

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESFSUS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
DA COMUNIDADE**

EDUARDO MACHADO DE SANTANA

**VIOLÊNCIA E SAÚDE:
ANALISE DOCUMENTAL DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA
2014/2017**

**CAMAÇARI
2017**

EDUARDO MACHADO DE SANTANA

**VIOLÊNCIA E SAÚDE:
ANALISE DOCUMENTAL DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA
2014/2017**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família e da Comunidade na modalidade Residência.

Orientador: Pedro Romero Barbosa Sabino Pinho

Coorientador: Waldemir de Albuquerque Costa

**CAMAÇARI
2017**

EDUARDO MACHADO DE SANTANA

**VIOLÊNCIA E SAÚDE:
ANALISE DOCUMENTAL DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA
2014/2017**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família e da Comunidade na modalidade Residência.

Aprovado em ____ de fevereiro de 2017.

Pedro Romero Barbosa Sabino Pinho - Orientador _____
Especialista em Saúde da Família, UPE, Brasil.

RESUMO

A violência é um fenômeno da ordem do vivido provocando afetação em quem sofre, quem exerce e quem presencia, interação que dificulta a conceituação. Pesquisas epidemiológicas apontam o avanço da violência no Brasil, sendo um dos problemas sociais com maior impacto na saúde dos brasileiros, também estabelecem um elevado gasto com estruturas hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos que são custosos, sendo sua forma mais dramática encontrada nas áreas metropolitanas, atingindo principalmente as populações com piores qualidades de vida e jovens das periferias. Apesar da caracterizada importância, a pauta da violência vem sendo abordada de forma lenta pelo campo da saúde. Este estudo tem como objetivo compreender o posicionamento da gestão municipal, analisando a conformação e direcionamento das políticas públicas em saúde, relacionadas à violência, a partir de uma análise documental do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 de Camaçari-Ba. Para esta pesquisa, será empreendida uma metodologia de natureza qualitativa na modalidade de análise documental, com o estudo do Plano Municipal de Saúde (PMS) Camaçari-BA 2014/2017 como fonte primária de dados. Trata-se do documento mais relevante para a construção de políticas a nível local no tocante à discussão da relação entre os temas da violência e saúde. Camaçari é apresentada pelo Mapa da Violência 2016 como o 37º município no país com a maior taxa de homicídio, com uma média dos anos de 2012, 2013 e 2014 de 64,8 vítimas por 100 mil habitantes. O PMS de Camaçari 2014-2017 em muitos pontos não se aproximam da política nacional, faltam dados específicos e informações detalhadas, não propõem articulação com outros setores, não prevê capacitação dos profissionais e em alguns momentos não se responsabiliza por esse problema de saúde pública que é a violência. O PMS de Camaçari- Ba 2014-2017, não aborda a violência na medida em que a temática atinge seus municípios.

Palavras Chaves: Políticas Públicas, Causas Externas, Planejamento em Saúde, Violência e Homicídios.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 CONTEXTUALIZANDDO	7
2. METODOLOGIA	9
3. RESULTADOS	10
3.1 O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA2014/2017.....	10
3.2 DIAGNÓSTICOS SOBRE VIOLÊNCIA NO PMS 2014-2017	12
3.3 AÇÕES PREVISTAS NO PMS 2014-2017, RELACIONADAS À VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO.....	14
3.4 CAUSAS EXTERNAS NA CID – .10.....	14
3.5 QUALIFICANDO ALGUMAS .QUANTIDADES.....	15
4. DEBATE: POR QUE A VIOLÊNCIA APARECE TÃO POUCO NO PMS DE CAMAÇARI-BA 2014/2017?.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6. REFÊNCIAS.....	25

**Violência e Saúde:
Análise Documental do Plano Municipal de Saúde de Camaçari-BA 2014/2017**

Autor: Eduardo Machado de Santana

Orientador: Pedro Romero Barbosa Sabino Pinho

Coorientador: Waldemir de Albuquerque Costa

1. INTRODUÇÃO

Partimos do pressuposto de que a violência é um fenômeno social que causa agravos à saúde, de complexa compreensão e difícil enquadramento, devido às diversas abordagens midiáticas, à carga ideológica na construção do conhecimento construído, preconceitos e senso comum que acompanham o tema (MINAYO e SOUZA, 1998). Neste sentido, a violência não é problema típico da saúde, mas um problema social que acompanha toda construção histórica das diversas sociedades, decorrendo desse processo a diminuição da qualidade de vida, individual e coletiva, provocando morte, mostrando a necessidade de adequação dos serviços de saúde, causando lesões e traumas físicos, emocionais, espirituais e mentais (MINAYO, 2006).

A violência se apresenta de múltiplas formas, contendo em sua materialização elementos como conflito de autoridade, busca por dominação, posse e aniquilamento do outro, tomada dos bens, sendo essas práticas aprovadas ou desaprovadas de acordo com a sociedade, suas significações e normas que a estabelece num determinado momento histórico-social. (MINAYO, 2006)

Segundo Minayo (2006) a violência um fenômeno da ordem do vivido provocando afetação em quem sofre, quem exerce e quem presencia, interação que dificulta a conceituação. Apresentando a visão popular da violência muito ligada a agressão física e como atentado a vida, e a visão acadêmica voltada à constituição das sociedades e relações de poder. Aborda violência social no Brasil, reconhecendo como um dos fatores provedor o histórico de colonização e escravidão, onde não há sintonia moral, cultural e espiritual entre o dominado e o dominador, sendo a base de muitos sentimentos e estruturas sociais persistentes na atualidade, inclusive reforça que a cultura do estupro forma o mito originário do estado e do povo brasileiro.

Pesquisas epidemiológicas apontam o avanço da violência no Brasil sendo um dos problemas sociais com impacto na saúde dos brasileiros, também

estabelecem um elevado gasto com estruturas hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos que são custosos, sendo sua forma mais dramática encontrada nas áreas metropolitanas, atingindo principalmente as populações com piores qualidades de vida e jovens das periferias. (MINAYO, 2006; PAIM, COSTA e VILASBOA, 2009)

1.1 CONTEXTUALIZANDO

Apesar da caracterizada importância, a pauta da violência vem sendo abordada de forma lenta pelo campo da saúde e, muitas vezes, termina por se restringir aos apontamentos dos movimentos sociais, como os movimentos de feministas que impulsionaram políticas e ações concretas para proteção e promoção da saúde da mulher (MINAYO, 2006). A situação de violência exige um deslocamento na produção do cuidado, considerando os aspectos relacionais e o contexto, tendo o profissional de saúde que abordar situações que extrapolam o biológico, fatos e sentimentos diferenciados, provocando neste a sensação de impotência e inabilidade (NUNES, SARTI e OHARA, 2009).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, reconhecem a violência em suas diferentes formas e natureza como um problema de saúde pública, devido a sua grande magnitude e impacto nas taxas de morbidade e mortalidade da população brasileira e mundial. Incorporar a violência como problema de saúde pública é apontar, para suas organizações e instituições, uma posição de extrema importância na construção e estruturação de ações e políticas para promoção e prevenção da violência. Diante do crescente número de mortes por causas externas, mais especificamente por violência direcionada ao próximo, compreende-se que esse contexto diminui a qualidade de vida e saúde da população, e que o aprofundamento da temática da Violência e Saúde será de extrema importância para ampliação e qualidade do serviço ofertado no Sistema Único de Saúde (SUS) e formação do profissional de saúde.

De acordo com Paim, Costa e Vilas boas (2009) há uma crescente nas pesquisas sociais que abordam o tema com diferentes inserções, como: representação social do crime, medo e violência, relação entre pobreza e violência, criminalidade como objeto de política pública. Os autores apontam para poucas

iniciativas que analisam as políticas públicas, tomando a violência como objeto de intervenção, tal constatação propulsiona esse trabalho, encontrando também uma posição pouco ativa dos governos, que tem mantido o foco nos ajustes fiscais e estruturais de cunho econômico que promovem a exacerbação da desigualdade social. Esta compreensão mostra-se atual com o momento que vivemos, no que encontramos uma grande crise das relações humanas caminhando para a barbárie, e os governantes apontando o fim da crise econômica para solução de todos os problemas.

Compreendo que esse contexto será enfrentado por políticas públicas, que de acordo com Souza (2006), são um campo do conhecimento que busca colocar o governo em ação e ao mesmo tempo analisar a ação, e a partir das necessidades mudam o rumo da realidade, possui estrutura multidisciplinar, pois seu ponto de partida pode ser social, antropológico, econômico e político entre outros. As políticas públicas são a tradução dos interesses do governo, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas, quando acionadas podem ser campo de análises e interpretações.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) consolida objetivos, diretrizes, metas e pactuação orçamentária da gestão que o produz. Saliba e colaboradores (2013) aponta esse documento como estratégico na política e condução das ações de saúde municipais, podendo ser fonte de análise para contextualização da situação de saúde e expectativas de atuação.

O PMS de Camaçari-BA possui elementos que possamos compreender e analisar a relação Violência e Saúde neste município e respectivas propostas para mudar o contexto positivamente? Essa construção pode contribuir para enriquecer esse debate de extrema importância para o campo da saúde coletiva, para formação dos profissionais de saúde, para ressignificação das práticas de saúde, para formulação das políticas públicas e estruturação dos serviços de saúde.

Este estudo tem como objetivo compreender o posicionamento da gestão municipal, analisando a conformação e direcionamento das políticas públicas em saúde, relacionadas à violência, a partir de uma análise documental do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 de Camaçari-Ba.

2. METODOLOGIA

Para esta pesquisa, será empreendida uma metodologia de natureza qualitativa na modalidade de análise documental, com o estudo do PMS Camaçari-BA 2014/2017 como fonte primária de dados. Trata-se do documento mais relevante para a construção de políticas a nível local no tocante à discussão da inter-relação entre os temas da violência e saúde. Segundo Bardin (1988), a análise documental é um procedimento que visa descrever e representar o conteúdo de documentos de modo distinto do original, facilitando sua consulta e referência, dando uma forma conveniente e representando suas informações através de procedimentos de transformação.

No entanto, a simples revisão do conteúdo formal de um documento oficial, sobretudo aqueles de implicação política, não revela a trama de relações sociais envolvidas em sua elaboração nem o conjunto de forças das quais emana sua origem. Para tanto, é necessário adotar uma metodologia que elucide estes processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas. Desta forma, optou-se pelo uso da pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2013), analisa as expressões humanas presentes em suas representações, como a produção de documentos normativos.

A extração da essência deste material se orientou, portanto, pela dialética baseada em Minayo (2007) e retraduzida em Assis e Jorge (2010), como método de apreensão da realidade que propõe interpretar os conteúdos de forma contextualizada e crítica. Toma-se, desta forma, a dinâmica entre o texto e o cenário para compreendê-la na especificidade histórica em que é produzida.

Além do documento primário, foram apreciados ainda relatórios e planejamentos anuais de gestão que apresentassem alguma relação com a temática da Violência e Saúde e que pudessem contribuir com a discussão do tema.

A análise do conteúdo deste documento foi desenvolvida em três momentos: a organização dos dados, com leitura geral do PMS e dos demais relatórios para a identificação da origem, dos componentes e da estrutura dos textos; a classificação dos dados, com o aprofundamento do olhar, o levantamento de sínteses e o confronto com nosso cenário de trabalho na residência; e, por fim, a análise final dos dados, com a interpretação do conteúdo extraído e sua crítica à luz de outros pesquisadores (ASSIS e JORGE, 2010).

Ainda que não haja o trabalho direto envolvendo seres humanos neste estudo, foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa da resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) ao longo do seu desenvolvimento.

3. RESULTADOS

3.1 O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA2014/2017

Nesse bloco vamos contextualizar a construção desse plano baseando-se nos próprios conteúdos do documento. A construção desse plano é uma determinação da legislação que rege nosso sistema de saúde que busca na descentralização e na responsabilização dos municípios uma forma de propiciar um cuidado direcionado e regional, o PMS de Camaçari-Ba 2014/2017 apresenta as ações, compromissos, metas e as propostas da gestão para um período de tempo de quatro anos, essa funcionalidade para o instrumento também foi encontrada em outros trabalhos (CERQUEIRA, 2008; MOTTIN, 1999; PAIM, COSTA E VILASBOAS, 2009; SALIBA et al, 2013).

Sendo construído por diretores e coordenadores de diversos setores da Secretaria de Saúde (SESAU) juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, tendo como base o Relatório da V Conferência Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde 2010-2013, Plano Plurianual 2014-2017, Relatório Anual de Gestão 2013 validado no Conselho Municipal de Saúde anteriormente, fundamentada na Lei Complementar 141/2012 que estabelece os valores aplicados pelas esferas públicas anualmente na área da saúde, e nas Leis Orgânicas do SUS, a Lei nº 8.080 e a 8.142/1990 (MOTTIN, 1999;PAIM, COSTA E VILASBOAS, 2009; CERQUEIRA, 2008; SALIBA et al, 2013; ROCHA,CERQUEIRA E TEXEIRA, 2009).

O plano é estruturado em diagnóstico situacional e resultados a serem buscados. No primeiro momento realiza uma apresentação socioeconômica, demográfica, histórica e cultural do município, de forma bem densa apresentando um plano geral sobre a situação de vida dos munícipes, caracterizando a sua rede de atenção a saúde levando em consideração o Relatório Anual de Gestão 2013. Essa contextualização dá base para sustentação das propostas, esse fluxo está em concordância com outras construções de mesma função (MOTTIN, 1999; PAIM,

COSTA e VILASBOAS, 2009; CERQUEIRA., 2008; SALIBA et al, 2013; TEXEIRA et al, 2009).

Na apresentação das propostas o documento divide-se em quatro linhas de ação. A linha de ação 1, **Saúde ao Alcance de Todos**, indica atuação para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, sendo a Atenção Básica o setor estruturante. A linha 2, **Saúde com Qualidade**, tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento. A linha 3, **Saúde para viver mais**, aponta compromisso com a promoção e prevenção para melhorar os indicadores epidemiológicos da população e a quarta linha, **Gestão com Qualidade**, buscar influenciar na intensificação da participação popular pelo controle na gestão da saúde. Essa divisão facilita a leitura e compreensão das diversas possibilidades que foram construídas.

O Plano Municipal de Camaçari 2014-2017, é um documento de extrema importância para compreender a organização, acompanhamento das ações e da estruturação dos serviços de saúde, na gestão em questão. Sua construção segue as orientações ministeriais para a sua elaboração. Que estão graficamente representadas na figura 1.



Figura 1- Fluxograma de Construção do Plano Municipal de Saúde de Camaçari-BA 2014-2017.

3.2 DIAGNÓSTICOS SOBRE VIOLÊNCIA NO PMS 2014-2017

O município de Camaçari-BA apresentou uma distribuição de óbitos no período de 2006 à 2013, da seguinte forma, em 2006 foram 947 mortes, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa (25%) , seguidas das causas externas (21%), afecções do período perinatal (11%) e neoplasias (10%). No ano de 2007 observa-se um quadro parecido, em 2008 ocorreram 1059 mortes, as causas externas (238-22%) aparecem junto com as doenças do aparelho respiratório (234-22%) como principal causa de óbitos, seguidas das neoplasias (13%) e afecções do período perinatal (10%). Nos anos de 2009, 2010 e 2011 aparecem como três principais causas, as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas, e neoplasia. O plano apresenta que nos anos de 2012, com 1212 mortes, e 2013, com 1229, as causas externas, com respectivamente 27% e 24%, assumiram a posição de primeira causa de óbito, seguida de doenças do aparelho circulatório e as neoplasias.

A Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (SUVISA) e o Diretório de Informações em Saúde (DIS) órgãos ligados a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que gerenciam o portal eletrônico da vigilância a saúde, divulgaram os seguintes dados: caracterizando a porcentagem de mortes no estado da Bahia, em 2012, no total de 79.860, as doenças do aparelho circulatório ocasionaram 24,5% dos óbitos, as neoplasias 12,3%, e as causas externas 16,6%; em 2013, no total de 81.146, doenças do aparelho circulatório apresenta 24,3 % dos óbitos, as neoplasias 12,6 e as causas externas 15,5%. Observamos uma diferenciação dos números de óbitos por causa externa em Camaçari-Ba e do estado ao qual pertence.

O Ministério da Saúde, através do Sistema de Mortalidade (SIM), apresenta que no ano de 2012 ocorreram 1.181.166 óbitos, sendo as doenças do aparelho circulatório 28,2% desse total, as neoplasias com 16,2% e as causas externas 12,8%; no ano de 2013 foram registrados 1.210.474 óbitos, onde as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 28%, as neoplasias por 16,2% e as causas externas por 12,5%. Os números, percentuais, das causas de óbitos apresentados pelo plano municipal de saúde são diferentes dos números apresentados pelos sistemas de informação do MS e da SESAB, onde as causas externas ocupam a terceira causa de morte, como podemos vê na tabela 1.

Tabela 1. DC – doenças do aparelho circulatório / CE – causas externas/ CA - neoplasias

Distribuição das principais causas de óbitos, segundo CID-10.					
Brasil (SIM)		Bahia (SUVISA/DIS)		Camaçari (PMS)	
2012	2013	2012	2013	2012	2013
DC - 28,2%	DC - 28%	DC -24,5%	DC - 24,3%	CE – 27%	CE – 24%
CA - 16,2%	CA - 16,2%	CE - 16,6%	CE - 15,5%	DC – 22%	DC – 22%
CE - 12,8%	CE - 12,5%	CA -12,3%	CA - 12,6%	CA – 12%	CA – 12%

Ao analisar os coeficientes de mortalidade específica, por 100 mil habitantes, de acordo com a faixa etária e os grupos de causas do CID 10, o plano constata que as causas externas são a primeira causa de mortes em Camaçari nas faixas etárias de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, o documento não realiza nenhuma relação ou observação sobre esses números.

O PMS, entre os casos notificáveis evidencia que houve aumento das notificações para Violência Doméstica Sexual e Outros, partindo de um patamar de 14 casos em 2009 para 77 em 2013, nesse período a faixa etária mais atingida foi de 15 a 19 anos, o documento não apresenta suspeitas do aumento das notificações.

O diagnóstico apresenta que em 2013, houve 8055 internações, onde as principais causas, segundo Capítulo XX da CID-10, para a população residente em Camaçari foram Gravidez, parto e puerpério (38,6%), Neoplasias (9,0%), Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (8,9%). As internações por lesões, envenenamento e alguma outra consequência de causa externa, somaram 717 casos, onde 72,5% dessas internações foram de indivíduos do sexo masculino.

Podemos perceber que elementos e números sobre a violência no município, para além de notificações de violência doméstica e sexual realizadas apenas pelas unidades de saúde da atenção básica no período de 2010-2013, não estão

explícitos, essa dificuldade será contornada analisando as entre linhas e buscando outros documentos para que possamos compreender o contexto.

3.3 AÇÕES PREVISTAS NO PMS 2014-2017, RELACIONADAS À VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO.

Iremos trazer as ações previstas para os anos de 2014 a 2017, que estão ligadas diretamente às palavras chave do trabalho: causas externas, violência e homicídio; o plano divide-se em programas para apresentar as propostas que a gestão se compromete a realizar. No programa “Saúde para Viver Mais” o plano compromete-se em *Ampliar a Cobertura da Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica sexual e outras Violências*, a meta é ampliar para 100% no prazo de 2014-2017. E entre os resultados esperados das diversas propostas desse bloco está a redução da *Taxa de Mortalidade por causa, excluindo-se causas externas*, onde encontramos uma taxa de 3,5 por mil habitantes em 2012 e espera-se reduzir para 3 por mil habitantes em 2017.

Nas ações previstas dos programas “Saúde ao alcance de todos”, “Saúde com Qualidade” e “Gestão com Qualidade” não encontramos propostas ou resultados que diretamente mencionassem as palavras chaves desse estudo. Acreditamos que pela complexidade da violência muitas propostas perpassem pela problemática mesmo sem fazer menção direta..

3.4 CAUSAS EXTERNAS NA CID – 10

A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, que é elaborada pela OMS para designar e catalogar problemas relacionados à saúde é utilizada em todo o mundo. O governo brasileiro padronizou o sistema de informação da saúde por esse instrumento, onde o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) organiza seus arquivos e registros, sobre morbidade e mortalidade, de todo território nacional baseado nessa classificação.

A CID-10 categoriza as causas externas como eventos e lesões de origens acidentais e intencionais, para mortalidade elas assumem a denominação de “Causas Externas” e são encontradas nos códigos V01 a Y98 do capítulo 20. Para as morbidades são nomeadas de “Lesões, Envenenamento e algumas outras

consequências de causas externas”, estando nos códigos S e T do capítulo 19 da classificação. Souza e Lima (2013) apresentam acidentes e violências como a referência de toda causa não natural sobre a saúde da população, o que engloba os diversos acidentes e a violência auto consumada (suicídio) e a direcionada a terceiros (homicídios e agressões).

Njiane (2013) identifica que as quantidades tem sido privilegiadas em comparação as qualidades no que diz respeito ao sistema de informação para pessoas vítimas de violência, ocultando detalhes da vida da vítima ou da situação, dificultando as tomadas de decisão pelos gestores. A autora aponta melhora no registro na passagem da década de 80 para a de 90, com enriquecimento de detalhes, mas ainda há uma defasagem muito grande. Percebe-se um grande avanço nas capitais que as secretarias municipais investiram em articulação com o setor da segurança pública e na capacitação dos profissionais de saúde.

3.5 QUALIFICANDO ALGUMAS QUANTIDADES

Seguindo uma recomendação da autora Njaine (2013), que sugere o cruzamento de dados para enriquecer a informação, buscamos o sistema de informação do Mapa da Violência, onde conseguimos o número de homicídios no município no período que antecede a construção do plano municipal de saúde em questão.

Esse estudo entende que a organização e estruturação das polícias, trabalhadores da segurança pública, no município é uma atribuição do governo estadual, mas sabemos que a segurança pública é atribuição das esferas governamentais, tornando corresponsáveis pela segurança dos munícipes.

Não compreendemos que o número de homicídios seja o único elemento para qualificar a expressão da violência e suas consequências no município, mas buscamos por essa qualificação de dados obter um ponto para aprofundamento da discussão e reverberar reflexões sobre o papel da saúde nesse contexto.

O autor Waiselfisz (2015), na obra “Mapa da Violência 2016 – Homicídios por Arma de Fogo”, apresentam diversas discussões acerca do quadro de violência no território brasileiro, inclusive faz reflexões sobre a necessidade de aprimoramento dos registros para melhorar a análise e as políticas públicas de combate. Apresentando os números da violência no Brasil, Unidades Federativas e

Municipais, identificando as regiões mais vulneráveis. Nacionalmente, evidência a mudança do perfil das ocorrências dos homicídios, onde no ano 1980, 43,9 % eram praticados com arma de fogo e no ano de 2013 já passou a ser de 71,1% do total. O estudo aponta que a política de desarmamento iniciados em 2004 ajudou a diminuir o ritmo de crescimento de mortes por arma de fogo, mas sem manutenção e continuidade o quadro permanece alarmante.

O mapa da violência 2016 aponta grande heterogeneidade e situações diversas nas Unidades Federativas, exemplificando, no ano de 2014 o estado de Alagoas apresentou a maior taxa, 56,1 vítimas de homicídio por 100 mil habitantes e Santa Catarina 7,5 vitimas por 100mil habitantes. Evidenciando o grande aumento desse crime em todas as unidades federativas do nordeste a partir de 2004, nos anos de 2012, 2013 e 2014 a Bahia apresentou respectivamente as seguintes taxas de homicídios por arma de fogo 32,4 - 28,5 - 30,7 (por 100 mil habitantes), no ano de 2014, o Brasil apresentou uma taxa media de 21,2.

O Nordeste apresenta elevados índices de crescimento da violência na década de 2004/2014, evolução rápida considerada uma pandemia para qual os estados estavam pouco preparados, ocorrendo mudança no quadro de Homicídios por Arma de Fogo (HAF) apontando que as grandes metrópoles (Rio de Janeiro e São Paulo) deixaram de ser os locais de maiores incidências desse tipo de violência, passando as cidades do Nordeste apresentaram um grande aumento, sendo a diversificação econômica extrapolando as grandes metrópoles, aumento do investimento em segurança pública na virada do século para a região do sudeste como o Estatuto de Desarmamento, guerra fiscal para atrair investimento surgindo novos pólos de desenvolvimento. Camaçari-BA é uma dessas cidades, que atraíram investimentos e fluxos populacional diante de uma frágil assistência institucional em segurança pública e social. WAISELFISZ (2016)

Camaçari é apresentada pelo Mapa da Violência 2016 como o 37º município com a maior taxa, com uma media dos anos de 2012, 2013 e 2014 de 64,8 vítimas por 100 mil habitantes. Esse estudo foi aplicado em municípios com mais de 10.000 habitantes, somando no total de 3.084 municípios. Cabe ressaltar que quase todos os municípios da Região Metropolitana de Salvador-Ba (RMS) apresentam números elevados e encabeçam a tabela de HAF, como podemos visualizar na tabela 2.

Tabela 2: HAF e taxas médias 2012-2014* de HAF (por 100 mil) nos municípios com mais de 10.000 habitantes da RMS, com maiores taxas médias. Brasil, 2012-2014*

Município	Taxa Media de HAF	Posição Nacional
Mata de São João	102,9	1º
Simões Filho	91,4	8º
Pojuca	87,3	9º
Lauro de Freitas	85,9	10º
Camaçari	64,8	37º
Itaparica	62,3	46º
Dias d'Ávila	55,6	67º
São Sebastião do Passé	52,7	83º
Candeias	50,0	99º
Vera Cruz	49,8	104º
Salvador	44,0	150º

Cruzando os dados do mapa da violência com os óbitos por causas externas, apresentado pelo plano de saúde de Camaçari nos anos de 2012 e 2013 temos o seguinte registro, com 173 homicídios no primeiro ano ocupando 14,3% dos óbitos no município, e no segundo com 167 ocorrências representou 13,5% das mortes dos municípios. Esses valores ficam camuflados nas causas externas o que dificulta a visualização e o planejamento sobre essa questão que vitima tantos. Na tabela 3 podemos visualizar as principais causas de óbitos do município isolando os casos de homicídios.

Tabela 3. Principais causas de óbitos em Camaçari-Ba em 2012 e 2013. DC- Doenças do aparelho circulatório e CA – Neoplasias (PMS)/ Homicídios -WAISELFISZ (2016)

Principais causas de óbitos em Camaçari-Ba	
2012	2013
DC – 272 – 22%	DC – 268 – 22%
Homicídios - 173 - 14,3%	Homicídios – 167 – 13,5%
CA – 150 – 12%	CA – 153 – 12%

O “Guia de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família”, construído pela Secretaria de Saúde do município para auxiliar as equipes de saúde no cuidado e na organização do serviço para atender os homens, o autor Costa (2015), ressalta

que a alta taxa de homicídios na RMS, com a média de 60,1 homicídios por 100.000 habitantes, com 1.482 ocorrências no ano de 2013, também apresenta que 93% dessas vítimas são homens, 78,3% eram negros e 53,7% eram jovens entre 15 e 29 anos. No PMS não podemos concluir que são negros e pobres, mas que são homens e jovens as vítimas das causas externas que na sua grande maioria são assassinados.

O Mapa da Violência 2014 – Homicídios e Juventude no Brasil, do autor Waiselfisz (2014), aprofunda os estudos sobre essa ocorrência na população mais jovem de 15 a 29 anos, afirmando que relatórios anteriores provocaram tomadas de iniciativas por parte do governo federal e estaduais, o que provocou a contenção da violência em algumas regiões, havendo um aumento em outras observa-se um movimento de interiorização. O autor reconhece a RMS como um polo de violência, por concentrar cidades com elevada taxa de mortalidade entre os jovens, Camaçari ocupa a 41^o posição, com uma impressionante taxa 163,8 mortes por 100 mil habitantes jovens. O Quadro 1, demonstra o recorte do cruzamentos de dados, entre Costa(2015) e Waiselfisz(2014):

Quadro 1. Cruzamentos de dados entre Costa(2015) e Waiselfisz(2014).

Violência na Região Metropolitana de Salvador (RMS) ano 2013
Taxa média de 60.1 homicídios /por 100.000 mil
Houveram 1.482 assassinatos
93% são homens
78,3% eram negros
53,7% eram jovens 15 e 29 anos

Segundo Waiselfisz (2014), no estudo Mapa da Violência 2014 – Jovens do Brasil, o estudo aprofunda a contagem do ranking da taxa de homicídios onde Camaçari; em 2012, com taxa de 189,1 (por 100 mil jovens), ocupando a 18^a posição nacional e 8^a estadual. O estudo ressalta que entre os anos de 2002 e 2012 houve uma redução do número de homicídios entre a população branca e aumento de vítimas da população negra. Essa tendência ocorreu entre a população geral quanto os jovens, sendo que na Bahia a taxa de vitimização dos negros triplicou na

última década, Camaçari é apontada com um dos municípios com maiores índices de vitimização da população negra, 115, onde a taxa de homicídios entre os brancos é de 42,8 por 100mil habitantes, sendo da população negra é 92.

O Relatório Anual da Gestão 2014 de Camaçari-Ba demonstra que, durante o primeiro ano de atuação, houve a realização de metas a respeito da violência que não aparecera no PMS; nesse documento há o relato que estabeleceram quatro metas para Fortalecer a Rede de Prevenção de Violência e promoção à saúde: a meta 1, Implantar serviço de notificação em 02 unidades de saúde, alcançando 11 unidades com o serviço de notificação de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências implantada, foi alcançada. A meta 2, capacitar 22 profissionais de saúde sobre a temática da Violência, não foi realizado. A meta 3, registrar 100% das notificações no SINAN, foi alcançada. A meta 4, implementar o projeto de intervenção para a prevenção à violência e promoção da saúde, não foi realizado.

No Relatório Anual da Gestão 2014 de Camaçari-Ba as metas diretamente ligadas à estruturação da assistência não foram implementadas, e os gestores avançaram nas propostas comparadas ao PMS, mas não efetivaram as ações. Na avaliação desses pontos os setores responsáveis colocaram que há pouca divulgação e aplicação das orientações para manejo dos casos de violência e solicita capacitação e discussão urgente para a temática.

Essa análise é enriquecida por outros estudos que possuem a violência como objeto estudo. E o cruzamento de dados possibilitou ampliar o diagnóstico realizado pelo PMS de Camaçari 2014-2017, no que se refere ao tema da violência. Os resultados têm fortalecido e apresentado uma tendência perversa, em nosso município há um grande número de homicídios e, em sua maioria, essas vítimas são homens, jovens e negros.

4. DEBATE: POR QUE A VIOLÊNCIA APARECE TÃO POUCO NO PMS DE CAMAÇARI-BA 2014/2017?

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001, reafirma a violência como um problema de saúde pública, reconhecendo que matam e geram agravos à saúde, somado ao aumento na demanda do serviço de atendimento, direcionando o setor saúde e a responsabilização institucional, aprimorar o sistema de informação, a condução de

ações de promoção e prevenção e mobilização de outros segmentos sociais. As diretrizes dessa política evidenciam a necessidade de que as ações de prevenção à violência estejam contempladas nos planos e projetos da saúde das três esferas do governo, cabendo ao município coordenar e implementar componentes específicos dessa política como a, integração com ações estaduais, promover articulação entre setores locais, capacitar os profissionais, analisar e relacionar a morbimortalidade e a violência, promover acolhimento e assistência a vítimas e suas famílias, etc.

O PMS de Camaçari 2014-2017 em muitos pontos não se aproxima da política nacional, faltam dados específicos e informação detalhadas, não propõem articulação com outros setores, não prevê capacitação dos profissionais e em alguns momentos não se responsabiliza por esse problema de saúde pública que é a violência.

O autor Spinelli (1998) que busca entender qual a nossa responsabilidade como trabalhador da saúde acerca da violência, observa uma estrutura de pensamento cartesiana na formação dos profissionais, na prestação de assistência e nas políticas públicas no setor saúde, tendo uma produção de conhecimento tomada pelo “remediar”. Há uma procura pela unidade e totalidade, mas esse contexto sofre desestruturação quando o problema em questão não segue uma racionalidade objetiva, e ignorar e subestimar são condutas adotadas em muitos contextos.

Spinelli (1998) avança sugerindo, a ruptura com a prática e o saber hegemônico positivista, não idealização de uma ou outra estrutura, ou novas sistematizações simplórias. E buscar na elaboração do pensamento crítico a partir da reflexão da prática no dia-a-dia. O PMS coloca o problema de uma forma opaca, transmitindo a ideia de não pertencimento ou de não reconhecimento como importante, às causas externas que tem protagonizado nos óbitos dos municípios não foram abordadas de maneira que possibilitasse reflexões ao setor.

Na perspectiva de Minayo (2006), há avanços nos estudos e políticas públicas para atender às necessidades geradas pelo fenômeno da violência, e demarca as doenças crônicas e a violência como o gerador de um novo perfil que precisa ser abordado, sendo que esse contexto pede imersão nos estilos de vida, nas condições sociais e ambientais, uma estruturação dos serviços e atendimentos com os quais o setor saúde não está adaptado, e prossegue reconhecendo uma grande resistência do segmento em relação ao tema. Essa inserção acontece de forma fragmentada e lenta.

Nos pensamentos de Jorge, Gawryszewski, e Latorre (1997) analisa-se o vasto campo das causas externas e como esses valores diferem de região, permitindo que duas regiões tenham os mesmos valores em óbitos por causas externas, mas uma possui maior número de acidentes de transporte e a outra de homicídios. Inclusive quando realiza a análise das ocorrências brasileiras consegue visualizar o aumento dos homicídios na população jovem.

No PMS o valor unicamente expresso como causas externas não permite ou possibilita um diagnóstico situacional sobre os reais fatores de risco no município, essa padronização, quando não permite a crítica ou acesso a informação, promove um desligamento dos atores sobre a situação, e de certa forma dificulta a compreensão real do fenômeno. No plano não há nenhuma indicação sobre os homicídios que acometeram os munícipes, o termo não foi utilizado no documento.

O instrumento considera que “o Problema de saúde é definindo como algo fora dos padrões de normalidade para o ator social” (TEXEIRA, 2010), o documento apontar problemas pertinentes, que não são considerados normais, e suas soluções. Mas sobre o impacto da violência sobre os munícipes, não faz nenhuma consideração, que possibilite entender o contexto como um problema de saúde pública.

Concordando com Costa (2015) que no Guia de Saúde do Homem realiza um avanço quando fraciona a causa externa em alguns elementos que a compõem, possibilitando a identificação e análise das causas de óbitos na população masculina de todas as idades, apresenta os homicídios como terceira causa de morte no município com 14,2% em 2004; essa estruturação também foi realizada nesse estudo, permitindo contemplar os elevados números dessa ocorrência na RMS e também em Camaçari.

A pesquisadora Njaine (2013) defende um sistema de informação que privilegie a qualidade das ocorrências, com dados da vida das vítimas, que sustente ações baseadas nos grupos e indivíduos de risco; o que poderia contribuir na gestão do cuidado e das políticas. O PMS apesar de reconhecer que as principais vítimas das causas externas, sem explicitar quais causas seriam, são os munícipes jovens e homens, não apresenta propostas ou reflexões que permitam apontar futuras ações e melhora do quadro.

Para Barbosa (2015), que sustenta que os negros pobres são as principais vítimas do atual genocídio gerado por homicídios em nosso país, reconhece o

histórico colonizador como justificativa do preconceito, racismo, xenofobia e intolerância correlata, reforçados pela desigualdade econômica, educacional e sociopolítica, sendo esse contexto responsável pelo genocídio institucionalizado como é chamado pelo autor, o grande número de ocorrências homicidas entre a população negra principalmente os jovens.

Reverberando Gonçalves (2012), que analisa a onda de violência em maio de 2006 no estado de São Paulo, estabelece que o jovem negro de periferia é criminalizado pelo simples fato de existir, sendo apontado como grande ameaça à população, essa dicotomia, de existir e não fazer parte, sustenta a morte desses jovens pois são um grupo descartável diante do contexto econômico e modo de produção de nossa sociedade.

A invisibilização que é estabelecida no documento norteador da gestão municipal de Camaçari-Ba, para os homicídios e para as vítimas, é de grande preocupação, pois dificulta a tomada de posicionamento do setor saúde, que é uma estrutura de fundamental importância na luta pela humanização das relações e na superação das desigualdades que atravessam a realidade brasileira, mas podemos reconhecer que o plano também é fruto de uma sociedade que, neste momento, não reconhece os jovens, negros, de periferia, pobres, em alguns casos delinquentes, como pertencentes a esta sociedade que construímos.

Para o enfrentamento desse contexto de explosão de violência, os pesquisadores Assis e Avanci (2013) partem do princípio que a violência não é um fator inerente a condição humana e nem inevitável, que conhecer os fatores que a geram para serem analisados e modificados, reconhecer os grupos mais vulneráveis, podem ser os primeiros passos.

A pesquisadora Guimarães (2012), motivada por entender diferentes realidades de concentração da violência na cidade de Salvador – BA, aplica um estudo no Curuzu, uma região com baixos índices, concluindo que as redes sociais formais e informais, as redes de solidariedade, o sentimento de pertencimento, a consciência racial, que foram construídas com o protagonismo da comunidade, gera um acúmulo de capital social nos indivíduos que possuem mais recursos para lidar com uma realidade dura. O PMS de Camaçari não nos permite compreender quais localidades necessitam de mais atenção das instituições e gestores, mas identificar os locais vulneráveis é estratégico para a coordenação das ações e articulações possíveis.

No mês de setembro de 2016 ocorreu em Camaçari-Ba, o 1º Encontro de Segurança Pública e Municipalidade, que foi organizado pelo Comitê Interinstitucional de Segurança Pública Regional de Camaçari (CISP/Camaçari). Compõe o comitê diversos setores da sociedade entre eles a Procuradoria de Justiça Criminal do município, o Ministério Público da Bahia, Polícia Militar e Civil, diversas organizações civis organizadas e a Secretaria de Saúde, entre outros. O relatório do encontro aponta a motivação desde a cooperação para construir ações intersetoriais no desenvolver da cultura de paz no município e de cidadania dos munícipes, diante de uma realidade violenta que atinge principalmente jovens negros entre 12 e 19 anos. O encontro conseguiu produzir articulações entre as instituições e apresentação de diversas propostas, para além de ações punitivas, para abordar as regiões mais vulneráveis. Esse relatório coloca-se como base para um futuro Plano Municipal de Segurança Pública.

Nesse encontro foram pensadas diversas ações para o enfrentamento às vulnerabilidades e fatores que promovem violência; para o setor saúde, foram sugeridas algumas ações como: requalificação e implantar unidades de saúde, capacitar profissionais de saúde para detectarem sinais de maus tratos contra crianças e adolescentes, apoio às ações educativas de prevenção às drogas e à violência, instituir novas eleições de conselheiros municipais e territoriais, formação continuada para os servidores públicos, desenvolver pesquisas e indicadores para esse tema, garantir a segurança nas unidades de saúde, capacitar e empoderar as mulheres, prestar atendimento psicossocial ao agressor. Esse encontro e o seu respectivo relatório são construções de vanguarda para ampliar as possibilidades de ação diante da violência, e possuem um conjunto de ações, diferentemente do PMS que apresentou poucas proposições diante do quadro.

Esse estudo é atravessado pela condição humana do pesquisador que possui demandas de vida e interessado na humanização das relações, do limite de tempo imposto pelo processo de formação formal, da escolha pela análise de um determinado documento. Admitindo que a violência é um processo complexo e sempre será um tema que foge de leituras simplistas e positivistas, compreendemos que o PMS de Camaçari-Ba 2014-2017 não reflete a plenitude do posicionamento de uma gestão ou governo em questão, e que a dinâmica da realidade do dia-a-dia de trabalho pode extrapolar os documentos normativos.

Apesar dos grandes esforços, os limites impostos não permitiram uma maior aproximação com o campo, que propiciasse o diálogo com os muitos setores interessados, e reconhecemos a grande responsabilidade que o governo estadual possui diante da segurança pública, pois exerce a gestão da polícia responsável pelo policiamento nos municípios. Os pensamentos que perpassam essa construção são frutos de uma produção científica que desbrava a relação saúde/processos sociais, relação que necessita de mais investimento humano e econômico para seu desenvolvimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto de violência brasileiro é bastante complexo, não podendo ser contida em explicações simplistas e nem limitadas às criminalidades que ocorrem nas regiões mais vulneráveis, mas reconhece que a falta de oportunidades e perspectivas para a população jovem que é impulsionada ao consumo é invisibilizada em muitas políticas sociais, e são a base para o aumento das taxas de homicídios e crimes e as consequências da violência, principalmente, nas regiões metropolitanas (MINAYO, 2006).

Acreditamos na perspectiva defendida por Waiselfisz (2013) que aponta que existe uma violência estruturante que estabelece os limites culturais permitidos e aceitos de violência por parte de indivíduos e instituições, da sociedade civil ou dos governos, que tolera, naturaliza e até justifica a aplicação da violência. Essa compreensão se enquadra numa ideia construída socialmente que aos indivíduos que se envolvem com criminalidade podem ser vitimados, por outros indivíduos e pela polícia, por sua própria culpa, e essa constatação pode expressar o nível de deterioração da sociedade em que vivemos e que a vida não é a prioridade das construções sociais estabelecidas, e a superação desse processo sócio histórico cultural se faz necessário para o bem estar de toda a sociedade, e a quebra do ciclo vítima/algoz que estamos construídos nas escolhas diárias.

Apoiamos os pensamentos de Paim, Costa e Vilasboas (2009), que consideram necessário fortalecer as pesquisas sobre políticas públicas para promover a compreensão do fazer do governo nas diversas esferas e como essas produções interferem na vida das pessoas, mas absorver a espertize de não limitar as ações e intenções de governos unicamente às apresentações formais, os planos

e projetos e às declarações; aprofundar nas características sociais do território e os mecanismos que asseguram as políticas, que podem ser econômicas e de sustentação popular.

Esse estudo evidencia a necessidade de potencializar as ações intersetoriais para abordagem da violência, envolvendo diversos atores sociais; construção de um plano municipal de segurança pública com ampla participação social; estabelecer e diversificar as políticas públicas para a juventude. Propiciar ampla discussão nos espaços de gestão da saúde, e educação continuada para os trabalhadores da saúde.

Incorporar aos serviços de serviços de saúde de alta e média complexidade um sistema de informação que qualifique as ocorrências para estabelecer dados mais coerentes e possibilitar a gestão integrada entre os setores. A Atenção Básica deve ampliar e qualificar a cobertura nas regiões mais vulneráveis; fortalecer ações de saúde e cuidado integral nas faixas etárias de 15 aos 29 anos; promover a interação e comunitária e a cultura de paz; intensificar processos de educação em saúde no Programa Saúde na Escola; estabelecer práticas de saúde a partir dos princípios da redução de danos e dos direitos humanos, etc.

O PMS de Camaçari- Ba 2014-2017, não aborda a violência na medida que a temática atinge seus municípios, mas não podemos considerar que esse documento, apesar da sua importância, agrega toda uma política de enfrentamento da violência dessa gestão. Essa escolha foi induzida do lugar de profissional de saúde, negro, jovem, e morador da RMS. As próximas construções intersetoriais podem construir a abordagem para o contexto da violência, a participação e estruturação do setor saúde e seus trabalhadores e de extrema importância para disputar qual caminho será tomado.

6. REFERÊNCIA

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G.; CONSTATNO, P. (Org.) Impactos da violência na saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013. 420p

BARDIN, L. Análise de Conteúdos. Edição 70; Lisboa (Portugal); 1988.

BARBOSA, P. A Violência Contra A População De Negros/As Pobres No Brasil E Algumas Reflexões Sobre O Problema. Caderno de Campos: Revista de Ciência Sociais. São Paulo. v. 19, n. 1, p. 30-45, Janeiro de 2015. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/7702>> . Acesso em 3 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, Agosto de 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial[da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2017.

CARVALHO, E.M.R. Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre planos municipais de saúde. 47p. Dissertação em mestrado profissional. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2014.

COSTA, W. A. Guia de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família. Área técnica de Saúde do Adulto: Prefeitura Municipal de Camaçari. Camaçari 2015

GONÇALVES, Renata. De antigas e novas loucas. Lutas Sociais, São Paulo, n.29, p.130-143,jul.-dez. 2012. Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/18502/13695> >.Acesso em 07 dez 2016.

GUIMARÃES, M. C. Redes sociais como fator de proteção contra as violências? Um estudo de caso no Curuzu.2012. 153p.Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador.2012.

JORGE, M. H. P. M.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O.. I - Análise dos dados de mortalidade. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 31, n. 4, supl. p. 05-25, 1997 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Fevereiro 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000500002>.

MINAYO, M. C. S.. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.132 p. (Coleção Temas em Saúde)

MINAYO, M. C. S.. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701997000300006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 5 de janeiro de 2017.

MINISTERIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. Promotoria De Justiça Regional Camaçari. Relatórios de Oficinas de Segurança Pública e Municipalidade. Camaçari 2016. 23p.

MOTTIN, L. M.. Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para o município. Um estudo no Rio Grande do Sul.1999. 159p. Escola Nacional de Saúde Pública . Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1999

NJAINE, K. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G.; CONSTATNO, P. (Org.) Impactos da violência na saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013. 420p

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S.. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. 2009. Disponível em: <<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/handle/123456789/1086>> . Acesso em 5 de janeiro de 2017 . <http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/handle/123456789/1086>

PAIM, J. S.; COSTA, H. O. G.; VILASBOAS, A. L. Q.. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 485-494, março de 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de janeiro de 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Camaçari 2014. 154p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Saúde 2014. Camaçari 2015. 293p.

RAIMUNDO, H. F. Como fazer análise documental. In: RAIMUNDO, Helder. ...Socializar por aí... Portugal, out. 2006. Disponível em: <<http://educaeic.blogspot.com/2006/10/como-fazer-anlise-documental.html>>. Acesso em: 7 janeiro. 2017.

ROCHA M. N. D.; CERQUEIRA, S.C. C.; TEIXEIRA, C. F. , Planejamento Municipal no SUS: o caso da secretaria municipal de saúde-Salvador.

SALIBA, N. A.; GARBIN, C. A. S.; GONÇALVES, P. E.; SALTOS, J. G.; SOUZA, N. P.; MOIMAZ. Plano Municipal de Saúde: análise do instrumento de gestão. Biosci J. 2013;29(1):224-30. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/15054>> Acesso em 5 de janeiro de 2017.

SOUZA, C.. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, n.16, p.20-45, Dec.2006 .Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 Dez. 2016.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G.; CONSTATNO, P. (Org.) Impactos da violência na saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013. 420p

SPINELLI, H. G. Razão, Saúde e Violência: ou a (im) potência da racionalidade médico-científica. 1998. 341p. Dissertação(Doutorado).Faculdade de Ciências Medicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

WASELFISZ, J. J.. Mapa da Violência 2013: Homicídios e juventude no BrasilBrasil. Rio de Janeiro, FLACSO, 2013. Acessado em, site > http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013_jovens.php > Acesso em 19 de janeiro de 2016

WASELFISZ, J. J.. Mapa da Violência 2014: Os Jovens do Brasil. Rio de Janeiro, FLACSO, 2014. Acessado em, site > http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php > Acesso em 19 de janeiro de 2016.

WASELFISZ, J. J.. Mapa da Violência 2016: Homicídios por Arma de Fogo no Brasil. Rio de Janeiro, FLACSO, 2016. Acessado em, site >http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas.php> Acesso em 19 de dezembro de 2016.