseminação da informação	Elaboração e distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	Periodicidade de elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	Pelo menos 1 material educativo elaborado pelo menos 1 vez ao ano	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Material educativo elaborado pelo menos 1 vez ao ano 0,5 = Material educativo elaborado entre mais de 1 ano e 2 anos 0,0 = Material educativo elaborado há mais de 2 anos ou não elaborado
		Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	Material educativo distribuído pelo NC da SMS para 100% dos DS pelo menos 1 vez ao ano	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Distribuição para 100% dos DS e US pelo menos 1 vez ao ano 0,5 = Distribuição para 60% a 99% dos DS e US pelo menos 1 vez ao ano ou distribuição para 100% dos DS e US entre mais de 1 ano e 2 anos 0,0 = Distribuição para menos de 60% dos DS e US ou distribuição para 100% dos DS e US há mais de 2 anos ou não distribuição
			Material educativo distribuído pelo DS para 100% das US pelo menos 1 vez ao ano			
	Realização de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	No mínimo 1 campanha realizada por ano	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 campanha realizada por ano 0,5 = Pelo menos 1 campanha realizada entre mais de 1 ano e 2 anos 0,0 = Campanha realizada há mais de 2 anos ou não realizada

51

DIMENSÃO: PROCESSO					conclusão
Componente do Modelo Lógico: Orientações e encaminhamentos					
VARIÁVEL	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Orientação a mulheres em situação de violência quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	Mulheres em situação de violência orientadas pelos profissionais de saúde das US, dos DS e no NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Mulheres orientadas
					0,0 = Mulheres não orientadas
Encaminhamento/ Comunicação para os serviços que compõe a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	Casos de violência contra criança e adolescente comunicados, pelo menos ao Conselho Tutelar	Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar, pelos profissionais de saúde das US, DS e no NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Casos de violência contra crianças e adolescentes comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar
					0,0 = Casos de violência contra crianças e adolescentes não comunicados
Encaminhamento/ Comunicação para os serviços que compõe a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	Casos de violência contra pessoas idosas comunicados pelo menos à autoridade policial ou ministério público ou conselho do idoso, pelos profissionais de saúde de das US, DS e no NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Casos de violência contra idosos comunicados pelo menos a 1 serviço
					0,0 = Casos de violência contra idosos não comunicados

¹ A consulta ao Sinan não estava prevista na matriz original construída por Lima (2014), mas foi adaptada para esta pesquisa no intuito de confrontar o relato dos profissionais com a base de dados do Sinan, do ano de 2012 (ano anterior ao da coleta dos dados). Primeiro considerou-se o relato dos profissionais, quando afirmavam que notificavam, uma vez que o nome da US poderia não aparecer no Sinan, em função da estratégia utilizada no município de não identificar certas US pelo receio que os profissionais têm de sofrerem represália do agressor da pessoa notificada. Entretanto, quando o relato era de que não havia notificação e o Sinan demonstrava que pelo menos um caso foi notificado na US, considerou-se a resposta como positiva.

² A investigação em questão é a busca de informações no prontuário do paciente e/ou em laboratórios. O encerramento, no caso da violência, corresponde à data da notificação.

³ Na matriz original a periodicidade era mensal, contudo, optou-se por não estabelecer periodicidade considerando que esta varia em função da rotina de notificação de cada DS/NC.

ANEXO C – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nas unidades de saúde sem setor de vigilância epidemiológica

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____
 Município: _____ Distrito Sanitário: _____
 Nome da Unidade de Saúde: _____
 Nível de complexidade da unidade: ()Aten. Básica ()Média Compl. ()Alta compl.
 Entrevistado: _____
 E-mail: _____ Fone: () _____ - _____
 Formação: _____
 Setor/Serviço que atua: _____
 Tempo no serviço: _____ Cargo: _____

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – VIVA
(COMPONENTE CONTÍNUO)

Dimensão: Estrutura

A – Recursos humanos

1. Existem profissionais de saúde que realizam ações do VIVA (ex: notificação, digitação, envio da ficha para o distrito sanitário ou nível central da SMS etc)?

SIM NÃO

1.1. Qual nível de escolaridade, carga horária semanal e quantos são esses profissionais de saúde?

- Nível médio; 20h semanais n° de profissionais de saúde: _____
 Nível médio; 30h semanais n° de profissionais de saúde: _____
 Nível médio; 40h semanais n° de profissionais de saúde: _____
 Nível superior; 20h semanais n° de profissionais de saúde: _____
 Nível superior; 30h semanais n° de profissionais de saúde: _____
 Nível superior; 40h semanais n° de profissionais de saúde: _____

1.2. Quais são essas ações?

B – Insumos e materiais de expediente e educativos

2. A unidade possui fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

2.1 As fichas de notificação/investigação são em quantidade compatível com a demanda da unidade?

SIM NÃO

3. A unidade possui instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências disponível?

SIM NÃO

4. A unidade possui materiais educativos (ex.: cartaz, folder) para prevenção da violência?

SIM NÃO

4.1 Os materiais são em quantidade e tipo (ex.: cartaz, folder) suficiente para atender à demanda da unidade?

SIM NÃO

4.2 Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros Quais? _____

5. A Unidade possui materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd)?

SIM NÃO

5.1. Os materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd) são em quantidades suficientes para atender a demanda da Unidade?

SIM NÃO

C – Normatização do VIVA

6. Existe lei/portaria/norma nacional sobre o VIVA disponível para consulta na unidade de saúde?

SIM NÃO

6.1. Qual(is)?

7. Existe alguma normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA (ex.: orientação sobre o fluxo na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência)?

SIM NÃO

7.1 Qual(is)?

Dimensão: Processo**D – Articulação intra e intersetorial**

8. Executa as medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz (ex.: palestras sobre a prevenção das violências, campanhas de enfrentamento a violência)?

SIM NÃO

8.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

8.2 Cite algumas dessas medidas.

8.3 Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM NÃO

8.4 Quais medidas e com quais setores?

E - Notificação

9. Nessa unidade de saúde são notificados casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

9.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

10. Realiza busca ativa de casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

10.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

10.2 Como essa busca ativa é feita?

11. Realiza investigação (resgate de informações) dos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas quando necessária (variáveis incompletas e inconsistentes)?

SIM NÃO

11.1. Em média, quantos casos são notificados no mês? _____

11.2. Desses, quantos são investigados? _____

11.3. Como essa investigação é feita?

12. Quais dificuldades são encontradas no processo de notificação, investigação e busca ativa?

F – Processamento e análise dos dados

13. Realiza crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completitude antes do envio das mesmas para o distrito sanitário ou nível central da SMS?

SIM NÃO

13.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

G – Disseminação da informação

14. Realiza campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz?

SIM NÃO

14.1 Quantas vezes ao ano?

1 2 3 4 ou mais

H – Orientações e encaminhamentos

15. Após o atendimento às vítimas de violência, que encaminhamentos e orientações são realizados?

16. Nessa unidade de saúde as mulheres em situação de violência são orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços da rede de proteção aos quais podem recorrer?

SIM NÃO

17. Nessa unidade de saúde os casos de violência contra criança e adolescente são comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar?

SIM NÃO

17.1. Se não, os casos de violência contra criança e adolescente são comunicados a outros órgãos?

SIM NÃO

17.2. Quais?

18. Nessa unidade de saúde os casos de violência contra pessoas idosas são comunicados à autoridade policial, ministério público ou conselho do idoso?

SIM NÃO

ANEXO D – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nas unidades de saúde com setor de vigilância epidemiológica

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____
 Município: _____ Distrito Sanitário: _____
 Nome da Unidade de Saúde: _____
 Nível de complexidade da unidade: ()Aten. Básica ()Média Compl. ()Alta compl.
 Entrevistado: _____
 E-mail: _____ Fone: () _____ - _____
 Formação: _____
 Setor/Serviço que atua: _____
 Tempo no serviço: _____ Cargo: _____

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – VIVA
(COMPONENTE CONTÍNUO)

Dimensão: Estrutura
A – Recursos humanos

1. Existem profissionais de saúde que realizam ações do VIVA (ex: notificação, digitação, envio da ficha para o distrito sanitário ou nível central da SMS etc)?

SIM NÃO

1.1. Qual nível de escolaridade, carga horária semanal e quantos são esses profissionais de saúde?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |

1.2. Quais são essas ações?

B – Insumos e materiais de expediente e educativos

2. A unidade possui fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

2.1. As fichas de notificação/investigação são em quantidade compatível com a demanda da unidade?

SIM NÃO

3. A unidade possui instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências disponível?

SIM NÃO

4. A unidade possui instrutivo de análise crítica de dados de violência disponível?

SIM NÃO

5. Existe um instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência?

SIM NÃO

5.1. Qual(is) indicadores (epidemiológicos, operacionais e de processo) ?

6. A unidade possui materiais educativos (ex.: cartaz, folder) para prevenção da violência?

SIM NÃO

6.1. Os materiais são em quantidade e tipo (ex.: cartaz, folder) suficiente para atender à demanda da unidade?

SIM NÃO

6.2. Quais são esses materiais?

- Cartaz
 Folder
 Outros

Quais? _____

7. A unidade possui materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd)?

- SIM NÃO

7.1. Os materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd) são em quantidades suficientes para atender à demanda da unidade?

- SIM NÃO

C – Espaço físico

8. A unidade possui uma sala para a Vigilância Epidemiológica?

- SIM NÃO

D – Materiais permanentes

9. Possui computador?

- SIM NÃO

9.1. Se sim,

- Com gravador de cd n° de computadores: _____
 Com acesso à internet n° de computadores: _____
 Com Sinan instalado n° de computadores: _____

10. Possui impressora funcionando (não precisa ser exclusiva do VIVA)?

- SIM NÃO

10.1. Quantas impressoras funcionando?

- 1 2 3 4 ou mais

11. Possui telefone disponível e funcionando (não precisa ser exclusivo para o VIVA)?

- SIM NÃO

11.1. Quantos telefones disponíveis e funcionando?

- 1 2 3 4 ou mais

E – Normatização do VIVA

12. Existe lei/portaria/normas nacional sobre o VIVA disponível para consulta na unidade?

- SIM NÃO

12.1. Qual(is)?

13. Existe alguma normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA (ex.: orientação sobre o fluxo na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência) disponível para consulta na unidade?

- SIM NÃO

13.1. Qual(is)?

Dimensão: Processo

F - Monitoramento e avaliação

14. A unidade realiza o monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência?

- SIM NÃO

14.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Outras

Qual? _____

14.2. Quais indicadores?

G – Articulação intra e intersetorial

15. Executa as medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz (ex.: palestras sobre a prevenção das violências, campanhas de enfrentamento a violência)?

SIM NÃO

15.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

15.2. Cite algumas dessas medidas.

15.3. Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM NÃO

15.4. Quais medidas e com quais setores?

H - Notificação

16. Nessa unidade de saúde são notificados casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

16.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

17. Realiza busca ativa de casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

17.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

17.2. Como essa busca ativa é feita?

18. Realiza investigação (resgate de informações) dos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificados quando necessária (variáveis incompletas e inconsistentes)?

SIM NÃO

18.1. Em média, quantos casos são notificados no mês? _____

18.2. Desses, quantos são investigados? _____

18.3. Como essa investigação é feita?

19. Quais dificuldades são encontradas no processo de notificação, investigação e busca ativa?

I – Processamento e análise dos dados

20. Realiza crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude antes do envio das mesmas para o distrito sanitário ou nível central da SMS?

SIM NÃO

20.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

J – Disseminação da informação

21. Realiza campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz?

SIM NÃO

21.1. Quantas vezes ao ano?

1 2 3 4 ou mais

N – Orientações e encaminhamentos

22. Após o atendimento às vítimas de violência, que encaminhamentos e orientações são realizados?

23. Nessa unidade de saúde as mulheres em situação de violência são orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços da rede de proteção aos quais podem recorrer?

SIM NÃO

24. Nessa unidade de saúde os casos de violência contra criança e adolescente são comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar?

SIM NÃO

24.1. Se não, os casos de violência contra criança e adolescente são comunicados a outros órgãos?

SIM NÃO

24.2. Quais?

25. Nessa unidade de saúde os casos de violência contra pessoas idosas são comunicados à autoridade policial, ministério público ou conselho do idoso?

SIM NÃO

ANEXO E – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nos distritos sanitários

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____
 Município: _____ Distrito Sanitário: _____
 Entrevistado: _____
 E-mail: _____ Fone: () _____ - _____
 Formação: _____
 Setor/Serviço que atua: _____
 Tempo no serviço: _____ Cargo: _____
 Carga horária (cargo): _____

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – VIVA
(COMPONENTE CONTÍNUO)

Dimensão: Estrutura

A – Recursos humanos

1. Existem profissionais de saúde que realizam ações do VIVA?

SIM NÃO

1.1. Qual nível de escolaridade, carga horária semanal e quantos são esses profissionais de saúde?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |

1.2. Quais são essas ações?

B – Insumos e materiais de expediente e educativos

2. O distrito sanitário possui fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

2.1. As fichas de notificação/investigação são em quantidade suficiente para distribuir para todas as unidades de saúde?

SIM NÃO

3. O distrito sanitário possui instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências disponível?

SIM NÃO

4. O distrito sanitário possui instrutivo de análise crítica de dados de violência disponível?

SIM NÃO

5. Existe um instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência (epidemiológicos, operacionais e de processo do VIVA)?

SIM NÃO

5.1. Qual(is) indicadores?

6. O distrito possui materiais educativos (ex.: cartaz, folder) para prevenção da violência?

SIM NÃO

6.1. Os materiais são em quantidade e tipo (ex.: cartaz, folder) suficiente para atender à demanda de todas as unidades de saúde do distrito sanitário?

SIM NÃO

6.2. Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros Quais? _____

6.3. Como é feita a distribuição desses materiais para as unidades de saúde?

7. O Distrito Sanitário possui materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd)?

SIM NÃO

7.1. Os materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd) são em quantidades suficientes para atender à demanda do Distrito Sanitário?

SIM NÃO

C – Espaço físico

8. O distrito possui uma sala para a vigilância epidemiológica?

SIM NÃO

D – Materiais permanentes

9. Possui computador?

SIM NÃO

9.1. Se sim,

Com gravador de cd n° de computadores: _____

Com acesso à internet n° de computadores: _____

Com Sinan instalado n° de computadores: _____

10. Possui impressora funcionando (não precisa ser exclusiva do VIVA)?

SIM NÃO

10.1. Quantas impressoras funcionando?

1 2 3 4 ou mais

11. Possui telefone disponível e funcionando (não precisa ser exclusivo para o VIVA)?

SIM NÃO

11.1. Quantos telefones disponíveis e funcionando?

1 2 3 4 ou mais

E – Normatização do VIVA

12. Existe lei/portaria/norma nacional sobre o VIVA disponível para consulta no distrito sanitário?

SIM NÃO

12.1. Qual(is)?

13. Existe alguma normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA (ex.: orientação sobre o fluxo na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência) disponível para consulta no distrito sanitário?

SIM NÃO

13.1. Qual(is)?

Dimensão: Processo

F - Monitoramento e avaliação

14. O distrito sanitário distribui instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência para as unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica?

SIM NÃO

14.1. Quais indicadores são contemplados nesse instrumento?

14.2. A distribuição é feita para quantas unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica?
Nº US: _____

15. O distrito realiza a pactuação das metas dos indicadores relacionados à violência com as unidades de saúde?
 SIM NÃO

15.1. Quais indicadores?

16. O distrito realiza o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à violência?

SIM NÃO

16.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

16.2. Quais indicadores?

G – Articulação intra e intersetorial

17. Executa as medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz (ex.: palestras sobre a prevenção das violências, campanhas de enfrentamento a violência)?

SIM NÃO

17.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

17.2. Cite algumas dessas medidas.

17.3. Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM NÃO

17.4. Quais medidas e com quais setores?

H – Educação permanente

18. Realiza capacitação dos profissionais de saúde quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção?

SIM NÃO

18.1. Quais e quantos serviços foram capacitados nos últimos 3 anos?

- ESF n° de serviços: _____
- NASF n° de serviços: _____
- Setor de V.E das US n° de serviços: _____
- Unidades tradicionais n° de serviços: _____
- Policlínicas n° de serviços: _____
- Hospitais n° de serviços: _____
- Maternidades n° de serviços: _____
- CAPS n° de serviços: _____
- UPA n° de serviços: _____
- Outros n° de serviços: _____

Quais? _____

18.2 Quais categorias profissionais foram capacitadas?

I - Notificação

19. Esse distrito sanitário notifica casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências quando a unidade de saúde não faz isso?

- SIM NÃO

19.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? _____

20. Realiza investigação (resgate de informações) dos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificados quando a unidade de saúde não faz isso e é necessária (variáveis incompletas e inconsistentes)?

- SIM NÃO

20.1. Em média, quantos casos são notificados no mês? _____

20.2. Desses, quantos são investigados? _____

20.3. Como essa investigação é feita?

21. Quais dificuldades são encontradas no processo de notificação e investigação?

J – Processamento e análise dos dados

22. Realiza crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completitude antes de digitar os dados no Sinan (caso o distrito sanitário digite) ou antes de enviar as fichas para o nível central da SMS (caso o distrito não digite)?

- SIM NÃO

22.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? _____

23. Elabora relatório de análise crítica dos dados (consistência, completitude e duplicidade), quando a digitação é feita no distrito sanitário)?

SIM NÃO

23.1 Qual a periodicidade?

Mensalmente

Trimestralmente

Semestralmente

Outras Qual? _____

24. Realiza análise dos dados epidemiológicos relativos à violência?

SIM NÃO

24.1. A partir de qual sistema de informação?

SINAN

SIM

Outro _____

24.2. Qual a periodicidade para cada sistema de informação?

Mensalmente Sistema: _____

Trimestralmente Sistema: _____

Semestralmente Sistema: _____

Outras Qual? _____

25. Realiza retroalimentação das fichas criticadas para as unidades de saúde?

SIM NÃO

25.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

L – Disseminação da informação

26. Elabora informativos/boletins epidemiológicos?

SIM NÃO

26.1. Quantos ao ano?

1 2 3 4 ou mais

27. Distribui os informativos/boletins epidemiológicos?

SIM NÃO

27.1. Quantas vezes ao ano?

1 2 3 4 ou mais

27.2. Para quais serviços e quantos?

Serviços de Saúde N° _____

Equipes da gestão municipal de saúde N° _____

Secretarias parceiras N° _____

Outros serviços integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência

Quais? _____

28. Distribuiu material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento dos casos de violência para as unidades de saúde?

SIM NÃO

28.1. Para quantas unidades de saúde? _____

28.2. Qual a periodicidade?

Anualmente

Bienalmente

Trienalmente

Outras Qual? _____

29. Elabora relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em cada unidade de saúde?

SIM NÃO

29.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

30. Distribuiu relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências para as unidades de saúde que notificam?

SIM NÃO

30.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

30.2. Para quantas unidades de saúde? _____

31. Distribuiu material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência para as unidades de saúde?

SIM NÃO

31.1. Quantas vezes ao ano?

1 2 3 4 ou mais

31.2. Para quantas unidades de saúde? _____

32. Realiza campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz?

SIM NÃO

32.1. Quantas vezes ao ano?

1 2 3 4 ou mais

N – Orientações e encaminhamentos

33. O distrito sanitário orienta as mulheres em situação de violência quanto aos seus direitos e aos serviços da rede de proteção aos quais podem recorrer quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM NÃO

34. O distrito sanitário comunica os casos de violência contra criança e adolescente pelo menos ao Conselho Tutelar quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM NÃO

34.1. Se não, o distrito sanitário comunica os casos de violência contra criança e adolescente a outros órgãos quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM NÃO

34.2. Quais?

35. O distrito sanitário comunica os casos de violência contra pessoas idosas à autoridade policial, ministério público ou conselho do idoso quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM NÃO

ANEXO F – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo no nível central da SMS

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____
 Município: _____
 Entrevistado: _____
 E-mail: _____ Fone: () _____ - _____
 Formação: _____
 Setor/Serviço que atua: _____
 Tempo no serviço: _____ Cargo: _____
 Carga horária (cargo): _____

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – VIVA
(COMPONENTE CONTÍNUO)

Dimensão: Estrutura
A – Recursos humanos

1. Existe gerente de Vigilância Epidemiológica?

SIM NÃO

1.1. Qual nível de escolaridade e carga horária semanal?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |

2. Existem profissionais de saúde que realizam ações do VIVA?

SIM NÃO

2.1. Qual nível de escolaridade, carga horária semanal e quantos são esses profissionais de saúde?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível médio; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 20h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 30h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nível superior; 40h semanais | nº de profissionais de saúde: _____ |

2.2. Quais são essas ações?

B – Insumos e materiais de expediente e educativos

3. O nível central da SMS possui fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM NÃO

3.1. As fichas de notificação/investigação são em quantidade suficiente para distribuir para todos os distritos sanitários ou unidades de saúde (caso os distritos não distribuam ou a SMS não possua distritos)?

SIM NÃO

4. O nível central da SMS possui instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências disponível?

SIM NÃO

5. O nível central da SMS possui instrutivo de análise crítica de dados de violência disponível?

SIM NÃO

6. Existe um instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência (epidemiológicos, operacionais e de processo do VIVA)?

SIM NÃO

6.1. Qual(is) indicadores?

7. O nível central da SMS possui materiais educativos (ex.: cartaz, folder) para prevenção da violência?

SIM NÃO

7.1. Os materiais são em quantidade e tipo (ex.: cartaz, folder) suficiente para atender à demanda de todos os distritos sanitários?

SIM NÃO

7.2. Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros Quais? _____

7.3. Como é feita a distribuição desses materiais para os distritos sanitários?

8. O nível central da SMS possui materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd)?

SIM NÃO

8.1. Os materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd) são em quantidades suficientes para atender à demanda do nível central da SMS?

SIM NÃO

C – Espaço físico

9. O da SMS possui uma sala para a equipe do VIVA?

SIM NÃO

D – Materiais permanentes

10. Possui computador?

SIM NÃO

10.1. Se sim,

Com gravador de cd n° de computadores: _____

Com acesso à internet n° de computadores: _____

Com Sinan instalado n° de computadores: _____

Com SIM n° de computadores: _____

11. Possui impressora funcionando (não precisa ser exclusiva do VIVA)?

SIM NÃO

11.1. Quantas impressoras funcionando?

1 2 3 4 ou mais

12. Possui telefone disponível e funcionando (não precisa ser exclusivo para o VIVA)?

SIM NÃO

12.1. Quantos telefones disponíveis e funcionando?

1 2 3 4 ou mais

E – Normatização do VIVA

13. Existe lei/portaria/norma nacional sobre o VIVA disponível para consulta no nível central da SMS?

SIM NÃO

13.1. Qual(is)?

14. Existe alguma normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA (ex.: orientação sobre o fluxo na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência) disponível para consulta no nível central da SMS?

SIM NÃO

14.1. Qual(is)?

Dimensão: Processo

F - Monitoramento e avaliação

15. O nível central da SMS elabora instrumento para monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à violência (epidemiológicos, operacionais e de processo do VIVA)?

SIM NÃO

15.1. Quais indicadores?

16. O nível central da SMS distribui instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência para os distritos sanitários e para as unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica (quando os distritos não fazem isso)?

SIM NÃO

16.1. Quais indicadores são contemplados nesse instrumento?

16.2. A distribuição é feita para quantos distritos sanitários / unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica?

Nº DS: _____

Nº US: _____

17. O nível central da SMS realiza a pactuação das metas dos indicadores relacionados à violência com os distritos sanitários?

SIM NÃO

17.1. Quais indicadores?

18. O nível central da SMS realiza o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à violência?

SIM NÃO

18.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

18.2. Quais indicadores?

G – Articulação intra e intersetorial

19. O nível central da SMS identifica (mapeia) os serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência?

SIM NÃO

19.1. Quais serviços foram identificados?

- Conselho tutelar
 Conselho da pessoa idosa
 Centro de referência de assistência social – CREAS
 Centro de referência da mulher
 Delegacias especializadas (ex.: Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher)
 Outras delegacias
 Ministério Público
 Outros Quais? _____

20. Realiza encontros com os serviços da rede para pactuação de atribuições de cada serviço e fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência?

- SIM NÃO

20.1. Quantos encontros ao ano?

- 1 2 3 4 ou mais

20.2. Com quais serviços realiza os encontros?

- Conselho tutelar
 Conselho da pessoa idosa
 Centro de referência de assistência social – CREAS
 Centro de referência da mulher
 Delegacias especializadas (ex.: Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher)
 Outras delegacias
 Ministério Público
 Outros Quais? _____

21. Executa as medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz?

- SIM NÃO

21.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Outras Qual? _____

21.2. Cite algumas dessas medidas.

21.3. Essas medidas são realizadas com outros setores?

- SIM NÃO

21.4. Quais medidas e com quais setores?

H – Educação permanente

22. Realiza capacitação dos profissionais de saúde quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção?

SIM NÃO

22.1. Quais e quantos serviços foram capacitados nos últimos 3 anos?

- Distritos sanitários n° de serviços: _____
- ESF n° de serviços: _____
- NASF n° de serviços: _____
- Setor de V.E das US n° de serviços: _____
- Unidades tradicionais n° de serviços: _____
- Policlínicas n° de serviços: _____
- Hospitais n° de serviços: _____
- Maternidades n° de serviços: _____
- CAPS n° de serviços: _____
- UPA n° de serviços: _____
- Outros n° de serviços: _____

Quais? _____

22.2. Quais categorias profissionais foram capacitadas?

23. Realiza capacitação dos profissionais da rede de proteção em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde?

SIM NÃO

23.1. Quais e quantos serviços da rede de proteção capacitados nos últimos 3 anos?

- Conselho tutelar
n° de serviços: _____
- Conselho da pessoa idosa
n° de serviços: _____
- Centro de referência de assistência social – CREAS
n° de serviços: _____
- Centro de referência da mulher
n° de serviços: _____
- Delegacias especializadas (ex.: Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher)
n° de serviços: _____
- Outras delegacias
n° de serviços: _____
- Ministério Público
n° de serviços: _____
- Outros Quais? _____

n° de serviços: _____

I - Notificação

24. O nível central da SMS notifica casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM NÃO

24.1. Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

25. Realiza investigação (resgate de informações) dos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificados quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso e é necessária (variáveis incompletas e inconsistentes)?

SIM NÃO

25.1. Em média, quantos casos são notificados no mês? _____

25.2. Desses, quantos são investigados? _____

25.3. Como essa investigação é feita?

26. Quais dificuldades são encontradas no processo de notificação e investigação?

J - Processamento e análise dos dados

27. Realiza crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude antes de digitar os dados no Sinan, caso o distrito sanitário não digite?

SIM NÃO

27.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? _____

28. Elabora relatório de análise criticados dados (consistência, completude e duplicidade)?

SIM NÃO

28.1. Qual a periodicidade?

Mensalmente

Trimestralmente

Semestralmente

Outras Qual? _____

29. Realiza análise dos dados epidemiológicos relativos à violência?

SIM NÃO

29.1. A partir de qual sistema de informação?

SINAN

SIM

SIH

Outro _____

29.2. Qual a periodicidade para cada sistema de informação?

- Mensalmente Sistema: _____
- Trimestralmente Sistema: _____
- Semestralmente Sistema: _____
- Outras Qual? _____

30. Realiza retroalimentação das fichas criticadas para o distrito sanitário?

- SIM NÃO

30.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? _____

L – Disseminação da informação

31. Elabora informativos/boletins epidemiológicos?

- SIM NÃO

31.1. Quantos ao ano?

- 1 2 3 4 ou mais

32. Distribui os informativos/boletins epidemiológicos?

- SIM NÃO

32.1. Quantas vezes ao ano?

- 1 2 3 4 ou mais

32.2. Para quais serviços e quantos?

- Serviços de Saúde N° _____
- Distritos sanitários N° _____
- Equipes da gestão municipal de saúde N° _____
- Secretarias parceiras N° _____
- Outros serviços integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência
- Quais? _____
- _____

33. Elabora material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento dos casos de violência?

- SIM NÃO

33.1. Qual a periodicidade?

- Anualmente
- Bienalmente
- Trienalmente
- Outras Qual? _____

33.2. Esse material já foi elaborado pela secretaria estadual de saúde?

- SIM NÃO

34. Distribui material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento dos casos de violência para os distritos sanitários?

- SIM NÃO

34.1. Para quantos distritos sanitários? _____

34.2. Qual a periodicidade?

- Anualmente
 Bienalmente
 Trienalmente
 Outras Qual? _____

35. Elabora relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em cada unidade de saúde notificadora (quando o distrito sanitário não faz isso)?

SIM NÃO

35.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Outras Qual? _____

36. Distribui relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências para as unidades de saúde notificadoras ou para os distritos sanitários distribuírem para as mesmas?

SIM NÃO

36.1. Qual a periodicidade?

- Diariamente
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Outras Qual? _____

36.2. Para quantas unidades de saúde e/ou distritos sanitários?

Nº DS: _____

Nº US: _____

37. Elabora material educativo, em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal, com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência?

SIM NÃO

37.1. Qual a periodicidade?

- Anualmente
 Bienalmente
 Trienalmente
 Outras Qual? _____

38. Distribui material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência para os distritos sanitários?

SIM NÃO

38.1. Quantas vezes ao ano?

- 1 2 3 4 ou mais

38.2. Para quantos distritos sanitários?

Nº DS: _____

39. Realiza campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz?

SIM NÃO

39.1. Quantas vezes ao ano?

- 1 2 3 4 ou mais

N – Orientações e encaminhamentos

40. O nível central da SMS orienta as mulheres em situação de violência quanto aos seus direitos e aos serviços da rede de proteção aos quais podem recorrer quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM NÃO

41. O nível central da SMS comunica os casos de violência contra criança e adolescente pelo menos ao Conselho Tutelar quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM NÃO

41.1. Se não, o nível central da SMS comunica os casos de violência contra criança e adolescente a outros órgãos quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?


SIM NÃO

41.2. Quais?

42. O nível central da SMS comunica os casos de violência contra pessoas idosas à autoridade policial, ministério público ou conselho do idoso quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM NÃO

ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Título do Projeto: “Análise da Implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Recife, Pernambuco”.

Pesquisador responsável: Marcella de Brito Abath.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 19/04/12

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 10/12

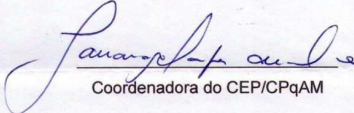
Registro no CAAE: 04010712.2.0000.5190

PARECER Nº 20/2012

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de agosto de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.


Recife, 01 de agosto de 2012.



Coordenadora do CEP/CPqAM

Observação:
Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/08/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde