

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA E DOS ACIDENTES: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF VIOLENCE AND INJURIES: THE EXPERIENCE OF A MUNICIPALITY IN BAHIA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA Y DE LOS ACCIDENTES: EXPERIENCIA EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR DE LA BAHIA

Cristiane dos Santos Silva¹
Patrícia Sodré Araújo²
Edna Maria de Araújo³
Roberto dos Santos Lacerda⁴

Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) objetiva facilitar a coleta de dados e divulgação de informações sobre a violência e os acidentes, propor ações para a prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz. Estudo exploratório de abordagem qualitativa que teve como objetivo descrever a experiência de implantação da VIVA no município de Feira de Santana (BA) e confrontar a experiência com as proposições políticas do Ministério da Saúde (MS). Participaram deste estudo, profissionais que trabalham em atividades técnicas e de gestão do programa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. O material empírico foi organizado de modo a possibilitar o relato da experiência, atendendo a uma sequência cronológica, confrontando-a com as proposições políticas sobre o tema, utilizando-se um suporte teórico apoiado em documentos oficiais que embasaram a discussão. Os resultados mostram que, a despeito de a política elaborada pelo MS para monitorar as violências e acidentes por causas externas que não geram óbitos e internações ser relevante e abrangente, a vontade política dos gestores é condição determinante para que a vigilância dessas ocorrências seja realmente realizada. Concluiu-se que o suporte financeiro e logístico inicial, disponibilizado pelo MS e pelas Secretarias Estaduais de Saúde, por meio das suas divisões de Vigilância Epidemiológica, certamente contribuiu significativamente para a criação do núcleo VIVA em Feira de Santana, mas não garantiu sua efetivação nos moldes definidos pelo MS. A participação dos movimentos sociais e o controle exercido pelas representações sociais no conselho municipal de saúde poderão reverter essa realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão. Vigilância epidemiológica. Acidentes. Violência.

Surveillance of Violence and Accidents (VIVA) aims to facilitate data collection and dissemination of information about violence and accidents, as well as propose actions to prevent violence, promote health and peace. This is a qualitative exploratory study that aimed to describe the experience of implementing the VIVA in Feira de Santana (BA), Brazil, and confront the experience with the policy proposals of the Ministry of Health. The study comprised of professionals working in technical activities and program management. The data were collected through

¹ Enfermeira. Especialista em gestão em saúde. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). crisebano@yahoo.com.br

² Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (Uneb). patrisodre@gmail.com

³ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). ednakam@gmail.com

⁴ Mestre em Saúde Coletiva. Professor Assistente da Universidade Federal de Sergipe (UFSE). robertos13@hotmail.com

semi-structured interview. The empirical material was organized to enable the reporting of experience serving a chronological sequence, comparing it with the policy proposals on the subject, using a theoretical framework supported by official documents that support the discussion. The results show that despite the policy prepared by the Ministry of Health to monitor the violence and accidents by external causes that do not generate hospitalizations and deaths, being relevant and comprehensive, political will of managers is a determinant aspect for the supervision of these occurrences. The initial financial and logistical support provided by the Ministry of Health and State Health Departments, through its surveillance divisions certainly contributed significantly to the creation of VIVA in Feira de Santana, but did not guarantee its effectiveness in a manner established by The Ministry of health. The participation of social movements and the control exerted by social representations in municipal health council may reverse this reality.

KEYWORDS: *Management. Epidemiological surveillance. Accidents. Violence.*

La Vigilancia de Violencias y Accidentes (VIVA) objetiva facilitar la recolecta y difusión de informaciones sobre la violencia y los accidentes, proponer acciones para la prevención de la violencia y promover la salud y la cultura de la paz. Estudio exploratorio de enfoque cualitativo que tuvo como objetivo describir la experiencia de la implementación de la VIVA en el municipio de Feira de Santana (BA) y confrontar la experiencia con las propuestas políticas del Ministerio de Salud (MS). Participaron de este estudio profesionales que trabajan en actividades técnicas y en la gestión del programa. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas. El material empírico fue organizado para permitir el relato de experiencia atendiendo a una secuencia cronológica, confrontándolas con las propuestas políticas sobre el tema, utilizando una base teórica apoyada en documentos oficiales que respaldan la discusión. Los resultados muestran que a pesar de la política elaborada por el Ministerio de Salud para el monitoreo de la violencia y los accidentes provocados por causas externas, los cuales no generan hospitalizaciones y muertes, es relevante e extenso, la voluntad política de los gestores es condición determinante para que la vigilancia de esas ocurrencias sea efectivamente realizada. Se concluye que el apoyo financiero y logístico inicial proporcionada por el Ministerio de Salud y las Secretarías Estaduales de Salud, a través de su división de Vigilancia epidemiológica, sin duda contribuyó significativamente para la creación del núcleo VIVA en Feira de Santana, pero sin garantizar su eficacia dentro de las pautas definidas por el MS. La participación de los movimientos sociales y el control ejercido por las representaciones sociales en el Consejo Municipal de Salud podrán revertir esa realidad.

PALABRAS-CLAVE: *Gestión. Vigilancia epidemiológica. Accidentes. Viol ncia.*

INTRODU O

A Vigil ncia Epidemiológica configura-se um importante instrumento para a transforma o do modelo de saúde historicamente construído e ainda vigente, no qual a clínica   dissociada da epidemiologia, que valoriza a assistência médico-centrada e hospitalocêntrica, direciona o atendimento com base na queixa-conduta, sem considerar os diversos determinantes sociais, econ micos, políticos e culturais que interferem no risco de adoecer e morrer dos indivíduos e das coletividades (CERQUEIRA et al., 2003).

O conceito de Vigilância Epidemiológica emerge na tentativa de contribuir para a reorienta o desse modelo de saúde. A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) assim a define:

[...] um conjunto de a es que proporcionam o conhecimento, a detec o ou preven o de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de preven o e controle das doenças ou agravos.

Nos últimos anos, o crescimento da violência e das mortes por causas externas, bem como os impactos produzidos na saúde dos indivíduos e das coletividades, tem sido alvo de investiga o e preocupa o por parte da sociedade. Torna-se evidente o interesse da Saúde Pública em conhecer os fatores que predispõem os grupos sociais   morte por causas violentas e desenvolver a es que impactem nessa problemática por meio de políticas públicas e estratégias de enfrentamento que perpassem a preven o e o controle desses agravos, o registro e a notifica o dos casos, bem como o atendimento, acolhimento e tratamento das vítimas (GAWRYSZEWSKI et al., 2006).

As mortes por causas externas decorrem frequentemente da violência, fen meno de escala mundial de alta magnitude, pois produz altas taxas de morbimortalidade, sendo apontadas como um problema de Saúde Pública,   medida

que sua expansão compromete a saúde individual e coletiva das populações. Além disso, caracteriza-se pela transcendência, já que causa grande impacto na população jovem, produz elevados números de internações hospitalares, incapacidades e mortes e gera incalculável ônus social (DAHLBERG; KRUG, 2006; FREITAS et. al., 2000; MINAYO, 2007).

Diante dessa realidade, as estatísticas de mortalidade têm sido utilizadas por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento e por gestores da saúde com o objetivo de traçar um perfil dos fatores de risco que condicionam a saúde da população e os determinantes de maior ou menor vulnerabilidade. Com esses indicadores são desenvolvidas estratégias de implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção, o controle dos agravos e a promoção da saúde (BATISTA, 2002).

No Brasil, o monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses órgãos são gerenciados pelo Ministério da Saúde (MS) e constituem importante fonte de informações epidemiológicas e sociodemográficas sobre os óbitos e as internações hospitalares por causas externas (GAWRYSZEWSKI et al., 2006).

Contudo, considerando as limitações do SIM e SIH/SUS, o MS implantou, em 2006, o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), instituído com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes, possibilitando conhecer a magnitude desse grave problema de saúde pública e construir um diagnóstico mais fidedigno da problemática que envolve a violência e suas facetas (BRASIL, 2006, 2010).

Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia e detentora de uma população de mais de meio milhão de habitantes, segue a tendência nacional no padrão de morbimortalidade por causas violentas. Diante dos elevados

índices, sobretudo de mortalidade por causas externas, e do sobressalto da violência nesse centro urbano, a partir de 2006, iniciou-se o processo de implantação da Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Vedant), no qual se insere a Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA). (BRASIL, 2010).

A VIVA está vinculada ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana (BA). Estruturou-se em núcleo e propõe-se a desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde. Diante disso, torna-se necessário conhecer as articulações intersetoriais e intergestoras (saúde, educação, segurança pública e sociedade civil); o trabalho que vem sendo desenvolvido após a implementação desse núcleo no município de Feira de Santana, bem como sua estruturação, organização e gestão, para compreender o fulcro das articulações desenvolvidas pelo organismo gestor para o alcance das metas estabelecidas concernentes à Vigilância Epidemiológica da violência nesse centro urbano.

Este trabalho teve por objetivo descrever a experiência de implantação da VIVA no município de Feira de Santana (BA) e confrontar a experiência relatada com as proposições políticas do MS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa. O local do estudo foi o núcleo de VIVA, vinculado ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana. A cidade está localizada a 108 km da capital, Salvador, e ocupa uma área territorial de 1.363 km² e uma população de 542.476 habitantes. Essa localidade constitui-se em um dos principais entroncamentos de rodovias do Norte-Nordeste brasileiro, característica que favorece crescente concentração e fluxo de pessoas, mercadorias e dinheiro (FEIRA DE SANTANA, 2007).

Participaram do estudo três profissionais que atuam no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (BA), especificamente no núcleo de Vigilância das Violências e Acidentes da referida secretaria,

os quais exercem fun es da área técnica e de gestão do referido setor. A escolha desses profissionais procedeu-se mediante conhecimento do tempo de atua o no núcleo e a fun o exercida, já que interessava para o estudo o relato das experiências acerca do processo de implanta o e implementa o da VIVA no município.

Na coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Foi elaborado um roteiro para a entrevista, por meio do qual foram investigadas as informa es relacionadas ao processo de estrutura o, organiza o e gestão da VIVA no município de Feira de Santana, no qual identificaram-se as seguintes questões: histórico e registro do processo de estrutura o e implanta o do núcleo; equipe que atua no setor (atribui es e responsabilidades); organiza o e estrutura o do núcleo; a es previstas e realizadas; papel da(o) gestor/gestora; avanços e entraves para a gestão. As entrevistas foram realizadas no núcleo da VIVA na Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, com dura o média de 60 minutos cada.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Em seguida, procedeu-se a leitura e explora o do material empírico, o qual foi organizado de modo a possibilitar o relato da experiência pelos participantes, atendendo a uma sequência cronológica em que o processo de implanta o da VIVA é enriquecido com as informa es sobre sua implementa o. Os dados foram tratados e interpretados com o apoio do método de Análise do Conteúdo (AC) de Bardin (1997). Para atender aos objetivos do estudo, a experiência relatada pelos entrevistados foi confrontada com as proposi es políticas sobre o tema, utilizando-se um suporte teórico apoiado em documentos oficiais, que embasaram a discussão sobre o fen meno estudado.

A realiza o deste trabalho respeitou os requisitos estabelecidos na Resolu o n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Foi garantida a segurança e o anonimato aos participantes da pesquisa. Este trabalho foi previamente submetido ao Comit  de  tica em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia e aprovado conforme protocolo n. 0603110228402. Todos os participantes foram esclarecidos quanto

aos objetivos do estudo e procedimentos metodológicos, e leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a realiza o das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2006 foi implantado, pelo MS, o sistema de VIVA, com a finalidade de viabilizar a obten o de dados e a divulga o de informa es sobre violências e acidentes, possibilitando o conhecimento da magnitude desse grave problema de Saúde Pública no Brasil e construir um diagnóstico mais fidedigno da problemática que envolve a violência e suas facetas (BRASIL, 2002; SILVA et al., 2007).

A proposta da VIVA surge com o objetivo de desenvolver a es de preven o de violências e acidentes e de promo o da saúde e da cultura da paz, abrangendo as três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Ainda em 2006, seguindo a proposta de implanta o da VIVA no país, a princípio, deveria ser implantada em municípios priorizados que atendessem aos critérios definidos no projeto. A implanta o da VIVA nos estados e municípios foi definida também pela adesão voluntária da(o)s gestora(e)s das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde ao projeto.

A estrutura o da VIVA é legalmente ancorada nas Portarias n. 1.356/2006 (BRASIL, 2006) e n. 1.384/2007 (BRASIL, 2007), que instituiram incentivo financeiro para a implanta o da vigilância epidemiológica de violências e acidentes. Este recurso constituiu-se em incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, sendo transferido em parcelas e destinado ao desenvolvimento da Pesquisa de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela. A Secretaria de Vigilância em Saúde ficou responsável pela coordena o e análise das atividades empreendidas na Pesquisa de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, definindo também os mecanismos que garantissem a expansão progressiva da VIVA em Sentinela (BRASIL, 2006).

O município de Feira de Santana (BA), além de atender aos critérios de seleção definidos pelo projeto, foi contemplado com o financiamento do MS para a implantação da vigilância epidemiológica de violências e acidentes, conforme relatos das entrevistadas transcritos a seguir:

“A princípio houve um estímulo do Ministério da Saúde na criação dos núcleos de prevenção à violência e promoção da saúde visando à cultura da paz, a VIVA, (vigilância de violências e acidentes) para quê? Para redução da morbimortalidade por causas externas dentro do âmbito da violência doméstica.” (E2).

“O Ministério da Saúde priorizava Feira de Santana nesse ano [2006] para receber uma verba de 50.000 reais para implantação do núcleo de vigilância epidemiológica. Esse recurso era para materiais permanentes, fichas e outros materiais que realmente pudessem dar andamento ao núcleo de vigilância das causas externas, o núcleo de prevenção à violência.” (E1).

“[...] não é uma escolha do município trabalhar com a VIVA e sim estar dentro de um programa do Ministério da Saúde. A partir daí, o município foi obrigado a assumir a notificação e a investigação da violência.” (E3).

É perceptível na fala do entrevistado 2 a ênfase na violência doméstica, possivelmente em razão de esse núcleo estar apresentando maior atuação nesse campo. Entretanto, faz-se necessário observar que a implantação da VIVA tem como objetivo também o levantamento de acidentes e outras violências atendidos nos serviços de emergências hospitalares que não geraram óbito ou internações hospitalares. Nesse sentido, a violência doméstica é apenas um dos focos dentro do componente da rede VIVA que é a vigilância das violências sexual, doméstica e outras interpessoais (MASCARENHAS et al., 2009). Esse enfoque parece revelador da atuação parcial do núcleo VIVA de Feira de Santana.

A fala de E1 reporta-se a recursos para estruturação do núcleo VIVA de Feira de Santana, mas não deixa claro se o município recebeu esse recurso e, caso tenha recebido, se foi realmente utilizado para esse fim. É possível que a atuação do núcleo VIVA, mais direcionada à violência perpetrada no contexto doméstico, justifique-se pela falta de recursos financeiros que pudessem possibilitar sua ampla atuação.

E3 faz referência à justificativa para o município de Feira de Santana (BA) ter sido escolhido pelo MS para implantar um núcleo VIVA. Sabe-se que, dentre os critérios necessários para implantação da vigilância de acidentes e violências nos municípios, está o perfil epidemiológico da morbimortalidade por causas externas. Segundo o MS, entre 1980 e 2006 ocorreu aumento de 78% na frequência das causas externas no Brasil, atingindo, com maior frequência naquele período, as regiões não metropolitanas (53%). O município de Feira de Santana (BA) também já vinha apresentando perfil semelhante ao nacional na morbimortalidade por causas externas, com um incremento no número de homicídios. Em 1999 foram registrados 141 homicídios, número que se elevou para 204 no ano de 2006, colocando Feira de Santana como um dos municípios mais violentos do estado da Bahia (MOURA; ARAÚJO; CHAVES, 2011).

Este foi um ponto determinante para a estruturação do citado núcleo de vigilância de acidentes e violências, já que os dados existentes apontavam que este centro urbano seguia a tendência nacional na ocorrência de óbitos violentos como destacado na fala de uma das entrevistadas.

“O município foi contemplado com recursos do Ministério da Saúde para que implantasse no município de Feira, por ser o segundo maior município da Bahia, por ser uma população grande, de entroncamento, e que as manifestações de violência estavam realmente gritantes.” (E2).

“A equipe, em reuniões, analisando alguns dados sobre violência por arma branca, arma de fogo, e também sobre as causas externas, que hoje faz parte da vigilância epidemiológica das

doenças cr nicas não transmissíveis, sentamos, discutimos e vimos que realmente era necessário implantar em Feira de Santana.” (E1).

O objetivo maior a ser alcançado pela VIVA é a redução da morbimortalidade por violências e acidentes após a implementação de políticas públicas e ações intersetoriais e integradas, na perspectiva da construção de redes de atenção integral e de proteção social às vítimas de violências e promoção da saúde e da cultura da paz (BRASIL, 2010).

A VIVA, em sua g nese, no ano de 2006, foi estruturada com base em dois componentes. O primeiro, a VIVA Contínua, é uma modalidade de vigilância implantada em serviços de referência para violências, como centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros. Tem por objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social  s Vítimas de Violências, garantindo, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2010).

O segundo componente estruturante, a VIVA Pontual, é um inquérito de acidentes e violências realizado bianualmente, por meio de inquéritos realizados nos hospitais de urgência e emergência selecionados, com base em pactuação entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde e/ou por meio de pesquisas per dicas. Essa vigilância tem por finalidade descrever o perfil das violências e acidentes atendidos em unidades de urgência e emergência e analisar a tendência das violências e acidentes (BRASIL, 2010).

Desta forma, inicialmente, a VIVA foi implantada em serviços Sentinelas no âmbito do SUS no ano de 2006, como ocorreu em Feira de Santana em nível municipal, sendo escolhidas, a princípio, sete unidades sentinelas, com base no previsto para a VIVA Contínua.

A existência, no município, de serviços que se enquadrariam como serviços sentinelas  

apontada como facilitador do processo de implantação da vigilância na localidade em questão.

“O município foi contemplado com o projeto por ter um aparato total. Já tinha delegacias, os conselhos tutelares, existem universidades, existem ONGs, existem CREAS. J  neste âmbito, que já, de certa forma, já dava uma estrutura nessas questões [...] Começamos primeiramente com a conquista dos profissionais para fazer parte desse núcleo. Uma mini equipe, porque a necessidade era de uma equipe muito maior voltada para os interesses do programa, mas, no momento, tinha que ter pelo menos uma mini equipe para agente começar a mobilizar os outros parceiros a nível de saúde e a nível social.” (E2).

Para a efetivação do processo de implantação da VIVA, destaca-se a importância das articulações intersetoriais e integradas. No caso do município de Feira de Santana, o apoio de órgãos estaduais foi primordial no processo.

“Tivemos o apoio da DIVEP que é a Divisão de Vigilância Epidemiológica do Estado que, de certa forma, nos deu um aparato em nível de informação, de literaturas, para ter certo conhecimento. Mas eles também estavam no princípio, também porque eles começaram em 2006 e estavam engatinhando também na implantação e então as informações eram praticamente iguais. Estávamos crescendo juntos.” (E2).

Contudo, no início de implantação do núcleo de vigilância das violências e acidentes, diversos foram os entraves apontados pelas entrevistadas:

“[...] é um desafio estar dentro do núcleo, de arrancar os tocos mesmo [risos], de desbravar as fronteiras, porque não   fácil. Inclusive, porque não houve aquela participação nem vontade política dos gestores, nem a nível estadual, nem a nível municipal, nem a nível de secretaria [de saúde] e nem a nível de própria vigilância.” (E2).

A visão reducionista acerca do processo saúde-doença, com enfoque no modelo assistencial, hospitalocêntrico e médico-centrado por parte de profissionais e organismos gestores, é apontada pelas entrevistadas como um dos principais percalços à incorporação da proposta por parte dos serviços e à efetivação da VIVA no âmbito do SUS do município.

“Fala-se muito da transversalidade. Fala muito da unidade, da universalização, e da igualdade e da equidade, dos princípios e das diretrizes do SUS, mas ainda se vive no hospitalismo [sic] [...] A estratégia de saúde da família (ESF) é irmã, alma gêmea da VIVA, se realmente caminhassem de mãos dadas. Mas o que agente percebe hoje é que prevenção é ainda algo de futuro; promoção é algo ainda para ser conquistado e se trata muito ainda da questão da reabilitação e da cura.” (E2).

As mudanças na forma de conceituar saúde, doença e seus determinantes trouxeram novos paradigmas que, no Brasil, influenciaram o advento do SUS no final da década de 1980. Nesse contexto foram criadas também as leis orgânicas, com o intuito de legitimar o SUS e definir suas áreas estratégicas de atuação, dentre elas, a Vigilância Epidemiológica, definida pela Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Diante da magnitude e da complexidade que envolve a etiologia e a ocorrência de eventos violentos e os efeitos deles decorrentes, a violência tornou-se um problema de saúde pública e a vigilância epidemiológica passou a se preocupar em acompanhar o comportamento das causas externas na população, importando-se com a maneira como estes agravos distribuem-se e, sobretudo, atuando na perspectiva de controlar o avanço dos acidentes e das violências e suas consequências sobre as populações (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

É nesta perspectiva que se insere a VIVA e, para sua efetiva aplicação prática, sobretudo no início da implantação, seria necessário esforço de profissionais e gestores, algo que não aconteceu, conforme relatos das entrevistadas:

“[...] as unidades sentinelas não responderam à proposta, foram silenciosas e omissas perante a proposta. Era uma proposta que já deveria ter acontecido desde 2005 e que só estava dando os primeiros passos em 2007 para 2008.” (E3)

“[...] houve muita resistência, não somente do profissional [...] Ouvi de gestor na época: ‘vai empurrando com a barriga’, ouvi isso; ouvi outras pessoas dizerem: ‘essa inquilina precisa ser desocupada porque o negócio não está andando’; ouvi gestores dizerem ‘Deixa isso acontecer, vamos ver o que vai acontecer’. Não houve essa conscientização da responsabilidade de fazer acontecer.” (E2).

O conceito inicial de vigilância epidemiológica emerge com um sentido voltado para a “[...] observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos” (BRASIL, 1998, p. 17) e tinha como objetivo primeiro atuar em situações de epidemias de cólera, varíola e peste, por meio de mecanismos repressores e excludentes como a quarentena e a internação compulsória dos doentes.

Essa concepção foi ampliada, incluindo-se, no campo da Vigilância Epidemiológica, as doenças crônicas e os agravos não transmissíveis, os acidentes e outras violências e os agravos decorrentes destas, campo denominado Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Vedant) implementado nos municípios brasileiros.

Para normatizar a Vedant, o MS, por meio da Portaria MS/GM n. 737/2001 (BRASIL, 2001), instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a qual estabelece diretrizes para efeito de monitorização, dentre elas ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências. Esta portaria determina, inclusive, os fatores de risco e o uso de sistemas de informação. Contudo, a não compreensão dessa dimensão mais ampliada

da vigilância epidemiológica trouxe empecilhos à implantação da VIVA no município.

“Outra dificuldade também é a visão do município quanto à vigilância somente das transmissíveis, principalmente da dengue [...] veem a violência – eu tô falando da gestão em geral –, a violência sabe que existe, sabe dos dados que ocorrem, mas virou uma banalização. Então, morrer de cólera, morrer de dengue: ‘sou um país de terceiro mundo, minha cidade não pode estar envolvida com um mosquitinho à toa, um Zé ninguém’. Então, não quero ser país de terceiro mundo. A violência é de países desenvolvidos, ‘então, tô dentro do desenvolvimento e da globalização.’” (E2).

Para autores como Waldman e Mello Jorge (1999, p. 76), a vigilância dos acidentes e da violência

[...] deve ter por objetivo oferecer às autoridades sanitárias os seguintes subsídios para a elaboração de programas de prevenção e controle: estimar a morbimortalidade em termos de magnitude, tendências, custo e impacto social; identificar grupos e fatores de risco; detectar *clusters*; avaliar a efetividade de intervenções; induzir pesquisas e incorporar novos conhecimentos visando ao contínuo aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

As primeiras iniciativas para implantação do núcleo de vigilância de acidentes e violências em Feira de Santana, do ponto de vista da gestão, tanto por parte dos profissionais quanto da própria equipe técnica, enfrentaram problemas desde a formação da equipe para atuar no núcleo até percalços com relação à estrutura física, bem como conhecimento sobre a nova proposta da vigilância epidemiológica, como destacam os depoimentos a seguir:

“Fomos tentando formar a equipe, tentando nos encontrar num espaço físico, porque antes eram todas as enfermeiras e os técnicos, tudo numa única sala. E eu me sentia um pouco deslocada: uma porque nunca tinha trabalhado diretamente numa vigilância epidemiológica. A minha noção era uma noção acadêmica, muito voltada ainda para as transmissíveis e era algo muito novo, e

eu me senti, assim, com desejo de fazer algo diferente, de dar uma alavancada [...] Houve uma sensibilização através de ciclos nessas unidades [sentinelas]. Essa sensibilização foi em bloco para todos os profissionais que trabalham nessas unidades [...] houve uma participação do profissional com a equipe, que éramos nós [técnicas do núcleo] e a equipe do CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], uma troca de informações, identificação dos fatos e circunstâncias que eles vivem nas unidades. Então, houve uma reflexão do problema, e aí mexemos com a estrutura do serviço em dizer: ‘estamos vendo, estamos vivendo, e o que estamos fazendo?’” (E2).

A Portaria n. 936/2004 (BRASIL, 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. Esses núcleos, no âmbito municipal, devem estar estruturados com vistas a cumprir as atribuições estabelecidas na referida portaria, as quais dão subsídio à Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde.

O núcleo de vigilância dos acidentes e violências do município de Feira de Santana está estruturado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) local e faz parte do setor de Vigilância Epidemiológica. As instalações físicas, bem como o quantitativo de recursos humanos e materiais, segundo uma das enfermeiras entrevistadas, são insuficientes para atender às demandas de atividades colocadas para o núcleo e a equipe atuantes.

“A VIVA estruturalmente se localiza na Vigilância Epidemiológica [da Secretaria Municipal de Saúde SMS] em uma salinha pequena, onde mal cabem três pessoas. São três técnicos distribuídos em horários que contemplam toda a carga horária de 30 horas de segunda a sexta-feira. Nós temos equipamentos mínimos: apenas um computador, uma impressora e um ar condicionado, depois de muita luta.” (E2).

A vigilância de acidentes e violências é normatizada por políticas públicas e portarias emitidas pelo MS, na tentativa de promover ações de detecção e prevenção da violência, bem como a promoção da saúde e da cultura de paz. Este tem sido o caminho seguido pelo núcleo de vigilância das violências e acidentes em Feira de Santana, no intuito de executar as ações previstas e programadas.

“O núcleo da VIVA vem funcionando para atender a proposta das portarias já existentes, com o objetivo de [...] apoiar as outras instituições que já trabalham com esse enfrentamento, então apoiar; sensibilizar os profissionais na identificação de casos suspeitos ou confirmados; sensibilizar também esses profissionais a tomarem condutas em tempo hábil nas questões que devem ser tomadas [...] Além desse trabalho, que é voltado para a saúde mesmo, o direito da vítima ter o conhecimento de que precisa ser encaminhada para a Delegacia da Mulher ou para a Defensoria Pública, Ministério Público, Conselhos Tutelares [...]” (E2).

Dentre as atividades desenvolvidas, a equipe técnica do núcleo tem a função de capacitar os profissionais dos serviços de saúde das unidades notificadoras dos casos de violência, supervisionar o trabalho das unidades notificadoras na tentativa de incentivar o correto preenchimento das fichas de notificação, bem como os devidos encaminhamentos das vítimas, seguindo um fluxo que configura um trabalho em rede entre a saúde e outras áreas sociais, como educação, serviço social e justiça. Além disso, promove seminários, palestras e oficinas temáticas em diversos espaços e treinamento e reciclagem dos profissionais que atuam na ponta dos serviços de saúde. Outras ações de destaque são a participação em feiras de saúde comunitárias, mobilizações e eventos sociais em datas comemorativas locais.

O núcleo trabalha basicamente com a notificação de casos de violência por meio da implantação da ficha VIVA nas unidades de referência para este fim. Os profissionais das unidades de saúde foram e são capacitados para o correto preenchimento da ficha, sensibilizados para terem um olhar voltado para os casos suspeitos e

para a importância da notificação e dos encaminhamentos necessários das vítimas.

Para fins de notificação, as unidades utilizam a ficha VIVA, na qual são registrados os casos suspeitos ou diagnosticados de violência infringida contra a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Após o preenchimento, as fichas são encaminhadas ao núcleo. Em seguida, os dados seguem fluxo semelhante ao da vigilância das doenças transmissíveis.

Desde o início da implantação da VIVA no município de Feira de Santana, houve a participação do gestor como impulsionador do processo. Esta participação é evidenciada, primeiramente, na identificação da necessidade de se dar atenção à problemática da violência no município, ampliando o escopo de atuação da vigilância epidemiológica, antes restrita à vigilância de doenças e agravos transmissíveis, passando agora a se preocupar com a violência enquanto problema de saúde pública.

A gestão da VIVA é compartilhada e não se concentra apenas na figura da coordenação geral da vigilância epidemiológica, sendo exercida também pelos integrantes do núcleo, os quais acabam exercendo funções que vão além das atividades técnicas. Um dos desafios que se coloca para a gestão da VIVA é o financiamento. Segundo as entrevistadas, não há referência de repasse de valores pelo MS para o município. Este repasse financeiro foi feito apenas no início da implantação, quando se estabeleceram as áreas prioritárias, servindo de incentivo para que os municípios aderissem ao projeto então em fase inicial. Após a implantação do núcleo, a responsabilidade pelos recursos financeiros ficou a cargo do próprio município. “Então, na realidade, o financiamento do Ministério da Saúde, eu digo que foi só no início. Esse suporte, essa sustentabilidade quem tem dado é o município.” (E1). “Trabalhamos também dentro de uma PPI, que é a Pactuação Pactuada Integrada. Então, o município é cobrado né, no que ele pactuou. E através do que ele pactuou, ele recebe a verba, mas essa verba nem sempre é canalizada ou é utilizada no que deveria.” (E3).

Além disso, conforme observado nas falas, não existe transparência no repasse dos

recursos. As pessoas que atuam diretamente no núcleo, que são conhecedoras dos problemas, das dificuldades e necessidades de recursos para a plena execu o das atividades propostas, estão excluídas do processo de tomada de decisão com rela o ao financiamento do programa.

“Nessa questão do financiamento, nós, como técnicos, nunca nos envolvemos nessa questão de como foi distribuído, como está sendo desenvolvido.” (E2).

“Na realidade, nós, como técnicas, não temos nenhum conhecimento das verbas que chegam. E agente sabe que o núcleo de vigilância das violências e acidentes, da violência doméstica, sexual etc. Agente sabe que o Ministério da Saúde disponibiliza, sim, verbas para estados e municípios, para desenvolver as a o es. Até mesmo que essas a o es, elas preveem a notifica o, a investiga o e a preven o, através de folders, através de capacita o es, através de campanhas. Sabemos que a verba existe, mas nós, como técnicos, nosso papel é desenvolver, solicitar material, solicitar... Então, isso não chega até nós. Com certeza, o município utiliza a verba de forma que os gestores, a secretaria de saúde em sua totalidade, sendo na parte financeira, sendo na parte de planejamento, deve saber de que forma usa. Onde está a verba? Não sabemos. Sabemos que existe e de que forma é utilizada também não sabemos. Temos o mínimo necessário para trabalhar.” (E3).

Como entrave ao exercício da gestão da VIVA, foi citada a limita o imposta pela hierarquiza o de poderes no âmbito da administra o pública municipal. Tal realidade é demonstrada em uma das falas:

“Nós já sabemos onde está a vítima; nós já sabemos qual o papel da saúde; nós já sabemos onde a saúde precisa agir, mas não temos poder político e nem vontade. O gestor, na pessoa da coordena o, nos d  o apoio pessoal, dado que nosso trabalho é importante; temos todo o apoio da boa vontade, mas a

coordena o também tem seus limites, porque acima da coordena o existe o secretário de saúde, e acima dele existe o prefeito. Então, a coordena o tem mãos atadas tanto quanto o técnico, ‘dança conforme a música’.” (E3).

Outro desafio que se coloca para a gestão é a pequena prioridade dada às quest o es da violência enquanto problemas de Saúde Pública, restringindo a atua o da VIVA e, conseqüentemente, outros impactos positivos que poderiam ser mais visibilizados.

“Então, nem sempre o gestor trabalha com o que ele quer, mas com o que ele é obrigado a trabalhar, enquanto à Secretaria Municipal de Saúde, o que mais é cobrado é o que mais se investe; se hoje tem mais visibilidade dengue, vamos trabalhar mais com dengue; se   cobrada a violência doméstica, vamos trabalhar. Então, a vigilância da violência, ela ainda fica aquém; ela ainda fica embaixo do tapete e ela é simplesmente assistida no que o ministério exige: o ministério exige que seja implantada a notifica o; hoje   só e somente s , dado o apoio   implanta o da ficha VIVA.” (E3).

O trabalho executado pela equipe do núcleo VIVA é predominantemente técnico, não havendo participa o do gestor na figura da coordena o em atividades como palestras, capacita o es, sensibiliza o es, entre outras. A contribui o do gestor coordenador está mais direcionada   elabora o de projetos no intuito de angariar recursos junto ao MS, estando o profissional técnico fora desse processo, como evidenciado na fala a seguir:

“Na elabora o de projetos para receber verba, o técnico não participa, somente os gestores. Muitas vezes, os projetos v o que nós não temos nem conhecimento. Os projetos s  recebem incentivo ou apoio quando são projetos que têm verba e que interessam ao gestor maior; projetos que realmente são necessários para aquilo que os técnicos percebem que gostariam que fossem desenvolvidos são banalizados.” (E3).

Outras ações são executadas pela equipe do núcleo, tendo caráter também de atividade gestora, como organização de seminários com articulações e colaboração de organismos parceiros que também compõem a rede de atenção à violência no município.

CONCLUSÃO

A VIVA é uma estratégia nova de vigilância da violência no Brasil e propõe um conjunto de ações que impactem por meio da prevenção e controle da problemática, articulando estratégias intersetoriais, serviços e organismos sociais diversos. Os resultados trazidos neste trabalho apontaram os principais avanços e desafios enfrentados desde o início da implantação do núcleo VIVA no município de Feira de Santana, bem como naqueles colocados sob a gestão desse serviço.

As articulações intersetoriais, que envolvem um trabalho em rede entre a saúde, a educação, a segurança pública, a sociedade civil e outras organizações, são essenciais para o desempenho e o alcance das metas estabelecidas pela VIVA, configurando-se, portanto, como desafio ao fortalecimento e à expansão das ações do núcleo VIVA no município.

O núcleo tem papel primordial tanto na elaboração e execução de ações e projetos quanto na avaliação e monitorização dos resultados alcançados e previstos. Apesar dos entraves colocados, uma gestão mais plena e participativa contribui para elencar estratégias que possibilitem maiores avanços da VIVA, sendo peça-chave na responsabilização e na consolidação desta vigilância como estratégia de promoção da saúde e promoção de uma cultura de paz.

Foi possível observar, nas falas dos entrevistados, que a escolha do município de Feira de Santana para criação de um núcleo VIVA foi pertinente, devido ao seu perfil e à magnitude das violências e acidentes e no preenchimento dos outros critérios estabelecidos, inclusive a existência de várias organizações, como universidades, conselho tutelar, Ministério Público entre outras.

Entretanto, foi possível constatar que, apesar de a política elaborada pelo MS para monitorar

as violências e acidentes por causas externas que não geram óbitos e internações ser relevante e abrangente, a vontade política dos gestores é condição determinante para que a vigilância dessas ocorrências seja realmente realizada. O suporte financeiro e logístico inicial disponibilizado pelo MS e Secretarias Estaduais de Saúde, por meio das suas divisões de Vigilância Epidemiológica, certamente contribuíram significativamente para a criação do núcleo VIVA de Feira de Santana, mas não garantiram sua efetivação nos moldes definidos pelo MS. A participação dos movimentos sociais e o controle exercido pelas representações sociais no Conselho Municipal de Saúde poderão reverter essa realidade.

Espera-se que a implementação desse núcleo configure-se, efetivamente, em um espaço de promoção de estratégias para o enfrentamento à violência e seus impactos no município de Feira de Santana. Este estudo poderá contribuir para um melhor entendimento da importância da VIVA na rede SUS, chamando a atenção para o papel da gestão para a eficácia e efetividade dessa estratégia, assim como para a execução das políticas públicas em saúde, neste caso, para o alcance de maior êxito nas ações de prevenção à violência e promoção da cultura de paz entre os cidadãos e cidadãs feirenses.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BATISTA, Luis Eduardo. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. 2002. 246 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, SP, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, 1998.
- _____. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n.96, seção 1e, 18 maio 2001. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- _____. *Portaria n. 936, de 18 de maio de 2004*. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e

Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.356, de 23 de junho de 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 (SVS). Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/768-1356?q=>>. Acesso em: 5 dez. 2011.

_____. *Portaria n. 1.384, de 12 de junho de 2007*. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11693>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Instrução Normativa n. 1, de 5 de setembro de 2002*. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis – SIDANT. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília, 2010.

_____. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>. Acesso em: 23 nov. 2011.

_____. Presidência da República. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

CERQUEIRA, Erenilde M. de et al. Vigilância epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.12, n.4, p.213-223, 2003.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, p.1163-1178, 2006.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão das Ações Desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do município de Feira de Santana, 2007*. Feira de Santana, 2007. Disponível em: <<http://www.feiradesantana.ba.gov.br/saude/relat/sms-2007relat.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2010.

FREITAS, Eni D. de et al. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1059-1070, out./dez. 2000.

GAWRYSZEWSKI, Vilma P.; KOIZUMI, Maria S; MELLO-JORGE, Maria Helena P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v.20, n.4, p.995-1003, 2004.

GAWRYSZEWSKI, Vilma 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, 2006.

MASCARENHAS, Márcio Dênis M. et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes - Brasil, 2006. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p. 1657-1668, nov./dez. 2009.

MINAYO, Maria Cecília S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11 (supl), p. 1259-1267, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

MOURA, Cláudio L.; ARAÚJO, Edna Maria; CHAVES, Joselisa M. Mortes por causas externas: modelagem através de geotecnologia dos homicídios ocorridos no perímetro urbano da cidade Feira de Santana-Ba no período de 2000-2005. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SENSORIAMENTO REMOTO, 15., 2011, Curitiba, PR. *Anais...* Curitiba: INPE, 2011. p.8365. Disponível em: <<http://www.dsr.inpe.br/sbsr2011/files/p0775.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2011.

SILVA, Marta Maria 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.

WALDMAN, Eliseu A.; MELLO JORGE, Maria Helena 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.

Submetido: 24/1/2013

Aceito: 7/5/2013