



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**PRISCILLA DE SOUZA LIMA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE  
VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA), EM NÍVEL MUNICIPAL**

**RECIFE  
2014**

**PRISCILLA DE SOUZA LIMA**

**Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância de  
Violências e Acidentes (VIVA), em Nível Municipal**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Avaliação das intervenções de saúde

Orientador: Prof. Dr. José Eulálio Cabral Filho

Coorientador (es): Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra

Marcella de Brito Abath

RECIFE  
2014

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Biblioteca Ana Bove  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

---

L732a Lima, Priscilla de Souza

Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em nível municipal / Priscilla de Souza Lima; orientador José Eulálio Cabral Filho; coorientadoras Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra, Marcella de Brito Abath. – Recife: Do Autor, 2014.

165 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2014.

1. Avaliação em saúde. 2. Violência doméstica. 3. Vigilância epidemiológica. 4. Assistência à saúde – Violência - Pesquisa. I. Cabral Filho, José Eulálio, orientador. II. Bezerra, Luciana Caroline de Albuquerque, coorientadora. III. Abath, Marcella de Brito, coorientadora. IV. Título.

CDD 362.1072

---

**PRISCILLA DE SOUZA LIMA**

**Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância de  
Violências e Acidentes (VIVA), em Nível Municipal**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima – Universidade Federal de Pernambuco  
(UFPE)

---

Suely Arruda Vidal – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira  
(IMIP)

---

José Eulálio Cabral Filho - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando  
Figueira (IMIP)

Dedico esta dissertação aos meus pais, irmãos, familiares e amigos que tanto me apoiaram e incentivaram durante estes dois anos.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela presença constante a me apoiar e orientar em todos os momentos da minha vida.

Às minhas orientadoras Luciana Caroline Albuquerque e Marcella Abath, pelo grande apoio e estímulo. Os momentos de orientação foram fundamentais para a conclusão deste trabalho e, também, um grande aprendizado.

Às professoras Maria Luiza Timóteo e Ana Claudia Figueiró, pelas importantes contribuições no processo de qualificação.

Aos professores Paulo Frias, Suely Arruda e Ligia Carmen, pelas importantes sugestões, apoio e incentivo durante as aulas da disciplina de Seminários de Elaboração de Projetos de Pesquisa.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo durante todo o processo desde a seleção do curso até a conclusão deste trabalho e que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Aos meus irmãos, que tanto me “aperreiam”, mas hoje vibram com a minha felicidade.

Aos meus familiares e amigos, que tanto cobraram minha companhia quando meu único pensamento era esta dissertação, pela compreensão desses momentos subtraídos em função da conclusão deste trabalho.

Às minhas amigas Marcella Abath e Andréa Lobo, pela amizade, apoio e paciência comigo, principalmente nos meus momentos mais estressada.

Aos meus amigos e companheiros de mestrado, pela amizade que construímos ao longo dessa caminhada, pelos momentos de alegrias, pelos momentos de lágrimas enxugadas, pela compreensão e companheirismo.

Às amigas da equipe GVDANTPS, pela amizade, apoio e por estarem sempre dispostas a ajudar, em especial Raphaella Bertolini, pela colaboração no levantamento de referências bibliográficas.

À Clara Pazzola, Marcela Nassar e Cicília Laís, pelo apoio na coleta de dados.

À Daniel Martins, pela disposição em traduzir o resumo deste trabalho.

Aos profissionais especialistas que participaram da técnica de consenso, pela contribuição e disponibilidade em participar deste trabalho.

Aos profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Saúde, Regiões de Saúde e no nível central da Secretaria de Saúde de Olinda que dispuseram do seu tempo para realização deste trabalho.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, em nível municipal. **Métodos:** Estudo descritivo de corte transversal do tipo avaliação normativa, sendo realizado em 4 etapas. Na primeira, foram construídos o modelo lógico e a matriz de análise e julgamento do VIVA-contínuo e, na segunda, foi realizada uma técnica de consenso (método delfos) para validação. Após a técnica de consenso, na terceira etapa, foram construídos os questionários, instrumentos para avaliação da implantação do VIVA-contínuo. Estes questionários foram aplicados no município de Olinda para avaliação do grau de implantação do VIVA-contínuo no município, quarta etapa do estudo. Os questionários foram aplicados no universo das Unidades de Saúde, Regiões de Saúde e Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde, nas quais foram entrevistados enfermeiros(as) ou médicos(as) das Unidades de Saúde da Atenção Primária, os gerentes das Unidades de Saúde de Média Complexidade, coordenador do setor de Vigilância Epidemiológica da Unidade de Saúde com setor de vigilância epidemiológica, os gerentes das Regiões de Saúde e a coordenadora do VIVA no nível central da Secretaria Municipal de Saúde. **Resultados:** A técnica de consenso foi realizada por meio de correio eletrônico enviado aos especialistas. A técnica foi realizada em duas rodadas, na primeira participaram 12 especialistas e na segunda 11. Na avaliação do grau de implantação do VIVA-contínuo no município de Olinda, o sistema foi considerado parcialmente implantado, em todas as unidades de análise. **Conclusões:** Nota-se que apesar dos avanços ocorridos na vigilância das violências desde a sua implantação em 2006, este sistema ainda necessita de investimentos tanto relacionados a estrutura como também a realização de algumas atividades para que o VIVA-contínuo seja executado, conforme as normas e por consequência, a assistência às pessoas em situação de violência seja mais eficiente e eficaz.

**Palavras-chave:** Violência, Violência Doméstica, Vigilância Epidemiológica, Avaliação em Saúde

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the introduction of a continual component from the Home Leisure Accident Surveillance System, '*Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA*', at city level. **Methods:** This cross sectional descriptive study at a normative rating, on four steps. Firstly, a logical sample and an matrix analysis and a continual *VIVA* judgment were developed. Secondly, a consensus technique was tested for validation. After the consensus technique, questionnaires, instruments for the assessment provision of the continual *VIVA* as the third step. These questionnaires were applied in the city of Olinda for a degree of evaluation from the continual *VIVA* as the fourth step. The questionnaires were applied to a healthcare spectrum for its units, regions and at the Central Office from Municipal Department of Health, on which nurses or doctors from the Primary Healthcare Unit, the managers from the Medium Complexity Healthcare Units, the coordenator from the Centers for Diseases Control and Prevention from the units, the managers from Health Regions and the coordinator from *VIVA* at Central Office from the Municipal Department of Health were interviewed. **Results:** As part of the consensus technique project result, the Delphi method was used via e-mailing to the specialists. The technique was employed in two rounds. On the first round, 12 specialists participated, and 11 on the second round. At the related performance assessment of Continual *VIVA* in the city of Olinda, the system has been considered partially implanted within all units of analysis. **Conclusions:** Despite the advance occurred the *VIVA*, it is considered that since its provision in 2006, this system requires investments as far as related to its structure as some process evaluations to Continual *VIVA* be implemented and its assistance to people threatened with violence could be more effected and efficient.

**Keywords:** Violence, Domestic Violence, Epidemiological Violence, Evaluation in Health

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DS – Distrito Sanitário

ESF – Equipe de Saúde da Família

GI – Grau de Implantação

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

N - Nulo

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NC – Nível Central

NSA – Não se aplica

NPVPS – Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

RMR – Região Metropolitana do Recife

RS – Região de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VE – Vigilância Epidemiológica

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

### **Figuras:**

Figura 1 – Mapa do município de Olinda segundo Regiões de Saúde e bairros, 2013 25

Figura 2 - Modelo lógico do VIVA-contínuo, em nível municipal, 2013 28

### **Quadros:**

Quadro 1 - Matriz de análise e julgamento do VIVA-contínuo, em nível municipal, 2013 29

Quadro 2 – Distribuição das unidades de saúde por nível de complexidade, tipo de unidades e Região de Saúde 40

Quadro 3 – Pontuação dos especialistas na 1ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão estrutura 46

Quadro 4 – Pontuação dos especialistas na 1ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão processo 47

Quadro 5 – Pontuação final dos especialistas na 2ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão estrutura 49

Quadro 6 – Pontuação final dos especialistas na 2ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão processo 50

Quadro 7 – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde da Atenção Primária por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente 54

Quadro 8 – Grau de implantação das Unidades de Saúde da Atenção Primária por Região de Saúde, dimensão e componente 57

Quadro 9 – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente 60

Quadro 10 – Grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão e componente 64

Quadro 11 – Grau de implantação das Unidades de Saúde de Olinda por nível de complexidade, dimensão e componente 66

Quadro 12 – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde por dimensão, componente e subcomponente	69
Quadro 13 – Grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde de Olinda por dimensão e componente	74
Quadro 14 – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Olinda por dimensão, componente e subcomponente	76
Quadro 15 – Grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda por dimensão e componente	79
Quadro 16 – Grau de implantação do VIVA-contínuo no município de Olinda por dimensão e componente	80

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
1.1 Causas externas: problema de saúde pública	14
1.2 As violências e a vigilância em saúde	16
1.3 Avaliação em saúde	19
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	23
<b>3 OBJETIVOS</b>	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
<b>4 METODOLOGIA</b>	25
4.1 Área de estudo	25
4.2 Universo do estudo	26
4.3 Desenho do estudo	26
4.4 Estratégia do estudo	26
4.4.1 <i>Construção do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento</i>	27
4.4.2 <i>Realização da técnica de consenso</i>	39
4.4.3 <i>Elaboração de instrumento para avaliação do grau de implantação</i>	39
4.4.4 <i>Avaliação do grau de implantação do VIVA-contínuo em Olinda</i>	39
4.5 Coleta de dados	40
4.6 Análise de dados	41
4.6.1 <i>Técnica de consenso</i>	41
4.6.2 <i>Grau de implantação</i>	41
4.7 Considerações éticas	44
<b>5 RESULTADOS</b>	45
5.1 Realização da técnica de consenso	45
5.2 Grau de implantação do VIVA-contínuo em Olinda	52
5.2.1 Grau de implantação nas Unidades de Saúde	52
5.2.1.1 <i>Unidades de saúde de atenção primária</i>	52
5.2.1.2 <i>Unidades de saúde de média complexidade</i>	58

5.2.1.3 <i>Consolidado das unidades de saúde</i>	65
5.2.2 Grau de implantação nas sedes das Regiões de Saúde	67
5.2.3 Grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde	75
5.2.4 Grau de implantação do VIVA-contínuo no município de Olinda	80
<b>6 DISCUSSÃO</b>	81
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	89
<b>REFERÊNCIAS</b>	91
<b>ANEXOS</b>	96
<b>APÊNDICES</b>	101

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Causas externas: problema de saúde pública

As violências e acidentes constituem agravos de saúde denominados causas externas pela Organização Mundial de Saúde – OMS<sup>1</sup>, e se configuram em um dos principais problemas de saúde pública no país, desde o final da década de setenta<sup>2</sup>. Nos dias atuais, representam um problema de grande relevância que atinge toda a sociedade, cujos danos podem ser de natureza física, econômica, psicológica e social<sup>1</sup>.

Diversas são as formas de manifestações das causas externas, dentre os eventos acidentais destacam-se os acidentes de trânsito, as queimaduras, quedas, afogamentos e envenenamentos. Os eventos intencionais, as violências, podem ser ilustrados pelas agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos<sup>3</sup>.

O impacto das causas externas na qualidade de vida e nas condições de saúde da população representa um grande problema a ser enfrentado em todo o mundo, podendo ser apreendido sob diversos enfoques. Atinge um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas<sup>4</sup>.

Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os que conhecem a morbidade hospitalar e ambulatorial por essas causas<sup>4</sup>.

Anualmente, as causas externas são responsáveis por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo, representando cerca de 9% da mortalidade mundial. Apresentam comportamento de constante crescimento, ocupando usualmente as primeiras posições dentre as mais frequentes causas de morte. Porém, esses agravos não afetam a população de maneira uniforme. Evidências já demonstraram que há grupos populacionais mais vulneráveis, o que pode ser percebido pela distribuição desigual das mortes por causas externas, as quais atingem, sobretudo, pessoas de 5 a 44 anos, do sexo masculino e residentes em países de baixa e média renda, com diferentes gradações em áreas pobres e ricas de um mesmo país ou cidade<sup>3</sup>.

No Brasil, atualmente, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a ocupar a primeira posição quando se restringe a análise ao grupo de pessoas de 01 a 39 anos, configurando-se como inquestionável desafio aos

gestores públicos, especialmente os dirigentes e profissionais de saúde, e conduzindo a inclusão do tema na agenda de prioridades de saúde<sup>3</sup>.

Em Pernambuco, as causas externas representam a segunda causa de morte, além de serem responsáveis por um elevado número de atendimentos nas unidades de saúde<sup>5</sup>. Segue o perfil nacional, ao ocuparem a primeira causa de morte, quando considerado o grupo entre 1 e 39 anos, sendo os homicídios a primeira causa de morte dentre as causas externas em qualquer faixa etária.

É sabido, porém, que os dados de mortalidade representam somente a porção mais visível do problema, enquanto a parcela submersa do “iceberg” continua, em boa parte, desconhecida<sup>6</sup>. Mesmo assim, conhecer a magnitude, caracterização e tendências da mortalidade por causas externas pode auxiliar os tomadores de decisão no sentido de implantarem ações eficazes na redução e prevenção desses eventos. Evidências obtidas em diversos países mostram que é possível prevenir acidentes e violências por meio de ações protagonizadas pelo setor saúde em parceria com outros setores inter-relacionados<sup>7</sup>.

A morbidade decorrente das causas externas pode ser mensurada pela proporção das internações hospitalares em serviços financiados pelo SUS, embora não sejam inclusas nesse sistema as internações em serviços privados de saúde. No Brasil, no período de 2000 a 2010, a proporção de internações por causas externas apresentou um aumento progressivo, sendo maior o risco de internação por quedas<sup>3</sup>.

As internações decorrentes das tentativas de homicídios e de suicídios, embora representando 6% do total de hospitalizações por causas externas com intenção determinada, referem-se a indivíduos do sexo masculino, quer seja entre os jovens e adultos no caso dos homicídios, quer seja entre os idosos nas tentativas de suicídio<sup>3</sup>.

Além dos casos de violência captados pelos registros de mortalidade e de hospitalizações, as notificações realizadas no Sinan podem ser uma ferramenta útil para demonstrar as manifestações da violência, que ainda é subvalorizada e perpetrada por tabus e preconceitos. Nos anos de 2009 e 2010, foram notificados 108.393 casos de violências no Brasil. Por meio desses dados, percebeu-se que as mulheres são as vítimas mais frequentes, assim como as crianças e adolescentes, que as violências ocorrem predominantemente no ambiente domiciliar e são perpetradas por pessoas próximas do convívio familiar e cônjuges. A maioria dos atendimentos das pessoas em situação de violência são decorrentes de agressão física, violência psicológica/moral e violência sexual<sup>3</sup>. Em Pernambuco, os casos de violência notificados no Sinan seguem o perfil nacional.

## 1.2 As violências e a vigilância em saúde

A violência é um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, que contém eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais<sup>8</sup>. As dificuldades para conceituar a violência provêm do fato de se tratar de um fenômeno de ordem do vivido (no qual se inclui também quem tenta teorizar sobre ela) e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem sofre e em quem a presencia<sup>9</sup>.

Segundo a OMS<sup>10</sup>, considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

O crescimento da violência enseja a discussão de que o país estaria passando por uma nova epidemia social e por um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Essa argumentação se fundamenta no número total e nas taxas de óbito, na quantidade, na intensidade e na variedade das formas de violência e na penetração que esse fenômeno passou a ter nos cenários da vida individual e coletiva, na deterioração da qualidade de vida e nas condições de saúde da população<sup>9</sup>. A violência é ainda, uma das mais significativas causas de desestruturação familiar e pessoal<sup>3</sup>.

A complexidade do problema, para sua prevenção e controle, implica na aplicação de medidas no âmbito de políticas sociais, na elaboração de legislação específica e no desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos atingidos, o que pressupõe a identificação de grupos e fatores de risco<sup>6</sup>.

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo que as violências e os acidentes exercem grande peso social e econômico, em especial, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), e que as intervenções pautadas na vigilância, prevenção de agravos e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema, assumiu a responsabilidade de implantar, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>3</sup>.

Como estratégia da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e no sentido de dar suporte à implantação/implementação de ações de enfrentamento das violências e acidentes, o MS publicou a Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, que instituiu a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS), em âmbito estadual e municipal<sup>4</sup>.

Em outubro de 2005, durante a realização do I Seminário Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), foi construída e pactuada com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e colocada na pauta política do MS a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências. Essa agenda contemplou o aprimoramento, consolidação e expansão da vigilância e do sistema de informação sobre violências e acidentes nos três níveis de gestão<sup>4</sup>.

Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>7</sup>. Ainda em 2006, buscando formas de enfrentamento desse problema, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)<sup>1</sup>.

O VIVA é um sistema nacional, que vem sendo implantado sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. Tem por objetivo conhecer melhor a magnitude das causas externas (violências e acidentes) no país, para subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde e estímulo à cultura de paz, com consequente redução da morbimortalidade por estes agravos<sup>11</sup>.

Essa vigilância é composta por dois componentes: um pontual (VIVA-inquérito) e outro contínuo (VIVA-contínuo). O primeiro é operacionalizado por meio de inquéritos em unidades de urgência e emergência, consideradas sentinelas para acidentes e violências. No Brasil, já foram realizados três inquéritos, 2006, 2007 e 2009, nos quais houve a participação de Pernambuco. Os inquéritos eram realizados anualmente, porém percebeu-se que não ocorriam mudanças consideráveis nos dados, então a vigilância por inquérito passou a ser realizada a cada dois anos<sup>5</sup>. O inquérito do ano de 2011 já foi realizado, com a participação de três municípios do estado de Pernambuco, Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes.

O segundo componente, VIVA-contínuo, contempla a notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências interpessoais e autoprovocadas, excluindo os acidentes. Em Pernambuco, seis municípios foram inicialmente considerados prioritários pelo MS, para a operacionalização da VIVA-contínua: Recife, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes e Paulista. Desses, apenas Recife e Olinda aderiram à proposta em 2006. Jaboatão dos Guararapes e Caruaru iniciaram a implantação da vigilância em 2007, Cabo de Santo Agostinho em 2008 e Paulista no final

de 2009. Em Pernambuco, além dos seis municípios considerados prioritários pelo MS<sup>1</sup>, existem ainda 60 que estão realizando a notificação da violência.

A notificação é realizada por qualquer profissional de saúde, ou de outros setores, neste caso dependendo de pactuações locais, por meio do preenchimento formal da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sinan Net<sup>7</sup>.

No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros)<sup>12</sup>. Até 2008, a entrada de dados utilizava o aplicativo Epi Info Windows, adaptado a partir do Epi Info do CDC. Após pactuações entre a área técnica de vigilância de violências e acidentes da CGDANT/Dasis/SVS e da gerência técnica do Sinan, da CGVR/Devep/SVS, em parceria com o Datasus a partir do segundo semestre de 2008 a vigilância contínua passou a notificar os casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net. Esta mudança baseou-se necessidade de cobertura nacional, consolidação e sustentabilidade da notificação dos demais agravos no Sinan no âmbito do SUS, o que facilitará a expansão do VIVA e a universalização da vigilância contínua<sup>7</sup>.

Salienta-se que o processo de expansão e consolidação da Vigilância das Violências e Acidentes e a implantação/implementação da ficha de notificação de violência devem estar integrados à Atenção em Saúde, assim como articulados e integrados com a Rede de Atenção e de Proteção às Pessoas em Situação de Violências e suas Famílias<sup>7</sup>.

A notificação de violências, diferentemente de outros agravos de notificação compulsória, deve ser entendida para além de um instrumento de coleta para obtenção de informações epidemiológicas, mas como garantia de direitos, de preservação da saúde e da vida e de articulação e integração com a rede de proteção social e de atenção integral à saúde, seguindo a linha de cuidados em saúde<sup>11</sup>.

Nesse sentido, a VIVA configura-se como elemento fundamental para impulsionar a vigilância e suscitar o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção das violências, pautadas na promoção da saúde e da cultura de paz, congregando instituições, serviços, profissionais e setores da sociedade civil e organizada<sup>11</sup>.

### 1.3 Avaliação em saúde

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações<sup>13</sup>.

As finalidades de uma avaliação são numerosas, oficiais ou oficiosas, explícitas ou implícitas, consensuais ou conflituosas, compartilhadas pela maioria dos atores ou por apenas alguns deles<sup>13</sup>. Entre as finalidades oficiais, distinguem-se as seguintes: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (estratégica); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (formativa); determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (somativa); utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (transformadora); e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (fundamental)<sup>14</sup>.

Segundo Figueiró, Frias e Navarro<sup>14</sup>, para avaliar intervenções pode-se lançar mão de dois tipos de estudos avaliativos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em emitir um juízo sobre a estrutura (os recursos implementados e sua organização), os processos (serviços ou os bens produzidos) e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas<sup>15</sup>.

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeito, rendimento e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa a análise de implantação, que foca dois aspectos essenciais: a influência do grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e a influência do contexto em que está inserida a intervenção sobre seus efeitos<sup>14</sup>.

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises que recorrem a métodos de pesquisa diferentes: a análise estratégica permite apreciar a pertinência da intervenção; a análise lógica examina a coerência (o mérito e a validade operacional); a análise da produção se interessa pela produtividade e pelos determinantes de qualidade dos

processos; a análise dos efeitos verifica a eficácia; a análise da eficiência atesta a eficiência global da intervenção; a análise da implantação observa as intervenções entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos<sup>16</sup>.

Esta última é muito relevante para a avaliação de programas de saúde porque permite ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos<sup>17</sup>. Também é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes maneiras<sup>16</sup>. No desenho metodológico de uma pesquisa avaliativa, a avaliação normativa pode se constituir como uma de suas etapas, o que é frequentemente observado em estudos de análise de implantação<sup>18</sup>.

Para se avaliar uma intervenção, é preciso começar por defini-la e estabelecer o seu modelo lógico, pois é raro que se disponha desde o início de um modelo explícito<sup>19</sup>. O modelo lógico é entendido como um esquema visual que representa como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados<sup>20</sup>. Ele permite documentar o sentido de um programa graças à conceitualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados<sup>19</sup>.

A modelização não é apenas uma etapa essencial para definir melhor a intervenção a avaliar, é também uma ferramenta muito útil em diferentes tipos de avaliação. Permite apreciar a diferença entre a intervenção como fora prevista e a que é de fato implantada. Pode servir de guia para a apreciação normativa da estrutura, dos processos e dos resultados. Quanto à análise estratégica, o modelo permite esclarecer os objetivos da intervenção; e quando da análise lógica, a modelização é uma etapa essencial para se testar a plausibilidade das hipóteses fundamentais do modelo. Enquanto na análise de desempenho, a modelização permite elaborar um quadro do desempenho e escolher instrumentos de medida adaptados<sup>19</sup>.

Contudo, para uma melhor descrição acerca das atividades a serem desenvolvidas em um programa e definição de critérios, metas e indicadores para a avaliação, é necessário a realização de uma técnica de consenso. De fato, diversas técnicas vêm sendo utilizadas para se obter o consenso entre especialistas<sup>21</sup>. Entre elas destacam-se o comitê tradicional, o método delfos, o grupo nominal e o júri simulado.

O comitê tradicional é técnica que envolve a discussão aberta sobre um tema determinado, sendo sua maior vantagem a possibilidade de trocas de ideias e de confronto de opiniões divergentes. Por outro lado, tem a desvantagem de permitir a influência do

“argumento de autoridade”. De modo semelhante, os participantes mais “aguerridos” podem fazer prevalecer a sua opinião mais pela ênfase na defesa da sua posição do que pela quantidade intrínseca dos seus argumentos<sup>22</sup>.

A consulta a esses grupos de especialistas pode se efetuar à distância, enviando o produto preliminar para as pessoas-chaves, que podem fazer suas considerações e sugestões ao modelo<sup>23</sup>, caracterizando o método delfos. Este método apresenta a grande vantagem de dar tempo para que os especialistas reflitam tranquilamente, elimina a possibilidade de ocorrência de “argumentos de autoridade” e de problemas de relacionamento interpessoal. Porém sua grande desvantagem é não permitir a discussão e a interação entre os componentes, além da duração do processo, que pode levar meses<sup>22</sup>.

O grupo nominal, trata-se, em essência, de um processo estruturado de troca de informações. A um grupo reunido, põe-se uma questão específica. Os especialistas, individualmente e por escrito, respondem à questão. Os cartões com as respostas são recolhidos e o coordenador as apresenta ao grupo, preservando o anonimato dos respondentes. Ocorre, então, uma breve discussão, apenas para esclarecimentos ou justificativas das respostas apresentadas. A seguir, os participantes listam, individualmente, as respostas que lhes parecem mais adequadas. As diversas listas são consultadas, verificando-se as respostas mais votadas, que passam a constituir o consenso do grupo. Esta técnica permite que se produza um grande número de ideias. Porém sua limitação reside no fato de não permitir que mais de uma questão seja abordada a cada vez e também o risco de não se conseguir aprofundar as ideias<sup>22</sup>.

Por último, o júri simulado é uma técnica proposta pela *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*<sup>21</sup> e denominada, em francês, “conférence de consensus”. A denominação “júri simulado” parece adequada, dado que a discussão é organizada sob forma de uma tribunal de justiça, com um juiz, advogados de acusação e defesa e jurados. Encontra-se uma questão científica polêmica e os trabalho se desenvolvem sob a coordenação do juiz. Os advogados de acusação apresentam os argumentos contra a validade da questão *subjudice* e os de defesa argumentam a favor. Ao final dos debates, os jurados deliberam, definindo o que vai ser aceito como consenso. A maior vantagem dessa técnica é permitir que a discussão seja bastante aprofundada, com a apresentação das evidências disponíveis e de diferentes pontos de vista. Suas desvantagens estão relacionadas à logística sofisticada que sua realização exige e, principalmente, à possibilidade de incitar mais ao jogo de ganhar o debate do que à busca do consenso<sup>22</sup>.

Enfim, todas as técnicas apresentam vantagens e desvantagens. Provavelmente, nenhuma técnica poderá reunir todas as características de uma técnica ideal, mas é possível pensar em alternativas que permitam as aproximações possíveis<sup>22</sup>.

Considerando a magnitude das violências e a necessidade do desenvolvimento das ações de prevenção das violências, de promoção da saúde e do incentivo à cultura de paz, faz-se necessário avaliar a implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências Acidentes (VIVA-contínuo) e explicitar os aspectos operacionais e essenciais implicados no funcionamento do Sistema VIVA-contínuo.

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- O grande impacto na morbimortalidade causado pelas violências do país;
- Que a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), componente contínuo, é fundamental para impulsionar e suscitar o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção das violências.
- Que não existem estudos avaliativos do VIVA-contínuo.
- A inexistência de indicadores e padrões estabelecidos para realizar a avaliação do VIVA-contínuo.

Este estudo é relevante, pois:

- Identificará indicadores e padrões para avaliação do VIVA-contínuo, no nível municipal.
- Permitirá reorientar ou manter as ações do VIVA-contínuo;
- Contribuirá com o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção das violências.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, em nível municipal.

#### **3.2 Específicos**

- Consensuar com especialistas o modelo lógico e a matriz de análise e julgamento do VIVA-contínuo;
- Estimar o grau de implantação da estrutura do VIVA-contínuo, em um município de Pernambuco;
- Estimar o grau de implantação do processo do VIVA-contínuo, em um município de Pernambuco.

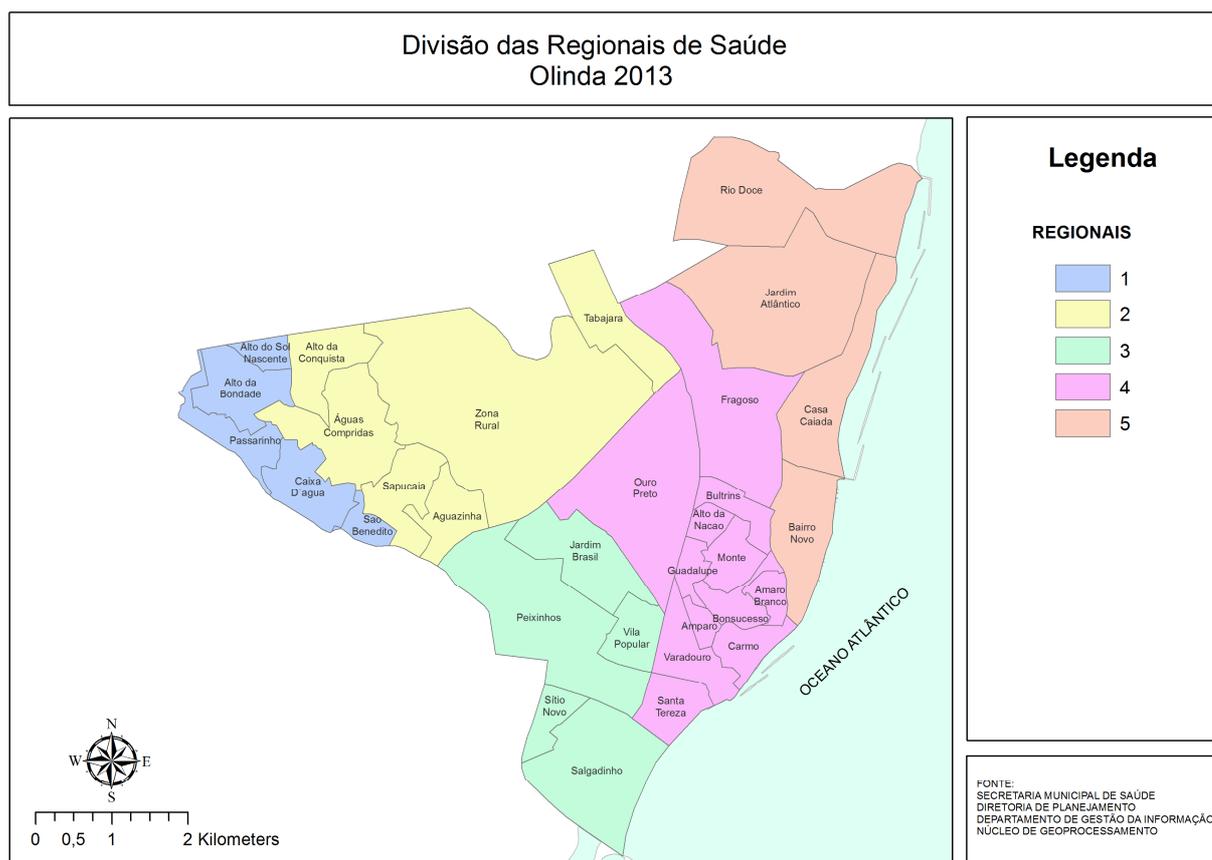
## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Área de estudo

A área estudo será o município de Olinda que situa-se na Região Metropolitana do Recife (RMR), configura-se como o menor município em extensão territorial e terceiro maior em porte populacional dessa região. Possui uma área territorial de 40,83km<sup>2</sup> e abriga uma população de 367.902 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 9,010hab/km. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,792 o que o faz ocupar a quarta posição no ranking do Estado<sup>24</sup>.

O território de Olinda é dividido em 31 bairros e mais a zona rural divididos em 5 Regiões de Saúde (Figura 1).

**Figura 1** – Mapa do município de Olinda segundo Regiões de Saúde e bairros, 2013



## **4.2 Universo do estudo**

Para este estudo foram consideradas como unidades de análise: as Unidades de Saúde, subdivididas por nível de complexidade (Atenção Primária e Média complexidade); os setores de Vigilância Epidemiológica das cinco Regiões de Saúde e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

A primeira unidade de análise, Unidades de Saúde, foi subdividida por nível de complexidade de atenção à saúde, por apresentarem características diferentes no atendimento às pessoas em situação de violência, podendo resultar em diferentes graus de implantação.

## **4.3 Desenho do estudo**

Estudo descritivo de corte transversal do tipo avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, apoiada em normas e critérios e/ou padrões estabelecidos, com uma forte relação entre o respeito aos critérios e normas e os efeitos da intervenção<sup>18</sup>. Considera em seu desenvolvimento a abordagem sistêmica de Donabedian<sup>25</sup>, apoiada na tríade: estrutura, processo e resultados.

Para este estudo optou-se avaliar a estrutura e processo do VIVA-contínuo.

## **4.4 Estratégia do estudo**

Este estudo foi realizado em quatro etapas. A primeira se refere à construção do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no nível municipal; a segunda foi a validação do modelo lógico e da matriz de avaliação do sistema acima citado, por meio de uma técnica de consenso entre especialistas; a terceira foi a elaboração de um instrumento para avaliação da implantação do Sistema VIVA, em nível municipal, a partir do consenso dos especialistas; e a quarta foi a avaliação do grau de implantação do VIVA-contínuo no município de Olinda-PE.

### **4.4.1 Construção do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento**

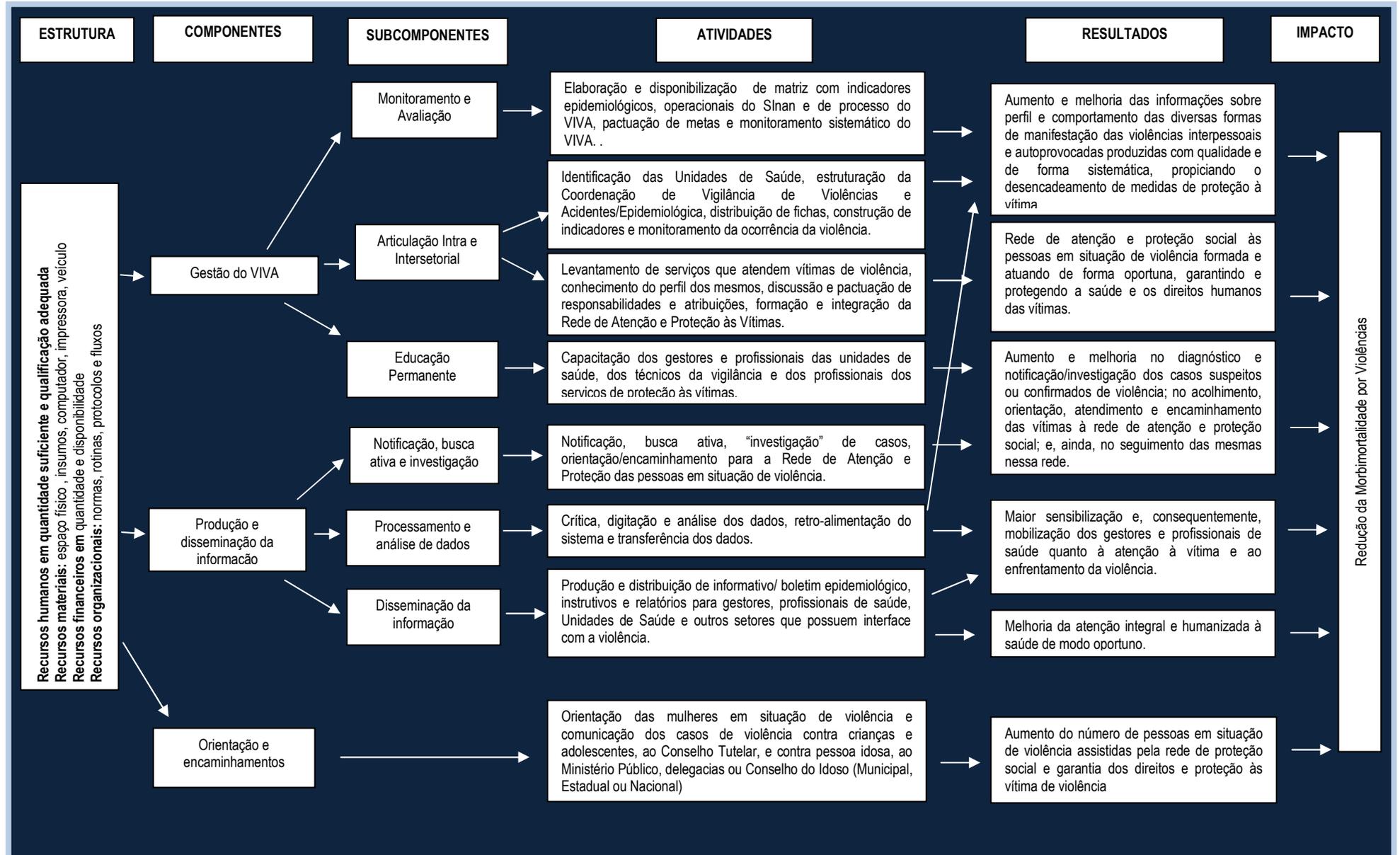
Para realizar uma avaliação normativa de um programa/serviço/projeto uma das etapas mais importantes é o detalhamento dos seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus

objetivos em metas<sup>26</sup>. O modelo lógico do VIVA-contínuo, em nível municipal, foi desenhado na sua forma detalhada (Apêndice B) e fluxograma (Figura 2).

Para a construção da proposta de modelo lógico que iria para técnica de consenso foram utilizados os seguintes documentos: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência; Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, que 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; Manual de preenchimento da ficha de notificação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências; VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007; VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009; e o Roteiro para uso do Sinan net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Após a elaboração do modelo lógico, o próximo passo foi a elaboração da matriz de análise e julgamento (Quadro 1), com as dimensões e critérios de avaliação do VIVA-contínuo, em nível municipal.

**Figura 2 - Modelo lógico do VIVA-contínuo, em nível municipal, 2013**



**Quadro 1 - Matriz de análise e julgamento do VIVA-contínuo, em nível municipal, 2013**

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

		Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA 0,5 = Existe matriz com 1 ou 2 tipos de indicadores 0,0 = Não existe matriz de monitoramento
		Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	Existência de materiais educativos em quantidade e tipo suficiente para distribuir para todas as US/DS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existem pelo menos 2 tipos de materiais e em quantidade atendendo à demanda das US/DS 0,5 = Existem pelo menos 2 tipos de materiais em quantidade insuficiente ou 1 tipo em quantidade suficiente 0,0 = 1 tipo em quantidade insuficiente ou sem material
			Existência de materiais educativos em quantidade e tipo suficiente para atender à demanda na US			
Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	Existência de material de consumo em quantidade suficiente para atender à demanda das US, DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe material de consumo em quantidade suficiente 0,5 = Material de consumo em quantidade insuficiente 0,0 = Não existe		
Espaço físico	Existência de espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	Existência de sala para a VE nas US que possuem setor de VE e nos DS (não precisa ser exclusiva da VE/VIVA) Existência de sala para a equipe do VIVA no NC da SMS (não precisa ser exclusiva do VIVA)	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Existe sala para VE 0,0 = Não existe
Materiais permanentes	Existência de materiais permanentes em tipo e quantidade suficientes	Nº de computadores funcionando	Pelo menos 1 computador funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e Sinan instalado nas US que possuem setor de VE e nos DS	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 computador funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e Sinan instalado 0,5 = 1 computador funcionando com pelo menos o Sinan instalado 0,0 = Não possui computador ou possui sem o Sinan instalado ou não funcionando
			Pelo menos 2 computadores funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e ao SIM e com Sinan instalado no NC da SMS			1,0 = Pelo menos 2 computadores funcionando com gravador de cd, impressora instalada, acesso à internet e ao SIM e com Sinan instalado 0,5 = 2 computadores funcionando com pelo menos acesso ao SIM e com Sinan instalado

						0,0 = 1 ou 2 computadores sem funcionar ou 1 computador funcionando com acesso ao SIM e com Sinan instalado ou não possui computador
		Nº de impressoras disponíveis e funcionando	Pelo menos 1 impressora disponível e funcionando (não precisa ser exclusiva do VIVA)	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 impressora disponível e funcionando 0,0 = Não existe impressora ou não funciona
		Nº de telefones disponíveis e funcionando	Pelo menos 1 telefone disponível e funcionando (não precisa ser exclusivo da VE/VIVA)	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS e observação direta	1	1,0 = Pelo menos 1 telefone disponível e funcionando 0,0 = Não existe telefone ou não funciona
Normatização do VIVA	Existência de normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	Existência de lei/portaria nacional disponível	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível 0,0 = Não existe
		Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município disponível	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Existe normatização orientando ações do VIVA 0,0 = Não existe

## Dimensão: Processo

## Componente do Modelo Lógico: Gestão do VIVA

SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Monitoramento e Avaliação	Elaboração de matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo para monitoramento do VIVA	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Matriz elaborada contemplando os 3 tipos de indicadores 0,5 = Matriz elaborada contemplando 2 tipos de indicadores 0,0 = Matriz de indicadores não elaborada ou contemplando apenas 1 tipo de indicador
	Disponibilização da matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo para monitoramento do VIVA	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada pelo NC da SMS para 100% dos DS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Matriz de indicadores disponibilizada para 100% dos DS/US com setor de VE 0,5 = Matriz de indicadores disponibilizada para 60 a 99% dos DS/US com setor de VE

			Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada pelo DS/NC da SMS para 100% das US com setor de VE			0,0 = Matriz de indicadores disponibilizada para menos de 60% dos DS/US com setor de VE ou não disponibilizada
	Pactuação das metas dos indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA com os DS e US	Metas pactuadas	Metas pactuadas pelo NC da SMS com 100% dos DS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Metas dos indicadores pactuadas com 100% dos DS/US com setor de VE
			Metas pactuadas pelo DS/NC da SMS com 100% das US com setor de VE			0,5 = Metas dos indicadores pactuadas com 60 a 99% dos DS/US com setor de VE
						0,0 = Metas dos indicadores pactuadas com menos de 60% dos DS/US com setor de VE ou não existe pactuação
	Monitoramento sistemático do sistema VIVA	Periodicidade do monitoramento realizado	Monitoramento realizado trimestralmente	Entrevista com informante chave das US com setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Monitoramento realizado pelo menos trimestralmente
						0,5 = Monitoramento realizado entre mais de 3 meses e 1 ano
						0,0 = Monitoramento não realizado ou com periodicidade acima de 1 ano
<b>Articulação Intra e Intersetorial</b>	Identificação da rede de serviços de saúde e de proteção social	Nº de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência identificados	No mínimo 1 serviço de referência para atenção à saúde, delegacia e conselho tutelar identificados no município	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 3 serviços de referência identificados
						0,5 = 2 serviços de referência identificados
						0,0 = 1 ou nenhum serviço de referência identificado
	Realização de encontros com a rede articulada	Nº de encontros realizados para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência	Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com pelo menos 90% dos serviços identificados	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com pelo menos 90% dos serviços identificados
						0,5 = Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com 60 a 89% dos serviços identificados
						0,0 = nenhum encontro ou 1 encontro realizado ao ano com menos de 60% dos serviços identificados
	Execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz (ex.: palestras sobre a prevenção das violências, campanhas de enfrentamento a violência)	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	Medidas executadas pelo menos trimestralmente nas US	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Medidas executadas pelo menos trimestralmente
			Medidas executadas pelo menos semestralmente nos DS e NC da SMS			0,5 = Medidas executadas entre mais de 3 meses e 6 meses
						0,0 = Medidas não executadas ou executadas com mais de 6 meses
						1,0 = Medidas executadas pelo menos semestralmente

						0,5 = Medidas executadas entre mais de 6 meses e 1 ano
						0,0 = Medidas executadas com mais de 1 ano ou não executadas
Educação permanente	Capacitação de ESF e NASF	Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	Pelo menos 1 profissional de cada ESF capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 100% das ESF
						0,5 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 60% a 99% das ESF
		Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	Pelo menos 1 profissional de cada NASF capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	0,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em menos de 60% das ESF ou nenhum profissional capacitado
						1,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 100% dos NASF
						0,5 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 60% a 99% dos NASF
						0,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em menos de 60% dos NASF ou nenhum profissional capacitado
	Capacitação dos profissionais das unidades tradicionais, policlínicas, hospitais, maternidades, CAPS e UPA	Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento /orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	Pelo menos 1 profissional de cada serviço capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 100% das US
						0,5 = Pelo menos 1 profissional capacitado em 60% a 99% das US
						0,0 = Pelo menos 1 profissional capacitado em menos de 60% das US ou nenhum profissional capacitado
	Capacitação dos gestores e técnicos dos DS e dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA	Nº de gestores e técnicos da VE dos DS responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	Pelo menos 1 gestor ou técnico dos DS capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 gestor ou técnico dos DS capacitado
	Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	Pelo menos 1 gestor ou técnico dos setores de VE das US capacitado nos últimos 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	0,0 = Nenhum gestor ou técnico dos DS capacitado	
					1,0 = Pelo menos 1 gestor ou técnico dos setores de VE das US capacitado	
					0,0 = Nenhum gestor ou técnico dos setores de VE das US capacitado	
Capacitação de profissionais da rede de proteção	Nº de profissionais da rede de proteção capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	Pelo menos 1 representante de cada serviço de proteção que compõe a rede do município (Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, CREAS, CRAS, Ministério Público, Delegacia) capacitado	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 representante de cada serviço de proteção capacitado	
					0,5 = Pelo menos 1 representante de 50% a 99% dos serviços de proteção capacitados, sendo um deles o Conselho Tutelar	

						0,0 = 1 representante de menos de 50% dos serviços de proteção capacitados ou nenhum representante capacitado
--	--	--	--	--	--	---

Dimensão: Processo						
Componente do Modelo Lógico: Produção e disseminação da informação						
SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO DE ESCORES
Notificação, busca ativa e investigação	Notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	Pelo menos 1 caso notificado	Entrevista com informante chave das US com e sem setor, DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 caso notificado
						0,0 = Nenhum caso notificado
	Realização de busca ativa dos casos	Busca ativa realizada	Busca ativa realizada	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE	1	1,0 = Busca ativa realizada
						0,0 = Busca ativa não realizada
	Investigação* de casos	Investigação de casos realizada	Investigação de casos notificados com variáveis incompletas ou inconsistentes realizada	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Investigação realizada
						0,0 = Investigação não realizada
Processamento e análise dos dados		Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelas US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada	Crítica das notificações realizada	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE	1	1,0 = Crítica realizada
						0,0 = Não realiza crítica
	Crítica dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelos DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	Crítica realizada pelo menos mensalmente	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Crítica realizada pelo menos mensalmente
						0,5 = Crítica realizada entre mais de 1 mês e 3 meses
						0,0 = Crítica realizada acima de 3 meses ou não realizada
		Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	Pelo menos 1 relatório produzido semestralmente	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 relatório produzido semestralmente
0,5 = 1 relatório produzido entre mais de 6 meses e 1 ano						

						0,0 = 1 relatório produzido acima de 1 ano ou não produzido
Análise de dados	Periodicidade de análise dos dados do Sinan relativos à violência	Dados do Sinan relativos à violência analisados, no mínimo, semestralmente pelos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Dados do Sinan analisados semestralmente pelos DS e NC da SMS	
					0,5 = Dados do Sinan analisados entre 6 meses e 1 ano pelos DS e NC da SMS	
					0,0 = Dados do Sinan não analisados ou analisados em periodicidade acima de 1 ano pelos DS e NC da SMS	
	Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	Dados do SIM relativos à violência analisados, no mínimo, anualmente pelos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Dados do SIM analisados anualmente pelos DS e NC da SMS	
					0,5 = Dados do SIM analisados entre mais de 1 ano e 2 anos pelos DS e NC da SMS	
					0,0 = Dados do SIM não analisados ou analisados em uma periodicidade acima de 2 anos pelos DS e NC da SMS	
	Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	Dados do SIH relativos à violência analisados, no mínimo, anualmente pelo NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Dados do SIH analisados anualmente pelo NC da SMS	
					0,5 = Dados do SIH analisados entre mais de 1 ano e 2 anos pelo NC da SMS	
					0,0 = Dados do SIH não analisados ou analisados em uma periodicidade acima de 2 anos pelo NC da SMS	
Retroalimentação da informação	Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	Retroalimentação realizada mensalmente para 100% dos DS e US que realizaram notificação	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Retroalimentação realizada pelo menos mensalmente para 100% dos DS e US	
					0,5 = Retroalimentação realizada entre mais de 1 mês e 6 meses para 100% dos DS e US ou pelo menos mensalmente para entre 50 e 99% dos DS e US	
					0,0 = Retroalimentação realizada acima de 6 meses para 100% dos DS e US, ou realizada pelo menos mensalmente para menos de 50% dos DS e US ou não realizada	
Disseminação da informação	Produção e distribuição de informativo ou boletim epidemiológico	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	Pelo menos 1 ao ano produzido pelos DS e NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 informativo/boletim ao ano
						0 = Nenhum ao ano

	Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	Informativos/boletins epidemiológicos distribuídos pelo menos 1 vez ao ano para 100% dos serviços de saúde; saúde do idoso, do homem, da criança e adolescente, da mulher, da pessoa com deficiência; para pelo menos 1 secretaria parceira (secretarias da mulher, da infância e juventude, de direitos humanos, dentre outras); e para pelo menos 1 dos demais integrantes da rede de atenção e proteção pelos DS e/ou NC da SMS	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Informativos/boletins distribuídos pelo menos 1 vez ao ano para 100% dos serviços, equipes da atenção à saúde, pelo menos 1 secretaria e 1 serviço integrante da rede de atenção e proteção 0,5 = Informativos/boletins distribuídos 1 vez ao ano para de 60% a 99% dos serviços e equipes da atenção à saúde, e pelo menos 1 secretaria e 1 serviço integrante da rede 0,0 = Informativos/boletins distribuídos 1 vez ao ano para menos de 60% dos serviços e equipes da atenção à saúde ou não distribuídos
Elaboração e distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	Periodicidade de elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento, caso não exista publicação estadual que contemple o município	Material instrutivo elaborado pelo menos a cada 3 anos (quando não existe publicação estadual que contemple o município)	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Material instrutivo elaborado pelo menos a cada 3 anos 0,5 = Material instrutivo elaborado há mais de 3 anos 0,0 = Material instrutivo não elaborado
	Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	Pelo menos 1 material instrutivo distribuído pelo NC da SMS para 100% dos DS, pelo menos a cada 3 anos Pelo menos 1 material instrutivo distribuído pelo DS/SMS para 100% das US, pelo menos a cada 3 anos	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Material instrutivo distribuído pelo menos a cada 3 anos para 100% dos DS e US 0,5 = Material instrutivo distribuído a cada 3 anos para de 60% a 99% dos DS e US, ou há mais de 3 anos para 100% dos DS e US 0,0 = Material instrutivo não distribuído ou distribuído há mais de 3 anos para menos de 60% dos DS e US
Elaboração e distribuição de relatórios sobre o seguimento dos casos notificados	Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	Pelo menos 1 relatório elaborado mensalmente pelo DS ou NC da SMS para 100% das US que notificam	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 relatório elaborado mensalmente para 100% das US 0,5 = Pelo menos 1 relatório elaborado entre mais de 1 mês e 6 meses para 100% das US ou elaborado mensalmente para 60% a 99% das US 0,0 = Nenhum relatório elaborado ou elaborado com mais de 6 meses para 100% das US ou elaborado mensalmente para menos de 60% das US
	Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	Pelo menos 1 relatório distribuído mensalmente pelo DS ou NC da SMS para 100% das US que notificam	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 relatório distribuído mensalmente para 100% das US que notificam

						0,5 = Pelo menos 1 relatório distribuído entre mais de 1 mês e 6 meses para 100% das US ou distribuído mensalmente para 60% a 99% das US
						0,0 = Nenhum relatório distribuído ou distribuído com mais de 6 meses para 100% das US ou distribuído mensalmente para menos de 60% das US
Elaboração e distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	Periodicidade de elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	Pelo menos 1 material educativo elaborado pelo menos 1 vez ao ano	Entrevista com informante chave do NC da SMS	1	1,0 = Material educativo elaborado pelo menos 1 vez ao ano	
					0,5 = Material educativo elaborado entre mais de 1 ano e 2 anos	
					0,0 = Material educativo elaborado há mais de 2 anos ou não elaborado	
	Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	Material educativo distribuído pelo NC da SMS para 100% dos DS pelo menos 1 vez ao ano	Entrevista com informante chave dos DS e NC da SMS	1	1,0 = Distribuição para 100% dos DS e US pelo menos 1 vez ao ano	
					0,5 = Distribuição para 60% a 99% dos DS e US pelo menos 1 vez ao ano ou distribuição para 100% dos DS e US entre mais de 1 ano e 2 anos	
		Material educativo distribuído pelo DS para 100% das US pelo menos 1 vez ao ano	0,0 = Distribuição para menos de 60% dos DS e US ou distribuição para 100% dos DS e US há mais de 2 anos ou não distribuição			
Realização de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz	N° de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	No mínimo 1 campanha realizada por ano	Entrevista com informante chave das US com e sem setor de VE, DS e NC da SMS	1	1,0 = Pelo menos 1 campanha realizada por ano	
					0,5 = Pelo menos 1 campanha realizada entre mais de 1 ano e 2 anos	
					0,0 = Campanha realizada há mais de 2 anos ou não realizada	

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

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

#### **4.4.2 Realização da técnica de consenso**

O modelo lógico e a matriz de análise e julgamento foram submetidos a um grupo de especialistas, com a finalidade de opinarem sobre a completude e a relação causal entre os elementos do modelo lógico, e a pertinência e adequação dos critérios, indicadores e padrões da matriz de análise e julgamento.

Para realização da técnica de consenso foi utilizado o método Delfos, que foi executado por meio de correio eletrônico enviados aos especialistas<sup>22</sup>. O consenso foi realizado entre outubro de 2012 e janeiro de 2013 em duas rodadas, nas quais o instrumento foi respondido individualmente e à distância.

#### **4.4.3 Elaboração de instrumento para avaliação do grau de implantação**

A partir do resultado da técnica de consenso, os critérios e indicadores contidos na matriz de análise e julgamento subsidiaram a elaboração dos instrumentos de avaliação. Foram elaborados 4 questionários: um para as USF, centros de saúde, UPA, policlínicas, maternidades e hospitais sem setor de Vigilância Epidemiológica; um para o SPA com setor de Vigilância Epidemiológica; um para as Regiões de Saúde; e um para o Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde, com 18, 25, 35 e 42 questões, respectivamente.

Estes questionários que foram aplicados no município de Olinda, com objetivo de avaliar o grau de implantação do VIVA-contínuo no município.

#### **4.4.4 Avaliação do grau de implantação do VIVA-contínuo em Olinda**

Nas 3 unidades de análise buscou-se conhecer as estruturas que os profissionais de saúde encontram para desenvolver as atividades relacionadas ao VIVA-contínuo e quais ações são executadas.

Na estrutura foram avaliados a quantidade de recursos humanos, insumos, materiais de expediente e permanentes, a existência de espaço físico e normatização relacionada ao VIVA. E no processo, foram analisadas as atividades de monitoramento e avaliação, articulação intra e intersetorial, educação permanente, produção e disseminação da informação, orientação e encaminhamentos para a rede de proteção às pessoas em situação de violência.

#### 4.5 Coleta de dados

Foi realizada no período de maio a agosto de 2013, por meio de aplicação de um questionário nas 3 unidades de análise pela pesquisadora e 3 auxiliares de pesquisa, previamente treinadas.

Na primeira unidade de análise foi estudado o universo das Unidades de Saúde da Família, representando a Atenção Primária à Saúde, nas quais foram entrevistados enfermeiros(as) ou médicos(as), dependendo da disponibilidade desses profissionais em participar da pesquisa. Além das unidades de Atenção Primária, também fizeram parte do estudo o Centro de Saúde, SPA, UPA, policlínicas, maternidade e hospital, representando as Unidades de Saúde de Média Complexidade; nas quais foram entrevistados os gerentes das unidades de saúde (no caso das policlínicas, centro de saúde, UPA, maternidade e hospital) e o coordenador do setor de vigilância epidemiológica (no caso do SPA).

Na segunda e terceira unidades de análise, foram entrevistados as gerentes das Regiões de Saúde e a coordenadora do VIVA no nível central da SMS, respectivamente.

As aplicações dos questionários foram agendadas com os profissionais de modo a não interferir na rotina do serviço.

**Quadro 2** – Distribuição das unidades de saúde por nível de complexidade, tipo de unidade e Região de Saúde

Nível de complexidade de atenção à saúde	Tipo de unidade de saúde	Número de unidade de saúde					Total
		Regiões de Saúde					
		I	II	III	IV <sup>2</sup>	V	
Atenção Primária	Unidade de Saúde da Família <sup>1 2</sup>	9	9	7	8	6	39
Média Complexidade	Centro de Saúde	0	0	0	1	0	1
	SPA	0	0	1	0	0	1
	UPA	0	1	0	0	0	1
	Policlínica	1	0	2	2	3	8
	Maternidade	0	1	0	0	0	1
	Hospital	0	0	0	0	1	1

**Nota:** <sup>1</sup>Houve duas recusas na 2ª Região de Saúde

<sup>2</sup>No período da coleta de dados, a profissional da USF Cajueiro estava de férias e a gerente da 4ª Região de Saúde estava de licença médica. Não foram identificados outros profissionais para participar da pesquisa.

## **4.6 Análise de dados**

### **4.6.1 Técnica de consenso**

Para todos os indicadores da matriz foram calculados a média e o desvio-padrão. A média proporcionou mensurar o grau de importância do indicador, enquanto o desvio-padrão permitiu estimar o grau de consenso. Foram estabelecidos pontos de corte a partir da média da pontuação conferida pelos especialistas aos indicadores de avaliação: para a média foi fixado em 7 e para o desvio-padrão em 3.

Com base nisso, os indicadores foram enquadrados em quatro grupos, seguindo a classificação proposta por Souza, Vieira-da-Silva e Hartz<sup>22</sup> da seguinte forma:

- A) Consensualmente importantes: indicadores com desvio-padrão inferior a três, indicando grau de consenso elevado e média igual ou superior a sete, indicando grau de importância elevado;
- B) Consensualmente pouco importantes: indicadores com desvio-padrão inferior a três, contudo com grau de importância inferior a sete;
- C) Importantes com dissenso: indicadores com média superior ou igual a sete e desvio-padrão maior ou igual a três, indicando que prevaleceu a discordância entre os especialistas;
- D) Pouco importantes com dissenso: indicadores com média inferior a sete e desvio-padrão superior ou igual a três.

Os indicadores importantes e consensuais foram aqueles entendidos como essenciais às atividades do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e que por isso integraram a matriz de análise e julgamento.

### **4.6.2 Grau de implantação**

O grau de implantação foi determinado a partir das análises das variáveis de estrutura e processo do VIVA-contínuo. Considerando que a primeira unidade de análise é subdividida por nível de complexidade de atenção à saúde, também foi estimado o grau de implantação de cada nível.

Foi atribuída a pontuação máxima de 1 para cada indicador da matriz de análise e julgamento. Considerando essa pontuação, o número de indicadores da matriz por componente e subcomponente do VIVA-contínuo, o número de unidades de saúde de Olinda por nível de complexidade e o número de Regiões de Saúde que participaram da pesquisa, além do nível central da SMS, foi elaborado um quadro (Apêndices H, J, L e

M), demonstrando a pontuação máxima para cada unidade de análise e nível de complexidade das unidades de saúde.

Salienta-se que quando o entrevistado não sabia responder a questão ou não sabia informar a periodicidade da atividade e esta era exigida no parâmetro de análise, o indicador foi anulado. Também foi anulado o indicador relacionado à educação permanente do setor de vigilância epidemiológica, no caso das Regiões de Saúde que não possuíam unidades de saúde com este setor.

O grau de implantação foi estimado utilizando-se um sistema de escores, de acordo com a importância de cada indicador da estrutura e do processo. Os seguintes pontos de corte foram utilizados para fazer o julgamento de valor:

- 80 a 100%: sistema implantado
- 60% a 79%: parcialmente implantado
- 59% ou menos: não implantado

De acordo com a pontuação alcançada em cada indicador, foi calculado o grau de implantação (GI) de cada nível de complexidade de atenção à saúde e de cada unidade de análise utilizando o seguinte cálculo:

GI dos subcomponentes e componentes: (Somatório das pontuações obtidas : Somatório das pontuações esperadas) x 100

Onde,

$\sum Po$  = Somatório das pontuações obtidas

$\sum Pe$  = Somatório das pontuações esperadas

$$\text{GI dos subcomponentes e componentes} = \frac{\sum Po}{\sum Pe} \times 100$$

GI Estrutura: Média dos GI dos componentes

Onde,

X = N° de componentes

GI = Grau de implantação do componente

$$\text{GI estrutura} = \frac{\sum X \text{ GI}}{X}$$

GI Processo: Média dos GI dos componentes

Onde,

GI<sup>1</sup> = Grau de implantação do primeiro componente

GI<sup>2</sup> = Grau de implantação do segundo componente

GI<sup>3</sup> = Grau de implantação do terceiro componente

$$\mathbf{GI\ processo = \frac{GI^1 + GI^2 + GI^3}{3}}$$

GI final:  $\{[(\text{Somatório das pontuações obtidas da estrutura} \times 4) + (\text{Somatório das pontuações obtidas do processo} \times 6)] : 10\} : \{[(\text{Somatório das pontuações esperadas da estrutura} \times 4) + (\text{Somatório das pontuações esperadas do processo} \times 6)] : 10\} \times 100$

Onde, o peso da dimensão estrutura é 4 e do processo é 6

$\sum PoE$  = Somatório das pontuações obtidas da estrutura

$\sum PoP$  = Somatório das pontuações obtidas do processo

$\sum PeE$  = Somatório das pontuações esperadas da estrutura

$\sum PeP$  = Somatório das pontuações esperadas do processo

$$\mathbf{GI\ final = \frac{(\sum PoE \times 4) + (\sum PoP \times 6)}{10} : \frac{(\sum PeE \times 4) + (\sum PeP \times 6)}{10} \times 100}$$

O grau de implantação do VIVA-contínuo na sua dimensão unitária foi definido a partir do somatório dos graus de implantação de cada nível de análise:

Onde, GI = Grau de Implantação

US = Unidades de Saúde

RS = Regiões de Saúde

NC = Nível Central

$$\mathbf{GI = GI\ US + GI\ RS + GI\ NC}$$

#### **4.7 Considerações éticas**

Este projeto foi submetido à avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda para obtenção da carta de anuência (Anexo 1). Após a anuência, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 (CNS).

Após aprovação do Comitê de Ética (Anexo 2), a coleta de dados para avaliação do grau de implantação foi realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), o qual continha o objetivo da pesquisa, assim como garantia o sigilo a respeito da identidade dos participantes e o direito a desistência em qualquer fase da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Realização da técnica de consenso

Após a elaboração do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento foi realizada uma técnica de consenso para a validação desses instrumentos. O método utilizado foi o Delfos, realizado individualmente e à distância com o grupo de especialistas selecionados.

O grupo de especialistas foi composto por gestores e técnicos municipais, estaduais e do nível federal e pesquisadores indicados pelo Ministério da Saúde e pelos integrantes do projeto (04 representantes do Ministério da Saúde, 01 da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 01 da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda, 01 da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 01 da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 01 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 01 da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, 01 da Universidade Federal de Pernambuco e 01 do CLAVES-FIOCRUZ), totalizando 12 experts no tema.

Na primeira rodada, cada especialista atribuiu uma pontuação de 0 a 10 para cada indicador apresentado de acordo com sua importância, que após tratamento estatístico das respostas e os resultados foram repassados aos participantes. Nesta rodada, apenas 01 participante não encaminhou sua avaliação.

Durante a técnica de consenso não foram feitas sugestões de alterações no modelo lógico do VIVA-contínuo pelos especialistas, porém as mudanças realizadas na matriz, implicaram em mudanças no modelo lógico.

A primeira versão da matriz encaminhada aos especialistas era composta por 3 unidades de análise, 2 dimensões (estrutura e processo), 8 componentes (estrutura e processo), 6 subcomponentes (dimensão processo), 29 critérios (estrutura e processo) e 51 indicadores (estrutura e processo). Observou-se que prevaleceu o consenso acerca das dimensões, componentes, subcomponentes e atribuições das 3 unidades de análise, embora tenha se identificado a necessidade de tornar alguns indicadores mais objetivos e alguns parâmetros modificados para uma melhor adequação à realidade da vigilância de violências e para conferir maior clareza de análise ao VIVA-contínuo.

Dos indicadores presentes na matriz de análise e julgamento inicial, 2 da estrutura foram classificados como importantes com dissenso (Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd) e Nº de veículos disponíveis para as ações de vigilância de violências) e 1 de processo como pouco importante com dissenso (% de casos

investigados pela US ou pelo DS/SMS, quando a US não realizar) como atividades do VIVA-contínuo (Quadro 3 e 4).

**Quadro 3** – Pontuação dos especialistas na 1ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão estrutura

INDICADOR	MÉDIA DAS PONTUAÇÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO MÍNIMA	DESVIO PADRÃO
Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	8,7	10	3	1,7
Existência de profissional de nível superior responsável pelas ações de VE na unidade de saúde, com carga horária mínima de 20h	8,2	10	3	2,1
Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	8,7	10	5	1,5
Existência de diretor de V.E com carga horária mínima de 40h nos DS e NC da SMS	7,5	10	5	1,6
Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h, no NC da SMS	9,6	10	7	0,6
Nº de técnicos de VE com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA no DS e NC da SMS	9,5	10	7	0,8
Nº de fichas de notificação/investigação	8,9	10	0	1,8
Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	9,3	10	5	1,2
Existência de instrutivos de análise crítica de dados	8,5	10	3	1,6
Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	8,6	10	5	1,3
Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	7,9	10	7	1,8
Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	6,8	10	1	3,1
Existência de sala para a vigilância epidemiológica	8,6	10	5	1,5
Nº de computadores	8,7	10	0	1,9
Nº de impressoras	7,8	10	0	2,2
Nº de telefones disponíveis	8,8	1	0	1,9
Nº de veículos disponíveis para as ações de vigilância de violências	7,1	10	0	3,3
Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível nas US, DS e NC da SMS	7,3	10	0	2,7
Existência de normatização interna orientando as ações do VIVA nas US, DS e NC da SMS	8,1	10	0	2,4

**Quadro 4 – Pontuação dos especialistas na 1ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão processo**

continua

		INDICADOR	MÉDIA DAS PONTUAÇÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO MÍNIMA	DESVIO PADRÃO
Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	9,7	10	8	0,4
		% das metas pactuadas	9,3	10	5	0,9
		Periodicidade do monitoramento realizado	9,4	10	5	0,9
	Articulação Intra e Intersetorial	Identificação de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência, pelo NC da SMS, sozinho ou em parceria com os DS	10	10	10	0
		Nº de encontros realizados pelo NC da SMS para pactuação de atribuições de cada serviço e fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência	8,6	10	0	1,7
		Execução continuada de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz pela US, DS e NC da SMS	9	10	5	1,3
	Educação permanente	Nº de profissionais das ESF capacitados pelas US/DS ou NC da SMS quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar, a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção	10	10	10	0
		Nº de profissionais dos NASF capacitados pelas US/DS ou NC da SMS quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar, a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção	10	10	10	0
		Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento /orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	10	10	10	0
		% de gestores e técnicos dos DS capacitados quanto à vigilância das violências	9,9	10	9	0,2
		% de gestores e técnicos dos NVEAH capacitados quanto à vigilância das violências	9,9	10	9	0,2
		Nº de profissionais capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	9	10	0	1,6
	Produção e disseminação da informação	Notificação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados	9,8	10	8
Busca ativa realizada pela US, DS ou NC da SMS			7,3	10	0	2,4
% de casos investigados pela US ou pelo DS/SMS, quando a US não realizar			7,3	10	0	3,1
Processamento e análise dos dados		Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência realizada quanto à consistência e completude pela US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS	8,9	10	0	1,6
		Realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelo DS/NC da SMS antes de digitar os dados no Sinan	8,7	10	0	1,7
		Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos antes de transferir o banco de dados ao NC da SMS/Região de Saúde da SES	9,5	10	8	0,8
		Dados relativos à violência do Sinan, SIM e SIH analisados	10	10	10	0
		Realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	9,3	10	5	1

**Quadro 4** – Pontuação dos especialistas na 1ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão processo

				conclusão		
Produção e disseminação da informação	Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos produzidos	9,2	10	8	0,7
		Informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	8,5	10	0	1,7
		Elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento periodicamente, caso não exista publicação estadual que contemple o município	8,7	10	0	1,7
		Distribuição, pelo NC para os DS e pelos DS para as US, de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	8,7	10	0	1,7
		Elaboração, pelo DS ou NC da SMS de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	8	10	0	2
		Distribuição, pelo DS ou NC da SMS, dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	8	10	0	2
		Elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	8	10	0	1,6
		Distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência pelo NC da SMS para os DS e desses para as US	8,2	10	0	1,8
		Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	8,1	10	0	2,3
		Orientação e encaminhamentos	% de mulheres em situação de violência orientadas, pelos profissionais de saúde das US, quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	9,8	10	8
% de casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar, pelos profissionais de saúde das US	9,7		10	8	0,4	
% de casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	9,9		10	9	0,2	

Estes questionamentos e sugestões proporcionaram uma revisão da matriz a fim de torna-la mais objetiva, porém as principais mudanças ocorridas se deram em termos qualitativos, com a reformulação de indicadores e parâmetros.

Foi necessário realizar a segunda rodada porque o grau de consenso foi considerado insatisfatório. Nesta, participaram os 11 especialistas que responderam a primeira rodada, que poderiam manter ou modificar suas respostas anteriores. Procedeu-se o segundo tratamento estatístico e o grau de consenso foi considerado satisfatório. Nesta rodada, apenas 01 participante não encaminhou sua avaliação, finalizado em 10 participantes.

Na segunda rodada, foram reavaliados apenas os 3 indicadores com dissenso. O resultado desta etapa (Quadros 5 e 6), indicou apenas 1 indicador consensuado e pouco importante pertencente a dimensão estrutura da matriz de análise e julgamento. Os outros 2 indicadores, por serem julgados como importantes, foram consensuados.

Portanto, a matriz de consenso foi composta por 3 unidades de análise, 2 dimensões (estrutura e processo), 8 componentes (dimensão processo), 6 subcomponentes (dimensão processo), 29 critérios (estrutura e processo) e 48 indicadores (estrutura e processo).

Salienta-se que as dimensões, componentes, subcomponentes, critérios e indicadores presentes na matriz de análise e julgamento são complementares e interdependentes.

**Quadro 5** – Pontuação final dos especialistas na 2ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão estrutura

INDICADOR		MÉDIA DAS PONTUAÇÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO MÍNIMA	DESVIO PADRÃO
Recursos humanos	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	8,7	10	3	1,7
	Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	8,7	10	5	1,5
	Existência de gerente de VE com carga horária mínima de 40h	7,5	10	5	1,6
	Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h	9,6	10	7	0,6
Insumos e materiais de expediente e educativo	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	8,9	10	0	1,8
	Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	9,3	10	5	1,2
	Existência de instrutivos de análise crítica de dados	8,5	10	3	1,6
	Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	8,6	10	5	1,3
	Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	7,9	10	7	1,8
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	7,3	10	2	2,3
Espaço físico	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	8,6	10	5	1,5
Materiais permanentes	Nº de computadores funcionando	8,7	10	0	1,9
	Nº de impressoras disponíveis e funcionando	7,8	10	0	2,2
	Nº de telefones disponíveis e funcionando	8,8	1	0	1,9
	Nº de veículos disponíveis para as ações de vigilância de violências	6,6	10	0	2,9
Normatização do VIVA	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	7,3	10	0	2,7
	Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	8,1	10	0	2,4

**Quadro 6 – Pontuação final dos especialistas na 2ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão processo**

continua

		INDICADOR	MÉDIA DAS PONTUAÇÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO MÍNIMA	DESVIO PADRÃO	
Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	9,7	10	8	0,4	
		Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	Indicador sugerido para compor a matriz de análise e julgamento				
		Metas pactuadas	9,3	10	5	0,9	
		Periodicidade do monitoramento realizado	9,4	10	5	0,9	
	Articulação Intra e Intersetorial	Nº de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência identificados	10	10	10	0	
		Nº de encontros realizados para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência	8,6	10	0	1,7	
		Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	9	10	5	1,3	
	Educação permanente	Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar, a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção	10	10	10	0	
		Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar, a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção	10	10	10	0	
		Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento/orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	10	10	10	0	
		Nº de gestores e técnicos da VE dos DS responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	9,9	10	9	0,2	
		Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	9,9	10	9	0,2	
		Nº de profissionais da rede capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	9	10	0	1,6	
	Produção e disseminação da informação	Notificação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	9,8	10	8	0,3
			Busca ativa realizada	7,3	10	0	2,4
			Investigação de casos realizada	8,8	10	5	1,5
Processamento e análise dos dados		Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pela US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada	8,9	10	0	1,6	
		Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelo DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	8,7	10	0	1,7	
		Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	9,5	10	8	0,8	
		Periodicidade de análise dos dados relativos à violência do Sinan, SIM e SIH analisados	10	10	10	0	
		Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	10	10	10	0	
		Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	10	10	10	0	
		Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	9,3	10	5	1	

**Quadro 6** – Pontuação final dos especialistas na 2ª rodada da técnica de consenso dos indicadores da dimensão processo

		conclusão				
Produção e disseminação da informação	Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	9,2	10	8	0,7
		Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	8,5	10	0	1,7
		Periodicidade de elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento, caso não exista publicação estadual que contemple o município	8,7	10	0	1,7
		Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	8,7	10	0	1,7
		Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	8	10	0	2
		Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	8	10	0	2
		Periodicidade de elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	8	10	0	1,6
		Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	8,2	10	0	1,8
		Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	8,1	10	0	2,3
Orientação e encaminhamentos	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	9,8	10	8	0,3	
	Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	9,7	10	8	0,4	
	Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	9,9	10	9	0,2	

## 5.2 Grau de implantação do VIVA-contínuo em Olinda

### 5.2.1 Grau de Implantação nas Unidades de Saúde

#### 5.2.1.1 Unidades de Saúde da Atenção Primária

O grau de implantação do VIVA contínuo nas Unidades de Saúde da Atenção Primária foi avaliado segundo as dimensões e componentes do sistema. Analisando as dimensões, a estrutura foi classificada como não implantada (50,2%), enquanto o processo, se apresentou parcialmente implantado - 71,4% (Quadros 7 e 8).

No que se refere à **estrutura**, em todas as Regiões de Saúde o VIVA foi considerado não implantado (Quadros 7 e 8). Entre os seus componentes, a “normatização do VIVA” apresentou o menor grau de implantação, 21,8%, inclusive quando analisado por Regiões de Saúde. Os outros componentes “recursos humanos” e “insumos e materiais de expediente”, apresentaram graus enquadrados como parcialmente implantados (70,5%) e não implantado (58,3%), respectivamente. Analisando por RS, o VIVA foi classificado como parcialmente implantado no componente “recursos humanos”, variando entre 56,3% (4ª RS) e 78,6% (3ª RS), e não implantado no componente “insumos e materiais de expediente”, variando entre 50,0% na 1ª RS e 62,5% na 2ª RS (Quadros 7 e 8).

Na dimensão **processo**, analisando-se por RS, apenas a 4ª RS se enquadrou como implantado (83,5%). Nas demais, o percentual variou de 55,9% (5ª RS) a 77,5% (1ª RS), sendo classificadas como não implantado e parcialmente implantado, respectivamente (Quadros 7 e 8).

Entre os componentes do processo, “orientações e encaminhamentos” apresentou-se como implantado (87,6%), inclusive quando analisado por Regiões de Saúde, exceto na 5ª RS (66,7%). O componente “gestão do VIVA” apresentou percentual de 75,0%, sendo maiores nas 1ª e 4ª RS, 87,5% e 81,3%, respectivamente. E o componente “produção e disseminação da informação” foi classificado como não implantado (51,6%), reforçado pelos graus das 2ª e 5ª RS (46,7% e 34,5%, respectivamente) (Quadros 7 e 8).

O percentual do consolidado das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde foi de 76,8%, classificando o VIVA como parcialmente implantado. Entre as Regiões de Saúde, 4 seguiram o mesmo perfil, variando entre 60,4% (2ª RS) e 68,7%

(3ª RS). Contudo, na 5ª RS o sistema foi enquadrado em não implantado (47,7%) (Quadros 7 e 8).

**Quadro 7** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde da Atenção Primária por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

continua

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL
				I	II	III	IV	V	
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	9	9	7	8	5	38
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	5	5	4	1	2	17
	<b>Total da pontuação do componente</b>			14	14	11	9	7	55
	<b>GI do componente</b>			77,8%	77,8%	78,6%	56,3%	58,3%	70,5%
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	8	9	6,5	8	6	37,5
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	4	5	3	4	4	20
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	1	3,5	3,5	2	1,5	11,5
			Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	5	5	4	5	3	22
	<b>Total da pontuação do componente</b>			18	22,5	17	19	14,5	91
	<b>GI do componente</b>			50,0%	62,5%	60,7%	59,4%	60,4%	58,3%
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	1	2	2	1	0	6
			Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	1	3	2	3	2	11
	<b>Total da pontuação do componente</b>			2	5	4	4	2	17
	<b>GI do componente</b>			11,1%	27,8%	28,6%	25,0%	16,7%	21,8%
	<b>Total da pontuação da Estrutura</b>				34	41,5	32	32	23,5
<b>GI da Estrutura</b>				46,3%	56,0%	56,0%	46,9%	45,1%	50,2%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 7** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde da Atenção Primária por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL			
				I	II	III	IV	V				
Processo	Gestão do VIVA	Articulação intra e intersectorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	7	6,5	4,5	6,5	4	28,5			
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			7	6,5	4,5	6,5	4	28,5		
		<b>GI do subcomponente</b>			87,5%	72,2%	75,0%	81,3%	66,7%	75,0%		
	<b>Total da pontuação do componente</b>			7	6,5	4,5	6,5	4	28,5			
	<b>GI do componente</b>			87,5%	72,2%	75,0%	81,3%	66,7%	75,0%			
	Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem		8	7	7	7	3	32		
			Busca ativa realizada		5	5	6	3	2	21		
			Investigação de casos realizada		3	1	3	7	0	14		
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			16	13	16	17	5	67		
		<b>GI do subcomponente</b>			61,5%	48,1%	80,0%	70,8%	27,8%	58,3%		
		Processamento e análise dos dados	Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelas US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada			5	3	3	3	1	15	
				<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			5	3	3	3	1	15
				<b>GI do subcomponente</b>			55,6%	33,3%	50,0%	42,9%	20,0%	41,7%
		Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano			2	5	5	7	4	23	
				<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			2	5	5	7	4	23
				<b>GI do subcomponente</b>			22,2%	55,6%	71,4%	87,5%	66,7%	58,9%
	<b>Total da pontuação do componente</b>			23	21	24	27	10	98			
	<b>GI do componente</b>			52,3%	46,7%	72,7%	69,2%	34,5%	51,6%			

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 7** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde da Atenção Primária por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL
				conclusão					
				I	II	III	IV	V	
Processo	Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	9	7	7	8	3	34
			Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	9	7	6	7	3	32
			Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	7	7	4	6	2	26
	<b>Total da pontuação do componente</b>			25	21	17	21	8	92
	<b>GI do componente</b>			92,6%	87,5%	81,0%	100,0%	66,7%	87,6%
<b>Total da pontuação do Processo</b>				55	48,5	45,5	54,5	22	225,5
<b>GI do Processo</b>				77,5%	68,8%	76,2%	83,5%	55,9%	71,4%
<b>GI Total</b>				61,2%	60,4%	68,7%	68,5%	47,7%	76,8%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 8** – Grau de implantação das Unidades de Saúde da Atenção Primária por Região de Saúde, dimensão e componente

DIMENSÃO	COMPONENTE	Regiões de Saúde (grau de implantação)					TOTAL
		I	II	III	IV	V	
Estrutura	Recursos humanos	77,8%	77,8%	78,6%	56,3%	58,3%	70,5%
	Insumos e materiais de expediente	50,0%	62,5%	60,7%	59,4%	60,4%	58,3%
	Normatização do VIVA	11,1%	27,8%	28,6%	25,0%	16,7%	21,8%
<b>Total Dimensão Estrutura</b>		46,3%	56,0%	56,0%	46,9%	45,1%	50,2%
Processo	Gestão do VIVA	87,5%	72,2%	75,0%	81,3%	66,7%	75,0%
	Produção e disseminação da informação	52,3%	46,7%	72,7%	69,2%	34,5%	51,6%
	Orientações e encaminhamentos	92,6%	87,5%	81,0%	100,0%	66,7%	87,6%
<b>Total Dimensão Processo</b>		77,5%	68,8%	76,2%	83,5%	55,9%	71,4%
<b>TOTAL GERAL</b>		61,2%	60,4%	68,7%	68,5%	47,7%	76,8%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

### 5.2.1.2 Unidades de Saúde de Média Complexidade

Em relação ao grau de implantação do VIVA contínuo nas Unidades de Saúde de Média Complexidade, a **estrutura** foi classificada como não implantada (54,7%). Analisando por Região de Saúde, esta dimensão se apresentou de maneira semelhante nas 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> RS (Quadros 9 e 10).

Entre os componentes da estrutura, “normatização do VIVA” apresentou o grau de implantação mais baixo, 15,4%, classificando-se como não implantado em todas as RS. Os componentes “materiais permanentes” e “espaço físico” só se aplicam às Unidades de Saúde com setor de Vigilância Epidemiológica, que existem apenas na 3<sup>a</sup> RS. O primeiro foi classificado como não implantado (33,3%) e o segundo implantado (100,0%) (Quadros 9 e 10).

Ainda na dimensão estrutura, os componentes “recursos humanos” e “insumos e materiais de expediente” foram considerados parcialmente implantados (73,1%) e não implantado (51,9%), respectivamente. Sendo que no primeiro, as 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> RS apresentaram percentuais maiores que o consolidado, 83,3% e 87,5%, respectivamente, classificando o VIVA como implantado. No segundo, “insumos e materiais de expediente”, apenas na 2<sup>a</sup> RS o sistema foi classificado como parcialmente implantado - 75,0% (Quadros 9 e 10).

A dimensão **processo** foi classificada como não implantada (56,9%). Porém, analisando por RS, nas 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> RS o VIVA se apresentou parcialmente implantado, 75,0% e 70,0%, respectivamente. Entre os componentes do processo, o pior foi “produção e disseminação da informação” (33,8%), sendo as 1<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> RS que apresentaram os menores percentuais, 20,0%, 13,3% e 25,0%, respectivamente, classificando-se em não implantados. O componente “gestão do VIVA” também foi enquadrado como não implantado (46,4%), se apresentando de maneira semelhante nas 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> RS. Apenas na 2<sup>a</sup> RS, este componente foi considerado parcialmente implantado com 75,0% (Quadros 9 e 10).

Ainda na dimensão processo, o componente “orientações e encaminhamentos” foi o que se apresentou melhor implantado (90,3%), inclusive nas Regiões de Saúde, exceto na 5<sup>a</sup> RS (71,4%) que foi classificada como parcialmente implantada (Quadros 9 e 10).

O grau de implantação do consolidado das Unidades de Saúde de Média Complexidade foi parcialmente implantado (62,8%). Entre as Regiões de Saúde, apenas

a 2ª se apresentou de maneira semelhante, 68,1%, sendo também classificado como parcialmente implantado, uma vez que nas demais o sistema se apresentou não implantado (Quadros 9 e 10).

**Quadro 9** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

continua

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL
				I	II	III	IV	V	
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	2	3	3	4	13
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	0	1	0	2	3	6
	<b>Total da pontuação do componente</b>			1	3	3	5	7	19
	<b>GI do componente</b>			50,0%	75,0%	50,0%	83,3%	87,5%	73,1%
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1	2	3	1	3	10
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	0	2	1	1	1	5
			Existência de instrutivo de análise crítica de dados	NSA	NSA	0	NSA	NSA	0
			Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	NSA	NSA	0	NSA	NSA	0
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	0	0,5	0	0	2	2,5
			Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	1	1,5	3	2	3	10,5
	<b>Total da pontuação do componente</b>			2	6	7	4	9	28
	<b>GI do componente</b>			50,0%	75,0%	50,0%	33,3%	56,3%	51,9%
	Espaço físico	-----	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
	<b>Total da pontuação do componente</b>			NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
	<b>GI do componente</b>			NSA	NSA	100,0%	NSA	NSA	100,0%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: NSA = não se aplica

N = nulo

**Quadro 9** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL	
				I	II	III	IV	V		
Estrutura	Materiais permanentes	-----	Nº de computadores funcionando	NSA	NSA	0	NSA	NSA	0	
			Nº de impressoras disponíveis e funcionando	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1	
			Nº de telefones disponíveis e funcionando	NSA	NSA	0	NSA	NSA	0	
	<b>Total da pontuação do componente</b>			NSA	NSA	1	NSA	NSA	1	
	<b>GI do subcomponente</b>			NSA	NSA	33,3%	NSA	NSA	33,3%	
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	0	2	0	0	0	2	
			Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	1	0	1	0	0	2	
	<b>Total da pontuação do componente</b>			1	2	1	0	0	4	
	<b>GI do componente</b>			50,0%	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	15,4%	
	<b>Total da pontuação da Estrutura</b>				4	11	13	9	16	53
<b>GI da Estrutura</b>				50,0%	66,7%	50,0%	38,9%	47,9%	54,7%	
Processo	Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Periodicidade do monitoramento realizado	NSA	NSA	0	NSA	NSA	0	
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			NSA	NSA	0	NSA	NSA	0
		<b>GI do subcomponente</b>			NSA	NSA	0,0%	NSA	NSA	0,0%
	Articulação intra e intersectorial	-----	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	0	1,5	2	1	2	6,5	
			<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			0	1,5	2	1	2
	<b>GI do subcomponente</b>			0,0%	75,0%	66,7%	33,3%	50,0%	50,0%	
	<b>Total da pontuação do componente</b>			0	1,5	2	1	2	6,5	
<b>GI do componente</b>			0,0%	75,0%	50,0%	33,3%	50,0%	46,4%		

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: NSA = não se aplica

N = nulo

**Quadro 9** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL		
				I	II	III	IV	V			
	Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	1	2	3	2	1	9		
			Busca ativa realizada	0	0	1	0	0	1		
			Investigação de casos realizada	0	1	3	0	1	5		
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				1	3	7	2	2	15
		<b>GI do subcomponente</b>				33,3%	50,0%	77,8%	22,2%	16,7%	45,5%
		Processamento e análise dos dados	Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completitude pelas US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada	0	1	2	0	1	4		
				<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				0	1	2	0
		<b>GI do subcomponente</b>				0,0%	50,0%	66,7%	0,0%	25,0%	30,8%
		Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	0	1	0	0	2	3		
				<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				0	1	0	0
		<b>GI do subcomponente</b>				0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	23,1%
		<b>Total da pontuação do componente</b>				1	5	9	2	5	22
<b>GI do componente</b>				20,0%	50,0%	60,0%	13,3%	25,0%	33,8%		

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: NSA = não se aplica

N = nulo

**Quadro 9** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão, componente e subcomponente

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação obtida e grau de implantação)					TOTAL
				I	II	III	IV	V	
	Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	N	2	3	3	2	10
Casos de violência contra criança e adolescente comunicados, pelo menos ao Conselho Tutelar			1	2	3	3	3	12	
Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso			N	1	3	2	0	6	
<b>Total da pontuação do componente</b>				1	5	9	8	5	28
<b>GI do componente</b>				100,0%	100,0%	100,0%	88,9%	71,4%	90,3%
<b>Total da pontuação do Processo</b>				2	11,5	20	11	12	56,5
<b>GI do Processo</b>				40,0%	75,0%	70,0%	45,2%	48,8%	56,9%
<b>GI Total</b>				37,8%	68,1%	59,7%	39,5%	43,3%	62,8%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: NSA = não se aplica

N = nulo

**Quadro 10** – Grau de implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade por Região de Saúde, dimensão e componente

DIMENSÃO	COMPONENTE	Regiões de Saúde					TOTAL
		I	II	III	IV	V	
Estrutura	Recursos humanos	50,0%	75,0%	50,0%	83,3%	87,5%	73,1%
	Insumos e materiais de expediente	50,0%	75,0%	50,0%	33,3%	56,3%	51,9%
	Espaço físico	NSA	NSA	100,0%	NSA	NSA	100,0%
	Materiais permanentes	NSA	NSA	33,3%	NSA	NSA	33,3%
	Normatização do VIVA	50,0%	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	15,4%
<b>Total Dimensão Estrutura</b>		50,0%	66,7%	50,0%	38,9%	47,9%	54,7%
Processo	Gestão do VIVA	0,0%	75,0%	50,0%	33,3%	50,0%	46,4%
	Produção e disseminação da informação	20,0%	50,0%	60,0%	13,3%	25,0%	33,8%
	Orientações e encaminhamentos	100,0%	100,0%	100,0%	88,9%	71,4%	90,3%
<b>Total Dimensão Processo</b>		40,0%	75,0%	70,0%	45,2%	48,8%	56,9%
<b>TOTAL GERAL</b>		37,8%	68,1%	59,7%	39,5%	43,3%	62,8%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: NSA = não se aplica

### 5.2.1.3 Consolidado das Unidades de Saúde

Analisando o consolidado das Unidades de Saúde por nível de complexidade, Atenção Primária e Média Complexidade, ambas se classificaram como parcialmente implantadas, 76,8% e 62,8%, respectivamente.

Em relação às dimensões, a **estrutura** apresentou menor percentual (56,3%), sendo as Unidades de Saúde de Média Complexidade que apresentaram melhor estrutura (54,7%). Entre os componentes desta dimensão, a “normatização do VIVA” apresentou o pior percentual (20,2%), sendo classificado como não implantado, inclusive por nível de complexidade.

Os componentes “materiais permanentes” e “espaço físico” só se aplicam às Unidades de Saúde com setor de Vigilância Epidemiológica, as quais existem apenas na Média Complexidade. O primeiro foi classificado como não implantado (33,3%) e o segundo implantado (100,0%) (Quadro 11).

Ainda na dimensão estrutura, os componentes “recursos humanos” e “insumos e materiais de expediente” foram classificados como parcialmente e não implantado, 71,2% e 56,7%, respectivamente, sendo a situação semelhante analisando por nível de complexidade (Quadro 11).

A dimensão **processo** apresentou-se parcialmente implantada (68,9%). Nesta dimensão, o componente “orientações e encaminhamentos” foi o melhor (88,2%), inclusive nos dois níveis de complexidade, e o “produção e disseminação da informação” o pior (49,8%), porém na atenção primária este componente apresentou-se melhor (51,6%). O componente “gestão do VIVA” apresentou um grau de implantação de 68,6%, sendo ainda maior na Atenção Primária (75,0%).

O grau de implantação do consolidado das Unidades de Saúde foi parcialmente implantado (73,3%). Entre os níveis de complexidade (Atenção Primária e Média Complexidade), ambos se apresentaram de maneira semelhante, 76,8% e 62,8%, respectivamente, sendo classificados como parcialmente implantados (Quadro 11).

**Quadro 11** – Grau de implantação das Unidades de Saúde de Olinda por nível de complexidade, dimensão e componente

DIMENSÃO	COMPONENTE	ATENÇÃO PRIMÁRIA	MÉDIA COMPLEXIDADE	TOTAL
Estrutura	Recursos humanos	70,5%	73,1%	71,2%
	Insumos e materiais de expediente	58,3%	51,9%	56,7%
	Espaço físico	NSA	100,0%	100,0%
	Materiais permanentes	NSA	33,3%	33,3%
	Normatização do VIVA	21,8%	15,4%	20,2%
<b>Total Dimensão Estrutura</b>		50,2%	54,7%	56,3%
Processo	Gestão do VIVA	75,0%	46,4%	68,6%
	Produção e disseminação da informação	51,6%	33,8%	49,8%
	Orientações e encaminhamentos	87,6%	90,3%	88,2%
<b>Total Dimensão Processo</b>		71,4%	56,9%	68,9%
<b>TOTAL GERAL</b>		76,8%	62,8%	73,3%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado  
 Nota: NSA = não se aplica

### 5.2.2 Grau de Implantação nas sedes das Regiões de Saúde

Analisando as dimensões, a **estrutura** foi classificadas como parcialmente implantada (60,8%). Entre as RS, o percentual variou entre 56,7% (1ª e 3ª RS) e 66,7% (2ª RS). Entre os componentes desta dimensão, a “normatização do VIVA” apresentou o menor percentual (25,0%), sendo classificado como não implantado. Neste componente, as 4ª e 5ª RS não pontuaram (Quadros 12 e 13).

Ainda na dimensão estrutura, destaca-se o componente “espaço físico” (75,0%) considerado parcialmente implantado, pois apenas a 1ª RS não possui sala para a vigilância epidemiológica, sendo esta RS classificada como não implantada (0,0%). Os outros componentes, “recursos humanos” e “insumos e materiais de expediente” foram classificados como parcialmente implantados (75,0% e 70,8%, respectivamente) e “materiais permanentes” não implantado (58,3%). No primeiro, apenas a 1ª RS foi considerada implantada (100,0%) e nas outras três RS (66,7%) parcialmente implantadas. No segundo, também apenas a 1ª RS foi considerada implantada (83,3%) e as outras três RS foram classificadas como parcialmente implantadas, apresentando percentual de 66,7%. E no último, apenas a 5ª RS foi considerada implantada (83,3%) e as outras RS apresentaram percentual de 50,0%, sendo classificadas como não implantadas (Quadros 12 e 13).

A dimensão **processo** foi considerada não implantada (46,6%). Entre as RS, as 1ª, 2ª e 3ª apresentaram situação semelhante, 57,8%, 21,0% e 47,4%, respectivamente. Porém a 5ª RS apresentou-se melhor classificada como parcialmente implantada (61,9%) (Quadros 12 e 13).

Entre os componentes desta dimensão, o “orientações e encaminhamentos” foi o pior (0,0%) em todas as RS. Os outros dois componentes, “gestão do VIVA” e “produção e disseminação da informação” foram considerados parcialmente implantados, 74,1% e 65,5%, respectivamente. Neste primeiro, a 2ª RS apresentou o menor percentual (42,9%), sendo enquadrada como não implantado, e as 1ª e 5ª RS foram consideradas como implantadas apresentando percentuais melhores do que o consolidado das sedes das RS, 100,0% e 85,7%, respectivamente (Quadros 12 e 13). Entre os subcomponentes, o “monitoramento e avaliação” apresentou o menor percentual (54,2%), sendo piores nas 2ª (33,3%) e 4ª RS (16,7%). Destaca-se que “articulação intra e intersetorial” apresentou-se implantado (100,0%) em todas RS, e o

no “educação permanente”, apenas a 2ª RS foi classificada como não implantado (33,3%) (Quadro 13).

No segundo, “produção e disseminação da informação”, a 5ª RS apresentou um grau de implantação melhor que o do consolidados das sedes das RS (100,0%) e a 2ª RS foi considerada não implantada apresentando um grau de 20,0% (Quadros 12 e 13). Os subcomponentes foram classificados como parcialmente implantados, 75,0% (“notificação, busca ativa e investigação”), 62,5% (“processamento e análise de dados”) e 65,4% (“disseminação da informação”). Porém destaca-se que a 2ª RS apresentou os menores percentuais em todos os subcomponentes, 0,0%, 0,0% e 42,9%, respectivamente, sendo a única RS classificada como não implantada (Quadro 13).

O grau de implantação do consolidado das sedes das Regiões de Saúde de Olinda foi parcialmente implantado (61,0%). Ressalta-se que a 2ª RS apresentou o pior percentual (35,2%) e as demais, 1ª, 3ª e 5ª RS, apresentaram melhores percentuais que o consolidado, 71,4%, 61,6% e 76,8%, respectivamente (Quadros 12 e 13).

**Quadro 12** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde por dimensão, componente e subcomponente

continua

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação e grau de implantação)				TOTAL	
				I	II	III	V		
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	1	1	1	4	
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	0	0	0	1	
			Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	1	1	1	1	4	
	<b>Total da pontuação do componente</b>				3	2	2	2	9
	<b>GI do componente</b>				100,0%	66,7%	66,7%	66,7%	75,0%
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1	1	1	1	4	
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	1	0	0	0	1	
			Existência de instrutivo de análise crítica de dados	0	1	1	0	2	
			Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	1	0	0	1	2	
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	1	1	1	1	4	
			Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	1	1	1	1	4	
	<b>Total da pontuação do componente</b>				5	4	4	4	17
	<b>GI do componente</b>				83,3%	66,7%	66,7%	66,7%	70,8%
	Espaço físico	-----	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	0	1	1	1	3	
	<b>Total da pontuação do componente</b>				0	1	1	1	3
	<b>GI do componente</b>				0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: N = nulo

**Quadro 12** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde por dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação e grau de implantação)				TOTAL		
				I	II	III	V			
Estrutura	Materiais permanentes	-----	Nº de computadores funcionando	0,5	0,5	0,5	0,5	2		
			Nº de impressoras disponíveis e funcionando	1	1	1	1	4		
			Nº de telefones disponíveis e funcionando	0	0	0	1	1		
	<b>Total da pontuação do componente</b>				1,5	1,5	1,5	2,5	7	
	<b>GI do componente</b>				50,0%	50,0%	50,0%	83,3%	58,3%	
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	0	0	0	0	0		
			Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	1	1	0	0	2		
			<b>Total da pontuação do componente</b>				1	1	0	0
	<b>GI do componente</b>				50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%	
	<b>Total da pontuação da Estrutura</b>				10,5	9,5	8,5	9,5	38	
<b>GI da Estrutura</b>				56,7%	66,7%	56,7%	63,3%	60,8%		
Processo	Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	1	0	0	0	1		
			Metas pactuadas	1	1	0	1	3		
			Periodicidade do monitoramento realizado	1	0	0,5	1	2,5		
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				3	1	0,5	2	6,5
		<b>GI do subcomponente</b>				100,0%	33,3%	16,7%	66,7%	54,2%
		Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	1	1	1	1	4		
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				1	1	1	1	4
<b>GI do subcomponente</b>				100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: N = nulo

**Quadro 12** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde por dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação e grau de implantação)				TOTAL
				I	II	III	V	
Processo	Gestão do VIVA	Educação permanente	Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1	1	1	1	4
			Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1	0	1	1	3
			Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento /orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	1	0	1	1	3
			Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	N	N	1	N	1
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>	3	1	4	3	11	
	<b>GI do subcomponente</b>	100,0%	33,3%	100,0%	100,0%	84,6%		
	<b>Total da pontuação do componente</b>	7	3	5,5	6	21,5		
	<b>GI do componente</b>	100,0%	42,9%	68,8%	85,7%	74,1%		
	Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	1	0	1	1	3
			Investigação de casos realizada	1	0	1	1	3
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>	2	0	2	2	6	
<b>GI do subcomponente</b>	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	75,0%			

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: N = nulo

**Quadro 12** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde por dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação e grau de implantação)				TOTAL
				I	II	III	V	
Processo	Produção e disseminação da informação	Processamento e análise dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelos DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	1	0	0	1	2
			Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	0	0	1	1	2
			Periodicidade de análise dos dados do SINAN relativos à violência	1	0	1	1	3
			Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	1	0	1	1	3
			Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	1	0	1	1	3
			Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	1	0	0	1	2
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>	5	0	4	6	15	
		<b>GI do subcomponente</b>	83,3%	0,0%	66,7%	100,0%	62,5%	
		Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	0	0	1	1	2
			Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	1	0	1	1	3
			Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	1	1	1	1	4
			Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	0	0	0	N	0
			Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	0	0	0	N	0

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: N = nulo

**Quadro 12** – Pontuação dos indicadores, percentuais e grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde por dimensão, componente e subcomponente

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde (pontuação e grau de implantação)				TOTAL	
				I	II	III	V		
				conclusão					
Processo	Produção e disseminação da informação	Disseminação da informação	Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	1	1	1	1	4	
			Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	1	1	1	1	4	
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			4	3	5	5	17
		<b>GI do subcomponente</b>			57,1%	42,9%	71,4%	100,0%	65,4%
	<b>Total da pontuação do componente</b>			11	3	11	13	38	
	<b>GI do componente</b>			73,3%	20,0%	73,3%	100,0%	65,5%	
	Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	0	0	0	0	0
				Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	0	0	0	0	0
				<b>Total da pontuação do componente</b>	0	0	0	0	0
			<b>GI do componente</b>			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	<b>Total da pontuação do Processo</b>			18	6	16,5	19	59,5	
	<b>GI do Processo</b>			57,8%	21,0%	47,4%	61,9%	46,6%	
<b>GI Total</b>			71,4%	35,2%	61,6%	76,8%	61,0%		

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

Nota: N = nulo

**Quadro 13** – Grau de implantação das sedes das Regiões de Saúde de Olinda por dimensão, componente e subcomponente

DIMENSÃO	COMPONENTE	Sede das Regiões de Saúde				TOTAL
		I	II	III	V	
Estrutura	Recursos humanos	100,0%	66,7%	66,7%	66,7%	75,0%
	Insumos e materiais de expediente	83,3%	66,7%	66,7%	66,7%	70,8%
	Espaço físico	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%
	Materiais permanentes	50,0%	50,0%	50,0%	83,3%	58,3%
	Normatização do VIVA	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%
<b>Total Dimensão Estrutura</b>		56,7%	66,7%	56,7%	63,3%	60,8%
Processo	Gestão do VIVA	100,0%	42,9%	68,8%	85,7%	74,1%
	Produção e disseminação da informação	73,3%	20,0%	73,3%	100,0%	65,5%
	Orientações e encaminhamentos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total Dimensão Processo</b>		57,8%	21,0%	47,4%	61,9%	46,6%
<b>TOTAL GERAL</b>		71,4%	35,2%	61,6%	76,8%	61,0%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

### 5.2.3 Grau de Implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde

A **estrutura** foi classificada como implantada (94,2%). Entre os componentes desta dimensão, todos apresentaram situação semelhante, destaca-se o “espaço físico”, “materiais permanentes” e a “normatização do VIVA” que apresentaram percentuais de 100,0% cada componente (Quadros 14 e 15).

A dimensão **processo** foi considerada parcialmente implantada (71,2%). Entre os componentes desta dimensão, apenas o “orientações e encaminhamentos” foi classificado como implantado (100,0%). Os outros dois componentes, “gestão do VIVA” e “produção e disseminação da informação”, foram considerados parcialmente implantados (61,5% e 73,5%, respectivamente) (Quadros 14 e 15).

No componente “gestão do VIVA”, o subcomponente “monitoramento e avaliação” apresentou-se não implantado (25,0%) e o “articulação intra e intersetorial” apresentou-se implantado (83,3%). O último componente, “educação permanente”, foi classificado como parcialmente implantando (75,0%) (Quadro 15).

No componente “produção e disseminação da informação”, apenas o subcomponente “processamento e análise de dados” foi considerado como implantado (83,3%), os outros dois, “notificação, busca ativa e investigação” e “disseminação da informação” foram classificados como não implantado e parcialmente implantado, 50,0% e 72,2%, respectivamente (Quadro 15).

O grau de implantação do Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda foi parcialmente implantado (76,0%) (Quadros 14 e 15).

**Quadro 14** – Pontuação dos indicadores e grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Olinda por dimensão, componente e subcomponente

continua

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Nível Central da SMS	
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	
			Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	0,5	
			Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h	1	
	<b>Total da pontuação do componente</b>				3,5
	<b>GI do componente</b>				87,5%
	Insumos e materiais de expediente	-----	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1
				Existência de instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação	1
				Existência de instrutivo de análise crítica de dados	1
				Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	0,5
				Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	0,5
				Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	1
	<b>Total da pontuação do componente</b>				5
	<b>GI do componente</b>				83,3%
	Espaço físico	-----	-----	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	1
	<b>Total da pontuação do componente</b>				1
	<b>GI do componente</b>				100,0%
	Materiais permanentes	-----	-----	Nº de computadores funcionando	1
				Nº de impressoras disponíveis e funcionando	1
				Nº de telefones disponíveis e funcionando	1
	<b>Total da pontuação do componente</b>				3
	<b>GI do componente</b>				100,0%
	Normatização do VIVA	-----	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	1
Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA				1	
<b>Total da pontuação do componente</b>				2	
<b>GI do componente</b>				100,0%	
<b>Total da pontuação da Estrutura</b>				14,5	
<b>GI da Estrutura</b>				94,2%	
Processo	Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	0	
			Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	0	
			Metas pactuadas	0	
			Periodicidade do monitoramento realizado	1	
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>			
<b>GI do subcomponente</b>				25,0%	

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 14** – Pontuação dos indicadores e grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Olinda por dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Nível Central da SMS					
Processo	Gestão do VIVA	Articulação intra e intersectorial	Nº de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência identificados	1					
			Nº de encontros realizados para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersectoriais para prevenção da violência	0,5					
			Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	1					
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				2,5			
		<b>GI do subcomponente</b>				83,3%			
		Educação permanente			Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1			
					Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1			
					Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento /orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	1			
					Nº de gestores e técnicos da VE dos DS responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	1			
					Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	0			
					Nº de profissionais da rede de proteção capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	0,5			
					<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				4,5
					<b>GI do subcomponente</b>				75,0%
		<b>Total da pontuação do componente</b>				8			
		<b>GI do componente</b>				61,5%			
		Produção e disseminação da informação		Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	1			
					Investigação de casos realizada	0			
				<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				1	
		<b>GI do subcomponente</b>				50,0%			

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 14** – Pontuação dos indicadores e grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Olinda por dimensão, componente e subcomponente

continuação

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Nível Central da SMS		
Processo	Produção e disseminação da informação	Processamento e análise dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelos DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	1		
			Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	1		
			Periodicidade de análise dos dados do SINAN relativos à violência	0,5		
			Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	1		
			Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	1		
			Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	0,5		
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>				5
		<b>GI do subcomponente</b>				83,3%
		Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	1		
			Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	0,5		
			Periodicidade de elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento, caso não exista publicação estadual que contemple o município	1		
			Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	1		
			Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	0		
			Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	0		
			Periodicidade de elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	1		
			Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	1		

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 14** – Pontuação dos indicadores e grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Olinda por dimensão, componente e subcomponente

conclusão

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Nível Central da SMS	
Processo	Produção e disseminação da informação	Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	1	
		<b>Total da pontuação do subcomponente</b>		6,5	
		<b>GI do subcomponente</b>		72,2%	
	<b>Total da pontuação do componente</b>				12,5
	<b>GI do componente</b>				73,5%
	Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer		1
			Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar		1
			Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso		1
	<b>Total da pontuação do componente</b>				3
	<b>GI do componente</b>				100,0%
	<b>Total da pontuação do Processo</b>				23,5
	<b>GI do Processo</b>				71,2%
<b>GI Total</b>				76,0%	

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

**Quadro 15** – Grau de implantação no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda por dimensão e componente

DIMENSÃO	COMPONENTE	Nível Central da SMS
Estrutura	Recursos humanos	87,5%
	Insumos e materiais de expediente	83,3%
	Espaço físico	100,0%
	Materiais permanentes	100,0%
	Normatização do VIVA	100,0%
<b>Total Dimensão Estrutura</b>		94,2%
Processo	Gestão do VIVA	61,5%
	Produção e disseminação da informação	73,5%
	Orientações e encaminhamentos	100,0%
<b>Total Dimensão Processo</b>		71,2%
<b>TOTAL GERAL</b>		76,0%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

### 5.2.4 Grau de Implantação do VIVA-contínuo no município de Olinda

O grau de implantação do VIVA contínuo no município de Olinda foi avaliado pelo somatório das pontuações de cada nível de análise segundo as dimensões e componentes do sistema: estrutura e processo.

Analisando as dimensões, ambas foram classificadas como parcialmente implantadas, sendo a **estrutura** a que apresentou o menor percentual (62,8%). Entre os componentes desta dimensão, a “normatização do VIVA” classificou-se como não implantado (21,9%) e o “espaço físico” implantado (100,0%). Os outros componentes desta dimensão foram enquadrados como parcialmente implantados, variando o percentual entre 61,1% (“materiais permanentes”) e 72,1% (“recursos humanos”) (Quadro 16).

A dimensão **processo** apresentou-se parcialmente implantado (67,5%) em todos os componentes. Destaca-se o “orientações e encaminhamentos” apresentando o maior percentual (78,3%) e o “produção e disseminação da informação” apresentando o menor percentual (54,8%) (Quadro 16).

O grau de implantação do município de Olinda foi parcialmente implantado (60,0%) (Quadro 16).

**Quadro 16** – Grau de implantação do VIVA-contínuo no município de Olinda por dimensão e componente

DIMENSÃO	COMPONENTE	UNIDADES DE SAÚDE	REGIÕES DE SAÚDE	NÍVEL CENTRAL DA SMS	OLINDA
Estrutura	Recursos humanos	71,20%	75,00%	87,50%	72,10%
	Insumos e materiais de expediente	56,70%	70,80%	83,30%	58,80%
	Espaço físico	100,00%	75,00%	100,00%	100,00%
	Materiais permanentes	33,30%	58,30%	100,00%	61,10%
	Normatização do VIVA	20,20%	25,00%	100,00%	21,90%
<b>Total Dimensão Estrutura</b>		56,30%	60,80%	94,20%	62,80%
Processo	Gestão do VIVA	68,60%	74,10%	61,50%	69,40%
	Produção e disseminação da informação	49,80%	65,50%	73,50%	54,80%
	Orientações e encaminhamentos	88,20%	0,00%	100,00%	78,30%
<b>Total Dimensão Processo</b>		68,90%	46,60%	71,20%	67,50%
<b>TOTAL GERAL</b>		73,30%	61,00%	76,00%	60,00%

Grau de Implantação: ■ Implantado ■ Parcialmente implantado ■ Não implantado

## 6 DISCUSSÃO

A avaliação normativa baseia-se na comparação de todos os componentes da intervenção no que diz respeito a critérios e a normas<sup>16</sup>. Apesar da simplicidade da avaliação normativa, ela é importante, pois permite ao gestor, em tempo hábil, realizar as mudanças necessárias para o alcance dos resultados esperados.

Mesmo o modelo lógico tendo sido desenhado com base em toda a documentação normativa do ente que o criou, o Ministério da Saúde, ficou evidente a importância da realização da técnica de consenso, uma vez que houveram mudanças (exclusão, inclusão e alterações dos indicadores). As estratégias para obtenção de consenso entre especialistas vêm sendo largamente conduzidas em diversos campos do saber, e, em particular, no campo da saúde, para a definição de critérios, padrões e indicadores para avaliação da qualidade do cuidado<sup>27,28</sup>.

Embora o VIVA-contínuo tenha sido considerado parcialmente implantado em Olinda, foram identificados vários aspectos que dificultaram a implantação do sistema. Porém, é importante ressaltar que o município havia passado por mudanças organizacionais do sistema de saúde quando os questionários foram aplicados, podendo esta ser uma das causas pela parcial implantação do VIVA-contínuo. O município possuía apenas duas subdivisões, Distritos Sanitários 1 e 2. Após a reorganização, passou a ser subdividido em 5 Regiões de Saúde, as quais são gerenciadas pelas antigas gerentes de território.

O primeiro aspecto a ser destacado refere-se ao acesso à normatização do VIVA-contínuo. Apesar do conhecimento da existência de normas e leis sobre a vigilância das violências, a maioria dos profissionais de saúde não tem acesso a este material. Ressalta-se que apenas no nível central da Secretaria Municipal de Saúde este componente foi considerado implantado. A definição de normas técnicas é imprescindível para a uniformização de procedimentos e a comparação de dados e informações produzidos pelo sistema de vigilância. Essas normas devem primar clareza e constar de manuais, ordens de serviço, materiais instrucionais e outros, disponíveis nas unidades do sistema<sup>29</sup>. Isto remete a necessidade da disseminação das normatizações da vigilância de violências para as Regiões e Unidades de Saúde para consultas e esclarecimento de dúvidas dos profissionais.

Outro aspecto importante relacionado à estrutura é a escassez de insumos e materiais de expediente, entre eles as fichas de notificação/investigação da violência

doméstica, sexual e/ou outras violências A notificação compulsória configura-se como elemento primordial para o desencadeamento de ações de vigilância em saúde. Entende-se por notificação compulsória a comunicação oficial às autoridades sanitárias sobre a ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, feita por qualquer profissional de saúde ou cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Instituída no final do século XIX, a notificação compulsória constitui importante precursor dos serviços de vigilância em Saúde Pública, sendo utilizada até hoje como estratégia para melhorar o conhecimento do comportamento de doenças na comunidade<sup>30</sup>.

Além das fichas de notificação, existem materiais como o instrutivo de preenchimento da ficha de notificação e materiais educativos, que são imprescindíveis para a realização de algumas atividades de prevenção das violências e para realização do diagnóstico situacional do município. Este instrutivo tem o objetivo de orientar os profissionais de saúde para o preenchimento da ficha de notificação/investigação, assim como esclarecer alguns conceitos de violências e a definição de caso. Para consolidar a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde publicou o *Instrutivo para o preenchimento da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*, com objetivo de subsidiar os profissionais de saúde e de outros setores que atuam nos serviços de atendimento às pessoas que sofreram ou que vivem em situações de violências para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados<sup>7</sup>.

Por isso, para melhorar o diagnóstico da situação de saúde, é necessário garantir o suprimento dos insumos e materiais de expediente em todos os níveis de atenção. Porém ressalta-se a importância de recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente para atender às demandas dos serviços de saúde. Nas USF de Olinda, o número de profissionais de saúde que realizam atividades relacionadas ao VIVA-contínuo é pequeno, podendo esta ser uma das causas pelas poucas atividades de prevenção das violências e promoção da saúde e cultura de paz desenvolvidas nas áreas de abrangência das USF. Em áreas identificadas de risco para a violência as equipes de saúde da família devem adequar-se com recursos humanos em quantidade e com multidisciplinaridade necessária para atender essas necessidades da população. É necessário que o sistema de saúde local e municipal adeque inclusive a cobertura populacional dessas equipes, considerando que esses grupos populacionais exigirão maiores cuidados e ações de diferentes profissionais de saúde<sup>31</sup>. A existência de um

coordenador é fundamental, no sentido de que ele é o responsável pelo planejamento das ações que serão desenvolvidas e gerenciamento da equipe técnica que, por sua vez, são de extrema importância para que as atividades sejam executadas de acordo com as normas. Isto remete a necessidade de contratação de recursos humanos na tentativa de suprir as necessidades da população nos atendimentos de saúde.

Entre as atividades de gestão do VIVA, as ações de monitoramento e avaliação apresentaram pouca aderência à rotina dos profissionais de saúde. Contudo, são consideradas importantes para melhoria da qualidade da assistência às pessoas em situação de violência, para o conhecimento de entraves que dificultem a execução e operacionalização do sistema e para auxiliar a tomada de decisão para eliminação destes entraves. Compreende-se monitoramento como parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e, estão tendo os resultados esperados. O propósito da avaliação, nesse sentido, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde<sup>32</sup>. Portanto, as ações de monitoramento e avaliação deveriam ser mais incorporadas às atividades desenvolvidas no VIVA-contínuo, visando a melhoria da qualidade de execução das ações e auxiliar na tomada de decisão.

Além do monitoramento e avaliação, a educação permanente dos profissionais de saúde é de fundamental importância para a qualificação do cuidado à saúde. Quanto mais qualificados forem os profissionais de saúde, mais oportunamente e eficientemente serão desenvolvidas as ações de enfrentamento das violências, incluindo o atendimento às pessoas em situação de violência, a notificação dos casos suspeitos, encaminhamentos para a rede de atenção e proteção, a execução das medidas de prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura de paz, entre outras.

Em Olinda, as ações de educação permanente são prioridade na gestão e são realizadas pelos profissionais das Regiões de Saúde e Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde. Porém na 2ª RS estas atividades não são executadas com frequência e os profissionais dos setores de Vigilância Epidemiológica das Unidades de Saúde não compõem o público alvo nas capacitações. Texeira, Risi Junior e Costa<sup>29</sup>, afirmaram que a eficiência do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão,

também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental. Portanto, é necessário realizar uma qualificação dos profissionais de saúde da 2ª RS e incluir os profissionais dos setores de Vigilância Epidemiológica das Unidades de Saúde nas capacitações, pois nestas Unidades de Saúde, são os profissionais deste setor os responsáveis pelo planejamento e execução das atividades de vigilância epidemiológica na unidade.

Em relação as atividades de produção e disseminação da informação, observou-se que muitas Unidades de Saúde ainda não realizam a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência. Isto pode estar ligado ao fato de que muitos profissionais de saúde ainda tem medo de realizar a notificação devido aos desdobramentos que podem surgir após a comunicação do caso. É importante ressaltar que a notificação compulsória da violência não se configura como denúncia e que esta é uma atividade obrigatória a todos os profissionais de saúde da rede pública ou privada. A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes<sup>29</sup>. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação<sup>33</sup>.

A violência, em suas distintas manifestações, há muito tem desafiado os mais distintos setores sociais no sentido de desmitificar sua aparente inevitabilidade e agregar esforços para sua prevenção<sup>34</sup>. Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer os principais problemas que ocorrem em determinada sociedade, suas formas de configuração, a dinâmica entre os atores envolvidos e os principais grupos afetados<sup>9</sup>.

A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência é uma atividade que visa desvendar a situação diagnóstica local conhecendo o perfil das vítimas e dos possíveis agressores, informações sobre a ocorrência das violências, assim como registrar os encaminhamentos dos casos e orientações realizadas às vítimas. Com estas informações, o planejamento das ações de prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura de paz pode ser mais eficiente e eficaz. Por meio da notificação compulsória dos casos atendidos na rede de saúde é possível conhecer melhor a magnitude das violências autoinfligidas e interpessoais. O conhecimento do perfil dos casos notificados por meio do VIVA-Sinan é importante para subsidiar o desenvolvimento de ações de intervenção precoces pela rede de saúde, visando ao

enfrentamento das violências e à garantia dos direitos, além da redução da morbimortalidade e de promoção da saúde e da cultura de paz<sup>35</sup>. Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação<sup>36</sup>.

Apesar de muitas Unidades de Saúde, em Olinda, já realizarem a notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, faz-se necessário esclarecer dúvidas sobre os desdobramentos dos casos e desvendar os mitos acerca desse tema, além de conscientizar os profissionais sobre a importância da notificação dos casos.

Além disso, é fundamental que as informações coletadas sejam qualificadas. As atividades para qualificação e utilização dos dados relacionados à violência são pouco desenvolvidas em Olinda, sendo estas de fundamental importância para que as informações sejam as mais fidedignas possíveis. É sabido que os dados coletados nas Unidades de Saúde através da ficha de notificação/investigação são, em sua maioria, incompletos ou inconsistentes, demonstrando desinteresse dos profissionais de saúde em relação as ações de vigilância epidemiológica. As informações oferecem subsídios para o exercício das funções gestoras, tanto as relacionadas à atenção individual, às ações coletivas e à administração de unidades quanto ao sistema de saúde como um todo<sup>37</sup>. Quanto melhor a qualidade da informação, maior o seu potencial de aplicação na formulação de políticas, ações e avaliação das intervenções<sup>38</sup>.

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Alguns países investem recursos consideráveis em atividades que visem garantir a qualidade dos dados, incluindo capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados, além de um monitoramento regular dos dados disponibilizados pelos sistemas<sup>39</sup>. Atividades como a elaboração de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidades) dos dados é uma atividade essencial para tentarmos obter informações mais qualificadas. Laguardia et al.<sup>40</sup> acreditam que a deficiência na qualidade dos dados se dá porque a maioria dos profissionais consideram o preenchimento do instrumento de notificação uma atividade meramente burocrática. Nesse sentido, a rotina de

retroalimentação das informações em relação aos desdobramentos dos casos notificados pelo nível central da SMS para as RS e pelas RS para as Unidades notificadoras, pode melhorar a qualidade dos dados.

Também é necessário disseminar a informação para conhecimento dos profissionais de saúde e para população. Em Olinda, a elaboração e distribuição desses materiais é realizada com pouca frequência, e os relatórios de seguimento na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência não são elaborados em nenhum dos níveis analisados. O monitoramento contínuo da mortalidade e da morbidade por causas externas, mediante a produção e a disseminação de dados confiáveis e oportunos, é fundamental para nortear as ações e estratégias direcionadas para tal problema<sup>41</sup>. Portanto, recomenda-se a elaboração e disseminação de materiais informativos sobre as violências, inclusive descrevendo as informações contidas nos sistemas de informação, visto que estes materiais são necessários para o conhecimento da realidade diagnóstica local e auxiliam na tomada de decisão, no planejamento e execução de medidas de prevenção.

Além disso, a articulação e estruturação da rede de atenção e proteção integral às pessoas em situação de violência e o reconhecimento dessa rede pelos atores constitui um dos caminhos necessários para propor e operacionalizar as ações de prevenção e enfrentamento à violência. No município de Olinda, os encaminhamentos para a rede de proteção às pessoas em situação de violência, em sua maioria, são realizados pela área técnica do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Isto pode ocorrer por falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a rede de serviços de proteção existentes no município. O VIVA-contínuo além de atender às leis e portarias referentes a notificação obrigatória de violência contra a criança, adolescente, mulher e pessoa idosa, estimula os serviços de saúde a estarem atentos para detectar, acolher e encaminhar os casos atendidos, facilitando o acesso à rede de apoio e proteção às vítimas de violência<sup>41</sup>.

Silva e Falbo Neto<sup>42</sup>, afirmaram que a organização de uma rede de saúde é uma das condições necessárias à prestação de assistência de qualidade. A prestação de atendimento às vítimas de acidentes e violências é hoje um dos pontos mais problemáticos do sistema de atenção, pois requer a reestruturação e a reorganização específica da rede do Sistema Único de Saúde, tradicionalmente orientada para os problemas materno-infantis e biomédicos<sup>43</sup>.

De acordo com Barreira et al<sup>44</sup>, as recentes políticas públicas norteadoras para o atendimento às vítimas de acidentes e violência objetivam tal reestruturação e reorganização, com destaque para a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)<sup>45</sup>, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência<sup>46</sup> e a Política Nacional de Atenção às Urgências<sup>47</sup>. Segundo diretrizes da PNRMAV, a rede prestadora de serviços de saúde deve ser numericamente satisfatória, possuir equipamentos e insumos necessários, adequados e suficientes para fazer frente a essa realidade. Do ponto de vista organizacional, os serviços devem ser diferenciados para o atendimento por nível de complexidade, ser distribuídos de modo descentralizado e hierarquizado, possuir recursos humanos em número suficiente e capacitados em relação à temática, prestar atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar. Finalmente, devem estar articulados intra e intersetorialmente e desenvolver atividades de prevenção dos acidentes e violências e promoção da saúde e ambientes saudáveis<sup>45</sup>.

É fundamental instituir e multiplicar redes de apoio, estimular que se constituam grupos de auto-ajuda onde as vítimas de violência recuperem, através de sua própria história, sua auto-estima e confiança, sendo capazes de reconhecer seus próprios recursos para superar o problema. Isto significa introduzir uma cultura de autocuidado. E também desenvolver ações de prevenção que devem evitar que a violência intrafamiliar se perpetue de geração em geração, buscando romper sua continuidade naqueles casais ou famílias que tenham iniciado o seu ciclo. Também promover alternativas de organização social e familiar que incorporem a igualdade de seus membros, fortalecendo a autonomia e autoestima. Para alcançar este objetivo é necessário criar ou fortalecer espaços de atenção às vítimas de violência, com equipes multidisciplinares que prestem atendimento clínico às lesões físicas, assistência psicológica individual e familiar, e também assistência social e legal<sup>48</sup>.

O enfrentamento da violência deve ser feito a partir do entendimento de que se trata de um problema cuja complexidade supera uma ação setorial isolada e que para ter sucesso precisa contemplar ações intersetoriais que envolvam um trabalho integrado de vários segmentos como saúde, educação, segurança pública, poder judiciário, sociedade civil, dentre outros<sup>31</sup>. A política de prevenção deve atingir, sensibilizando e capacitando, todos os atores que tenham contato com pessoas vítimas de violência nas diferentes etapas do processo. Isto inclui os profissionais de saúde, os agentes policiais, membros do Poder Judiciário, psicólogos e assistentes sociais.

Em relação a execução e efetividade das medidas de prevenção das violências e promoção da saúde e cultura de paz, o envolvimento da comunidade é fundamental para o sucesso das ações, não só pelo controle social formal, com a participação dos conselhos de saúde, mas especialmente pela adoção de uma ação efetiva, focalizando o “empoderamento” e o “protagonismo” por parte dos atores envolvidos, objetivando transformá-los em sujeitos das intervenções por meio da participação ativa na definição das prioridades, implementação das ações e avaliação dos resultados<sup>31</sup>. A orientação das pessoas em situação de violência e o encaminhamento dos casos são atividades importantes para o enfrentamento e prevenção das violências. Portanto, salienta-se a importância da estruturação, articulação e divulgação da rede de serviços de atenção e proteção às pessoas em situação de violência, objetivando a melhoria da assistência, tentando garantir seus direitos e sua proteção.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Considerando os resultados obtidos com a aplicação dos questionários no município de Olinda, estes podem se constituir em importantes instrumentos para avaliação e qualificação das informações sobre o VIVA-contínuo, sendo de fácil entendimento pelos entrevistados e permitindo a obtenção de informações sobre os componentes do sistema de maneira rápida e clara.

Foi observado que em todos os níveis de análise, o VIVA-contínuo foi considerado parcialmente implantado, sendo que a maioria dos profissionais de saúde conhecem a importância da vigilância das violências e executam as atividades necessárias para a prevenção das violências e promoção da saúde e cultura de paz.

Dessa forma, conclui-se que:

- Em relação à estrutura, destacou-se a ausência de normatização sobre o VIVA-contínuo, quando estes instrumentos são essenciais para o esclarecimento de dúvidas e definição das atividades a serem realizadas na vigilância das violências.
- Em relação ao processo, no componente “gestão do VIVA”, destacou-se as atividades de monitoramento e avaliação, que apesar dos profissionais de saúde conhecerem a importância dessas ações para a melhoria da qualidade da assistência às pessoas em situação de violência, não são executadas com regularidade. No componente “produção e disseminação da informação”, observou-se que ainda são poucas as Unidades de Saúde que realizam a notificação compulsória da violência. Contudo, os dados que são coletados precisam ser qualificados para que essas informações possam ser disseminadas fidedignamente. Foi verificado que estas atividades de análise de dados e disseminação da informação são executadas com pouca frequência em todos os níveis de análise do estudo. E no componente “orientação e encaminhamentos”, destacou-se que estas atividades são centralizadas no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, porém algumas Unidades de Saúde realizam alguns encaminhamentos.

Sendo assim, nota-se que apesar dos avanços ocorridos na vigilância das violências desde a sua implantação em 2006, este sistema ainda necessita de investimentos tanto relacionados a estrutura como também à algumas atividades para

que o VIVA-contínuo seja executado de acordo com a normatização e, conseqüentemente, a assistência às pessoas em situação de violência seja mais eficiente e eficaz.

Ressalta-se a importância da articulação intra e intersetorial, sendo a violência um agravo complexo e de múltiplas causas, é necessária a estruturação de uma rede de atenção e proteção multidisciplinar para assistência e apoio às pessoas em situação de violência, assim como o enfrentamento das violências e promoção da saúde e cultura de paz.

Portanto, recomenda-se:

- A disponibilização de normas e técnicas sobre a vigilância das violências, além de materiais educativos e de expediente, que são necessários para a execução das atividades de prevenção das violências e promoção da saúde e cultura de paz.
- A necessidade de regularidade na execução das atividades de monitoramento e avaliação, visando a identificação de possíveis entraves na execução das atividades do VIVA-contínuo para que sejam eliminados e os resultados esperados sejam alcançados.
- A contínua capacitação dos profissionais de saúde em relação a identificação, notificação, tratamento, orientações e encaminhamentos dos casos de violência.
- A identificação dos serviços de proteção às pessoas em situação de violência e divulgação da rede de atenção e proteção.

Finalmente, como contribuição, esse estudo se propõe ainda a publicar os resultados desta avaliação como recurso para fortalecer e dar visibilidade à vigilância das violências e suas contribuições para o enfrentamento do problema em Pernambuco.

## REFERÊNCIAS

1. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde. Orientações para o atendimento a vítimas de violência: guia para profissionais de saúde. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2010.
2. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Dec; 14( 5 ): 1641-1649.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: Vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico de Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2010.
6. Waldman EA, Mello Jorge MH. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(1): 71-79.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Moraes NOL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007 Mar; 16( 1 ): 45-55.
9. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre La Violencia y La Salud: resumen. Washington. DC: OMS, 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: Vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: Vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

13. Dubois CA, Champagne F, Bilodeau H. Histórico da avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
14. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
15. Champagne F, Hartz Z, Brousselle A, Contandriopoulos AP. A apreciação normativa. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
16. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
17. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz, ZMA; Vieira-da-Silva LM, org. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
18. Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
19. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
20. Rowan MS. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. Canadian Journal of Program Evaluation, v. 15, n.2, 2000.
21. ANAES – Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation em Santé. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation em France. Paris: ANAES, 1999.
22. Souza LEPF, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA; Vieira-da-Silva LM, org. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
23. Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCA, Dubeux LS. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. de (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.

24. Olinda. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Olinda: Secretaria Municipal de Saúde de Olinda; 2009.
25. Donabedian A. Measuring and evaluating hospital and medical care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*: v.52, n. 1; 1976.
26. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz, ZMA, Vieira-da-Silva LM, org. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
27. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. v. II. *Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press*; 1988.
28. Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, Anderson GM. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Canadian Journal of Public Health*. 2001 Mar-Abr; 92(2).
29. Texeira MG, Risi JJB, Costa MCN. Vigilância epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. *Epidemiologia e saúde*. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
30. Sousa SPO, Mascarenhas MDM, Silva MCB, Almeida RAM. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012 Set; 21(3): 465-474.
31. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas. Brasília: CONASS, 2008.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
34. Souza ER, Minayo MCS, Silva CMFP, Reis AC, Malaquias JV, Veiga JPC, et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: Minayo MCS, Souza ER. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
35. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2013 Set; 22(3): 403-412.

36. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*. 2007 June; 41( 3 ): 472-477.
37. Mota E, Carvalho DMT. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol, MZ, Almeida FN. *Epidemiologia e saúde*. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
38. Mota E, Almeida MF, Viacava F. O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos. In: Almeida FN, Barreto ML. (org.) *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
39. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Out; 25(10): 2095-2109.
40. Laguardia J, Domingues CMA, Carvalho C, Lauerman CR, Macário E, Glatt R. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2004; 13( 3 ): 135-14.
41. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG et al . A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 11( Suppl ): 1269-1278.
42. Silva MA, Falbo Neto GH. Caracterização da rede local de serviços de atendimento às vítimas de acidentes e violências. In: Lima, MLC. Falbo Neto GH. (org.) *Avaliação da política nacional de morbimortalidade por acidentes e violências, nos municípios de Pernambuco com mais de 100.000 habitantes*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.
43. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CRB, Sampaio F, Krempel M, Cavalcanti ML, et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11( Suppl ): 1279-1290.
44. Barreira AK, Lima MLC, Lima MLLT, Silva MA, Acioli RML. Análise da implantação da rede de serviços hospitalares, segundo os eixos das diretrizes da PNRMAV. In: Lima MLC, Falbo Neto GH. *Avaliação da política nacional de morbimortalidade por acidentes e violência, nos municípios de Pernambuco com mais de 100.000 habitantes*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2012.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*; 2002.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

# ANEXOS

**ANEXO 1 – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda****PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**  
**Secretaria de Saúde****CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE**

Carta nº 20/ 2012

Olinda, 06 de julho de 2012.

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação da estudante, **Priscilla de Souza Lima**, responsável técnico pela pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA), COMPONENTE CONTÍNUO, NO NÍVEL MUNICIPAL**, resolve autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

  
D/ **TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA**  
Secretária Municipal de Saúde

Rua do Sol, nº 311 - Carmo—Olinda/PE-CEP 53.120 –Telefone:8133051100.

**ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3168-12 intitulado “**Avaliação da implantação da vigilância de violência e acidentes (viva), componente contínuo, no nível municipal.**” Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Priscilla de Souza Lima** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 12 de setembro de 2012

Recife, 13 de setembro de 2012

  
**Dr. José Eulálio Cabral Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67  
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64  
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1  
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista  
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550  
PABX: (81) 2122.4100  
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393  
e-mail: imip@imip.org.br  
www.imip.org.br

## ANEXO 3 – Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação			
	2 Agravo/doença <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Dados Complementares</b>					
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

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

# APÊNDICES

**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Priscilla de Souza Lima, o(a) convido para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA), COMPONENTE CONTÍNUO, NO NÍVEL MUNICIPAL”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde , pertencente ao Programa de Pós-graduação Strictu Senso em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo avaliar a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes, componente contínuo, no nível municipal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da técnica de consenso e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados.

A sua participação será por meio de um questionário que o(a) senhor(a) deverá responder. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos.

Os resultados serão avaliados pela mestrandia e qualquer dúvida em relação a este trabalho, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81)9904.5151 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pelo telefone (81)2122.4756.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Olinda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

---

Nome do entrevistado

---

Nome do entrevistador

### Apêndice B – Modelo lógico do VIVA-contínuo, em nível municipal, 2013

Componente: Gestão do VIVA						
Objetivos: Melhorar a qualidade do VIVA, por meio do monitoramento e avaliação das ações e indicadores; da articulação intra e intersetorial e de ações de educação permanente						
Recursos	Subcomponentes	Atividades	Produtos	Resultados de curto prazo	Resultados de médio prazo	Resultado final (Impacto)
<b>Recursos humanos:</b> equipe multiprofissional de saúde e equipe de vigilância em saúde/VIVA, equipe de atenção à saúde e dos serviços de proteção social  <b>Recursos materiais:</b> espaço físico, equipamentos de informática, telefone, materiais de consumo, materiais impressos, ficha de notificação/ Investigação, instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação  <b>Recursos financeiros</b>  <b>Recursos organizacionais:</b> normas, fluxos e protocolos	<b>Monitoramento e Avaliação</b>	Elaboração de matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do SINAN e de processo para monitoramento do VIVA	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do SINAN e de processo elaborada	Identificação de fragilidades e potencialidades do VIVA, contribuindo na tomada de decisão	Melhoria da informação sobre as violências interpessoais e autoprovocadas, propiciando o desencadeamento de medidas de proteção às pessoas em situação de violência	Aumento do conhecimento sobre as violências contribuindo para a redução da morbimortalidade por este agravo
		Disponibilização da matriz com indicadores epidemiológicos, operacionais do SINAN e de processo para monitoramento do VIVA	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do SINAN e de processo disponibilizada			
		Pactuação das metas com os Distritos Sanitários e unidades de saúde	Metas pactuadas			
		Monitoramento sistemático do sistema VIVA	Monitoramento realizado pelo menos trimestralmente			
	<b>Articulação Intra e Intersectorial</b>	Identificação da rede de serviços de saúde e de proteção social que tenham envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência	No mínimo, 1 serviço de referência para atenção à saúde, delegacia e conselho tutelar identificados	Aumento do conhecimento quanto ao número de serviços de atenção à saúde e de proteção	Rede de atenção e proteção social às pessoas em situação de violência formada e atuando de forma oportuna, garantindo e protegendo a saúde e os direitos humanos das vítimas	
		Realização de encontros com a rede articulada para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersectoriais para prevenção da violência	Pelo menos 1 encontro realizado ao ano com 90% dos serviços identificados	Formação de rede de atenção à saúde e proteção social às pessoas em situação de violência		
		Execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	Medidas executadas			
	<b>Educação permanente</b>	Capacitação dos profissionais das ESF e NASF quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar, a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção	Pelo menos 1 profissional de saúde de cada ESF e de cada NASF capacitados nos últimos 3 anos	Aumento da capacidade técnica dos profissionais capacitados a desenvolver com	Aumento e melhoria no diagnóstico e notificação/investigação dos casos suspeitos ou	

	Capacitação dos profissionais das unidades tradicionais, policlínicas, hospitais, maternidades, CAPS e UPA quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento/orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	Pelo menos 1 profissional de cada serviço capacitado nos últimos 3 anos	qualidade as atividades relacionadas à vigilância, prevenção, promoção e atenção às pessoas em situação de violência	confirmados de violência  Melhoria do acolhimento, orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência à rede de atenção e proteção social	
	Capacitação dos gestores e técnicos dos DS e dos NVEAH responsáveis pelo VIVA	Pelo menos 1 gestor ou técnico dos DS e VEH treinados nos últimos 3 anos			
	Capacitação de profissionais da rede de proteção	Pelo menos 1 profissional de cada serviço de proteção que compõe a rede capacitado nos últimos 3 anos			

Componente: Produção e Disseminação da informação						
Objetivos: Produzir e disseminar informações de qualidade sobre o perfil, magnitude e tendência das violências interpessoais e autoprovocadas sistemática e oportunamente						
Recursos	Subcomponentes	Atividades	Produtos	Resultados de curto prazo	Resultados de médio prazo	Resultado final (Impacto)
<b>Recursos humanos:</b> equipe multiprofissional de saúde e equipe de vigilância em saúde/VIVA, equipe de atenção à saúde e dos serviços de proteção social  <b>Recursos materiais:</b> espaço físico, equipamentos de informática, telefone, materiais de consumo, materiais impressos, ficha de notificação/ Investigação, instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação caderno de análise  <b>Recursos financeiros</b>	Notificação	Notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violências interpessoais e autoprovocadas de forma contínua e com qualidade por todos os serviços de saúde públicos e privados	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados	Aumento do número de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência	Aumento das informações sobre o perfil e comportamento das diversas formas de manifestação das violências interpessoais e autoprovocadas	Aumento do conhecimento sobre as violências, contribuindo para a redução da morbimortalidade por este agravo
		Busca ativa de casos de violência	Busca ativa realizada			
		"Investigação" de casos pela unidade de saúde ou pelo DS/SMS, quando a unidade não realizar*.	Investigação de casos realizada			
	Processamento e análise dos dados	Realização de crítica aos dados da ficha de notificação/investigação pela US (consistência e completitude)	Crítica das fichas realizada antes do envio das mesmas ao DS/SMS	Melhoria da qualidade das informações sobre violências interpessoais e autoprovocadas  Aumento do conhecimento sobre o perfil das violências interpessoais e autoprovocadas	Informações subsidiando a tomada de decisão e o redirecionamento das ações	
		Realização de crítica aos dados da ficha de notificação/investigação pelo DS e/ou SMS (consistência e completitude), a depender das particularidades locais	Crítica das fichas realizada antes da digitação no Sinan			
		Realização de crítica dos dados digitados no Sinan, módulo violência (consistência, completitude e duplicidade) pelo DS e/ou SMS, utilizando o Caderno de Análise (produzido pelo MS) e/ou o instrutivo elaborado pela própria	Pelo menos 1 relatório produzido semestralmente			

<b>Recursos organizacionais:</b> normas, fluxos e protocolos		SMS com normas e rotinas para tal análise						
		Análise dos bancos de dados relativos à violência do Sinan, SIM, SIH	Dados do Sinan analisados semestralmente e do SIM e SIH anualmente					
		Retroalimentação da informação criticada pelo DS/SMS à US/DS	Retroalimentação realizada mensalmente para 100% dos DS e US que realizam a notificação					
	<b>Disseminação da informação</b>	Produção e distribuição de informativo ou boletim epidemiológico	Pelo menos 1 informativo ou boletim produzido ao ano	Informativo/boletim distribuído pelo menos 1 vez ao ano para todos os serviços de saúde e parceiros	Aumento do conhecimento sobre o perfil e das violências interpessoais e autoprovocadas	Profissionais da rede com conhecimento adequado para encaminhar as pessoas em situação de violência para a rede de atenção e proteção	Maior sensibilização e mobilização dos profissionais de saúde quanto ao enfrentamento e encaminhamento dos casos de violência	
			Elaboração e distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento das pessoas em situação de violência					Material instrutivo elaborado/reproduzido pelo menos a cada 3 anos
		Elaboração e distribuição de relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada unidade de saúde	Pelo menos 1 relatório elaborado mensalmente	Pelo menos 1 relatório distribuído mensalmente	Aumento do conhecimento sobre a continuidade da atenção à pessoa em situação de violência na rede de atenção e proteção	Profissionais de saúde informados quanto ao acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento das pessoas em situação de violência	Aumento do número de pessoas em situação de violência encaminhadas à rede de atenção e proteção	Aumento do número de notificações e melhoria da assistência às pessoas em situação de violência interpessoal ou autoprovocada
			Elaboração e distribuição, em conjunto com a equipe de atenção à saúde, de material educativo contemplando informações quanto ao acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento das pessoas em situação de violência	Pelo menos 1 material educativo elaborado/reproduzido pelo menos 1 vez ao ano				
Realização de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz	Pelo menos 1 campanha realizada por ano		Aumento do conhecimento sobre a população informada quanto às formas de prevenção da violência e praticando a cultura de paz		Maior sensibilização e mobilização da população quanto ao enfrentamento da violência			

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

<b>Componente: Orientações e encaminhamentos</b>						
<b>Objetivos: Garantir a continuidade da assistência e apoio às pessoas em situação de violência</b>						
<b>Recursos</b>	<b>Subcomponentes</b>	<b>Atividades</b>	<b>Produtos</b>	<b>Resultados de curto prazo</b>	<b>Resultados de médio prazo</b>	<b>Resultado final (Impacto)</b>
<b>Recursos humanos:</b> equipe multiprofissional de saúde e equipe de vigilância em saúde/VIVA, equipe de atenção à saúde e dos serviços de proteção social  <b>Recursos organizacionais:</b> normas, fluxos e protocolos	----	Orientação das mulheres em situação de violência, por parte dos serviços de saúde ou da SMS, quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	Aumento do número de pessoas em situação de violência assistidas pela rede de proteção social	Garantia de direitos e proteção às pessoas em situação de violência	Aumento do conhecimento sobre as violências, contribuindo para a redução da morbimortalidade por este agravo
		Comunicação ao Conselho Tutelar, em caso de violência contra criança ou adolescente, por parte dos serviços de saúde ou da SMS	Casos de violência contra crianças e adolescentes comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar			
		Comunicação ao Ministério Público, Delegacias ou Conselho de Direitos, em caso de violência contra idoso, por parte dos serviços de saúde ou da SMS	Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à pelo menos um serviço de proteção			



**Apêndice C – Relação nominal das unidades de saúde estudadas por nível de complexidade de atenção à saúde, tipo de unidade e Região de Saúde**

Nível de complexidade de atenção à saúde	Tipo de unidade de saúde	Região de Saúde	Nome da Unidade de Saúde
Atenção Primária	Unidade de Saúde da Família	I	USF Alto da Bondade 1
			USF Alto da Bondade 2
			USF Alto do Sol Nascente
			USF Caixa D'água 1
			USF Caixa D'água 2
			USF Ouro Preto
			USF Passarinho
			USF Torres Galvão
		USF 7º RO	
		II	USF Águas Compridas 1 e 2
			USF Águas Compridas 3
			USF Alto da Conquista 1 e 2
			USF Alto Nova Olinda
			USF Base Rural
			USF Jardim Brasil 2
			USF Jardim Brasil 5
			USF Sapucaia 1
		USF Sapucaia 2 e 3	
		III	USF Azeitona 1
			USF Azeitona 2
			USF Cohab Peixinhos 1, 2 e 3
			USF Salgadinho/Sítio Novo 1 e 2
			USF Vila Manchete
			USF Vila Popular
		IV	USF Vila Tamandaré
			USF Alto da Mina
			USF Bonsucesso 1 e 2
			USF Bultrins
			USF Bultrins Monte 2
			USF Ilha do Maruim
			USF Jardim Fragoso 1 e 2
			USF Varadouro 1 e 2
		USF Vila São Bento	
		V	USF Amaro Branco
			USF Beira Mangue 1 e 2
USF Ilha de Santana 1			
USF Ilha de Santana 2			
USF Jardim Atlântico			
USF 5ª Etapa Rio Doce			
Média Complexidade	Centro de Saúde	IV	Centro de Saúde Jardim Fragoso
	SPA	III	SPA 1
	UPA	II	UPA Olinda
	Policlínica	I	Policlínica São Benedito
		III	Policlínica Martagao Gesteira
			Policlínica Peixinhos
		IV	Policlínica Barros Barreto
			Policlínica Ouro Preto
		V	Policlínica da Mulher
	Policlínica Rio Doce		
Maternidade	II	Maternidade Brites de Albuquerque	
Hospital	V	Hospital Tricentenário	

**Apêndice D – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nas Unidades de Saúde sem Setor de Vigilância Epidemiológica**

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Distrito Sanitário:** \_\_\_\_\_

**Nome da Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Nível de complexidade da unidade:** ( )Aten. Básica ( )Média Compl. ( )Alta compl.

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Fone:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Formação:** \_\_\_\_\_

**Setor/Serviço que atua:** \_\_\_\_\_

**Tempo no serviço:** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_

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

**Dimensão: Estrutura**

**A – Recursos humanos**

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

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

Nível médio; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível médio; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível médio; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

1.2. Quais são essas ações?

---

---

---

---

---

**B – Insumos e materiais de expediente**

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

4.2 Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros Quais? \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

### **C – Normatização do VIVA**

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

SIM  NÃO

- 6.1. Qual(is)?

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

- 7.1 Qual(is)?

---

---

---

---

---

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

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

SIM  NÃO

- 8.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

- 8.2 Cite algumas dessas medidas.

---

---

---

---

---

- 8.3 Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM  NÃO

- 8.4 Quais medidas e com quais setores?

---

---

---

---

---

**E - Notificação**

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

SIM  NÃO

9.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

10.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

10.2 Como essa busca ativa é feita?

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

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

11.2. Desses, quantos são investigados? \_\_\_\_\_

11.3. Como essa investigação é feita?

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

#### **F – Processamento e análise dos dados**

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

SIM  NÃO

13.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente  
 Semanalmente  
 Quinzenalmente  
 Mensalmente  
 Outras Qual? \_\_\_\_\_

### G – Disseminação da informação

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

- SIM  NÃO

14.1 Quantas vezes ao ano?

- 1  2  3  4 ou mais

### H – Orientação e encaminhamentos

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

---

---

---

---

---

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

- SIM  NÃO

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

- SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

17.2. Quais?

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

**Apêndice E – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nas Unidades de Saúde com Setor de Vigilância Epidemiológica**

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Distrito Sanitário:** \_\_\_\_\_

**Nome da Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Nível de complexidade da unidade:** ( ) Aten. Básica ( ) Média Compl. ( ) Alta compl.

**Nome do setor responsável pela vigilância epidemiológica na unidade:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Fone:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Formação:** \_\_\_\_\_

**Setor/Serviço que atua:** \_\_\_\_\_

**Tempo no serviço:** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_

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

**Dimensão: Estrutura**

**A – Recursos humanos**

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

SIM  NÃO

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

Nível médio; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível médio; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível médio; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

1.2 Quais são essas ações?

---

---

---

---

---

**B – Insumos e materiais de expediente**

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

6.2 Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros Quais? \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

### C – Espaço físico

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

SIM  NÃO

### D – Materiais permanentes

9. Possui computador?

SIM  NÃO

9.1. Se sim,

Com gravador de cd n° de computadores: \_\_\_\_\_

Com acesso à internet n° de computadores: \_\_\_\_\_

Com Sinan instalado n° de computadores: \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

10.1 Quantas impressoras funcionando?

1  2  3  4 ou mais

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

SIM  NÃO

11.1 Quantos telefones disponíveis e funcionando?

1  2  3  4 ou mais

#### **E – Normatização do VIVA**

12. Existe lei/portaria/normas nacional sobre o VIVA disponível para consulta na

SIM  NÃO

12.1 Qual(is)?

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

13.1 Qual(is)?

---

---

---

**Dimensão: Processo****F - Monitoramento e avaliação**

14. A unidade realiza o monitoramento sistemático de indicadores relacionados à

SIM  NÃO

14.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

14.2 Quais indicadores?

---

---

---

---

---

**G – Articulação intra e intersetorial**

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

SIM  NÃO

15.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

15.2 Cite algumas dessas medidas.

---

---

---

---

---

15.3 Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM  NÃO

15.4 Quais medidas e com quais setores?

---

---

---

---

---

## H - Notificação

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

SIM  NÃO

16.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

17.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

17.2 Como essa busca ativa é feita?

---

---

---

---

---

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

- SIM  NÃO

18.1 Em média, quantos casos são notificados no mês? \_\_\_\_\_

18.2 Desses, quantos são investigados? \_\_\_\_\_

18.3 Como essa investigação é feita?

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

### I – Processamento e análise dos dados

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

SIM  NÃO

20.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

### J – Disseminação da informação

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

SIM  NÃO

21.1 Quantas vezes ao ano?

1

2

3

4 ou mais

**N – Orientação e encaminhamentos**

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

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

24.2 Quais?

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

**Apêndice F – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo nos Distritos Sanitários**

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **DS:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Fone:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Formação:** \_\_\_\_\_

**Tempo no serviço:** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_

**Carga horária (cargo):** \_\_\_\_\_

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

**Dimensão: Estrutura**

**A – Recursos humanos**

1. Existem profissionais de saúde que realizam ações do VIVA?

SIM  NÃO

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

Nível médio; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível médio; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível médio; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

Nível superior; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

1.2 Quais são essas ações?

---

---

---

---

---

**B – Insumos e materiais de expediente**

2. O distrito sanitário possui fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

SIM  NÃO

2.1 As fichas de notificação/investigação são em quantidade suficiente para distribuir para todas as unidades de saúde?

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

4. O distrito sanitário possui instrutivo de análise crítica de dados de violência disponível?

SIM  NÃO

5. Existe um instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência (epidemiológicos, operacionais e de processo do VIVA)?

SIM  NÃO

5.1 Qual(is) indicadores?

---

---

---

---

---

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

SIM  NÃO

6.1 Os materiais são em quantidade e tipo (ex.: cartaz, folder) suficiente para atender à demanda de todas as unidades de saúde do distrito sanitário?

SIM  NÃO

6.2 Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros      Quais? \_\_\_\_\_

6.3 Como é feita a distribuição desses materiais para as unidades de saúde?

---

---

---

---

---

7. O Distrito Sanitário possui materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd)?

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

### C – Espaço físico

8. O distrito possui uma sala para a vigilância epidemiológica?

SIM  NÃO

### D – Materiais permanentes

9. Possui computador?

SIM  NÃO

9.1. Se sim,

Com gravador de cd      nº de computadores: \_\_\_\_\_

Com acesso à internet      nº de computadores: \_\_\_\_\_

Com Sinan instalado      nº de computadores: \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

10.1 Quantas impressoras funcionando?

1     2     3     4 ou mais

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

SIM  NÃO

11.1 Quantos telefones disponíveis e funcionando?

1     2     3     4 ou mais

**E – Normatização do VIVA**

12. Existe lei/portaria/norma nacional sobre o VIVA disponível para consulta no distrito sanitário?

SIM  NÃO

12.1 Qual(is)?

---

---

---

---

---

13. Existe alguma normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA (ex.: orientação sobre o fluxo na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência) disponível para consulta no distrito sanitário?

SIM  NÃO

13.1 Qual(is)?

---

---

---

---

---

**Dimensão: Processo****F - Monitoramento e avaliação**

14. O distrito sanitário distribui instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência para as unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica?

SIM  NÃO

14.1 Quais indicadores são contemplados nesse instrumento?

---

---

---

---

---

14.2. A distribuição é feita para quantas unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica?

Nº US: \_\_\_\_\_

15. O distrito realiza a pactuação das metas dos indicadores relacionados à violência com as unidades de saúde?

SIM  NÃO

15.1 Quais indicadores?

---

---

---

---

---

16. O distrito realiza o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à violência?

SIM  NÃO

16.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

16.2 Quais indicadores?

---

---

---

---

**G – Articulação intra e intersetorial**

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

SIM  NÃO

17.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

17.2 Cite algumas dessas medidas.

---

---

---

---

17.3 Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM  NÃO

17.4 Quais medidas e com quais setores?

---

---

---

---

---

**H – Educação permanente**

18. Realiza capacitação dos profissionais de saúde quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção?

SIM  NÃO

18.1 Quais e quantos serviços foram capacitados nos últimos 3 anos?

<input type="checkbox"/> ESF	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> NASF	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> Setor de V.E das US	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> Unidades tradicionais	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> Policlínicas	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> Hospitais	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> Maternidades	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> CAPS	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> UPA	nº de serviços: _____
<input type="checkbox"/> Outros	nº de serviços: _____

18.2 Quais categorias profissionais foram capacitadas?

---



---



---



---



---

**I - Notificação**

19. Esse distrito sanitário notifica casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM  NÃO

19.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

20. Realiza investigação (resgate de informações) dos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificados quando a unidade de saúde não faz isso e é necessária (variáveis incompletas e inconsistentes)?

- SIM  NÃO

20.1 Em média, quantos casos são notificados no mês? \_\_\_\_\_

20.2 Desses, quantos são investigados? \_\_\_\_\_

20.3 Como essa investigação é feita?

---

---

---

---

---

21. Quais dificuldades são encontradas no processo de notificação e investigação?

---

---

---

---

---

**J – Processamento e análise dos dados**

22. Realiza crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude antes de digitar os dados no Sinan (caso o distrito sanitário digite) ou antes de enviar as fichas para o nível central da SMS (caso o distrito não digite)?

SIM  NÃO

22.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

23. Elabora relatório de análise crítica dos dados (consistência, completude e duplicidade), quando a digitação é feita no distrito sanitário)?

SIM  NÃO

23.1 Qual a periodicidade?

Mensalmente

Trimestralmente

Semestralmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

24. Realiza análise dos dados epidemiológicos relativos à violência?

SIM  NÃO

24.1. A partir de qual sistema de informação?

SINAN

SIM

Outro \_\_\_\_\_

24.2 Qual a periodicidade para cada sistema de informação?

- Mensalmente Sistema: \_\_\_\_\_
- Trimestralmente Sistema: \_\_\_\_\_
- Semestralmente Sistema: \_\_\_\_\_
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

25. Realiza retroalimentação das fichas criticadas para as unidades de saúde?

- SIM  NÃO

25.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

## L – Disseminação da informação

26. Elabora informativos/boletins epidemiológicos?

- SIM  NÃO

26.1 Quantos ao ano?

- 1  2  3  4 ou mais

27. Distribui os informativos/boletins epidemiológicos?

- SIM  NÃO

27.1 Quantas vezes ao ano?

- 1  2  3  4 ou mais

## 27.2 Para quais serviços e quantos?

- Serviços de Saúde Nº \_\_\_\_\_
- Equipes da gestão municipal de saúde Nº \_\_\_\_\_
- Secretarias parceiras Nº \_\_\_\_\_
- Outros serviços integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência  
Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 28. Distribui material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento dos casos de violência para as unidades de saúde?

- SIM  NÃO

## 28.1 Para quantas unidades de saúde? \_\_\_\_\_

## 28.2 Qual a periodicidade?

- Anualmente
- Bienalmente
- Trienalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

## 29. Elabora relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em cada unidade de saúde?

- SIM  NÃO

## 29.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

30. Distribui relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências para as unidades de saúde que notificam?

SIM  NÃO

30.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

30.2. Para quantas unidades de saúde? \_\_\_\_\_

31. Distribui material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência para as unidades de saúde?

SIM  NÃO

31.1 Quantas vezes ao ano?

1  2  3  4 ou mais

31.2. Para quantas unidades de saúde? \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

32.1 Quantas vezes ao ano?

1  2  3  4 ou mais

**N – Orientação e encaminhamentos**

33. O distrito sanitário orienta as mulheres em situação de violência quanto aos seus direitos e aos serviços da rede de proteção aos quais podem recorrer quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM  NÃO

34. O distrito sanitário comunica os casos de violência contra criança e adolescente pelo menos ao Conselho Tutelar quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM  NÃO

34.1 Se não, o distrito sanitário comunica os casos de violência contra criança e adolescente a outros órgãos quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM  NÃO

34.2 Quais?

---

---

---

---

---

35. O distrito sanitário comunica os casos de violência contra pessoas idosas à autoridade policial, ministério público ou conselho do idoso quando a unidade de saúde não faz isso?

SIM  NÃO

**Apêndice G – Questionário utilizado para a identificação da estrutura e do processo no Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde**

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Fone:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Formação:** \_\_\_\_\_

**Tempo no serviço:** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_

**Carga horária (cargo):** \_\_\_\_\_

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

**Dimensão: Estrutura**

**A – Recursos humanos**

1. Existe gerente de Vigilância Epidemiológica?

SIM  NÃO

1.1 Qual nível de escolaridade e carga horária semanal?

Nível médio; 20h semanais

Nível médio; 30h semanais

Nível médio; 40h semanais

Nível superior; 20h semanais

Nível superior; 30h semanais

Nível superior; 40h semanais

2. Existem profissionais de saúde que realizam ações do VIVA?

SIM  NÃO

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

- Nível médio; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_
- Nível médio; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_
- Nível médio; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_
- Nível superior; 20h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_
- Nível superior; 30h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_
- Nível superior; 40h semanais      nº de profissionais de saúde: \_\_\_\_\_

2.2 Quais são essas ações?

---



---



---



---



---

## **B – Insumos e materiais de expediente**

3. O nível central da SMS possui fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

- SIM     NÃO

3.1 As fichas de notificação/investigação são em quantidade suficiente para distribuir para todos os distritos sanitários ou unidades de saúde (caso os distritos não distribuam ou a SMS não possua distritos)?

- SIM     NÃO

4. O nível central da SMS possui instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências disponível?

- SIM     NÃO

5. O nível central da SMS possui instrutivo de análise crítica de dados de violência disponível?

SIM  NÃO

6. Existe um instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência (epidemiológicos, operacionais e de processo do VIVA)?

SIM  NÃO

6.1 Qual(is) indicadores?

---

---

---

---

---

7. O nível central da SMS possui materiais educativos (ex.: cartaz, folder) para prevenção da violência?

SIM  NÃO

7.1 Os materiais são em quantidade e tipo (ex.: cartaz, folder) suficiente para atender à demanda de todos os distritos sanitários?

SIM  NÃO

7.2 Quais são esses materiais?

Cartaz

Folder

Outros

Quais? \_\_\_\_\_

7.3 Como é feita a distribuição desses materiais para os distritos sanitários?

---



---



---



---



---

8. O nível central da SMS possui materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd)?

SIM  NÃO

8.1 Os materiais de consumo (ex.: resma de papel, cartucho para impressora, cd) são em quantidades suficientes para atender à demanda do nível central da SMS?

SIM  NÃO

### C – Espaço físico

9. O nível central da SMS possui uma sala para a equipe do VIVA?

SIM  NÃO

### D – Materiais permanentes

10. Possui computador?

SIM  NÃO

10.1. Se sim,

Com gravador de cd      n° de computadores: \_\_\_\_\_

Com acesso à internet      n° de computadores: \_\_\_\_\_

Com Sinan instalado      n° de computadores: \_\_\_\_\_

Com SIM      n° de computadores: \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

11.1 Quantas impressoras funcionando?

1     2     3     4 ou mais

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

SIM  NÃO

12.1 Quantos telefones disponíveis e funcionando?

1  2  3  4 ou mais

### **E – Normatização do VIVA**

13. Existe lei/portaria/norma nacional sobre o VIVA disponível para consulta no nível central da SMS?

SIM  NÃO

13.1 Qual(is)?

---

---

---

---

---

14. Existe alguma normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA (ex.: orientação sobre o fluxo na rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência) disponível para consulta no nível central da SMS?

SIM  NÃO

14.1 Qual(is)?

---

---

---

---

---

**Dimensão: Processo****F - Monitoramento e avaliação**

15. O nível central da SMS elabora instrumento para monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à violência (epidemiológicos, operacionais e de processo do VIVA)?

SIM  NÃO

15.1 Quais indicadores?

---

---

---

---

16. O nível central da SMS distribui instrumento para monitoramento sistemático de indicadores relacionados à violência para os distritos sanitários e para as unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica (quando os distritos não fazem isso)?

SIM  NÃO

16.1 Quais indicadores são contemplados nesse instrumento?

---

---

---

---

16.2. A distribuição é feita para quantos distritos sanitários / unidades de saúde que possuem setor de vigilância epidemiológica?

Nº DS: \_\_\_\_\_

Nº US: \_\_\_\_\_

17. O nível central da SMS realiza a pactuação das metas dos indicadores relacionados à violência com os distritos sanitários?

SIM  NÃO

17.1 Quais indicadores?

---

---

---

---

18. O nível central da SMS realiza o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à violência?

SIM  NÃO

18.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

18.2 Quais indicadores?

---

---

---

---

---

## **G – Articulação intra e intersetorial**

19. O nível central da SMS identifica (mapeia) os serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência?

SIM  NÃO

## 19.1 Quais serviços foram identificados?

- Conselho tutelar
- Conselho da pessoa idosa
- Centro de referência de assistência social – CREAS
- Centro de referência da mulher
- Delegacias especializadas (ex.: Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher)
- Outras delegacias
- Ministério Público
- Outros      Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

20. Realiza encontros com os serviços da rede para pactuação de atribuições de cada serviço e fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência?

SIM     NÃO

## 20.1 Quantos encontros ao ano?

1     2     3     4 ou mais

## 20.2 Com quais serviços realiza os encontros?

- Conselho tutelar
- Conselho da pessoa idosa
- Centro de referência de assistência social – CREAS
- Centro de referência da mulher
- Delegacias especializadas (ex.: Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher)
- Outras delegacias
- Ministério Público
- Outros      Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

21. Executa as medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz?

SIM  NÃO

21.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

21.2 Cite algumas dessas medidas.

---

---

---

---

21.3 Essas medidas são realizadas com outros setores?

SIM  NÃO

21.4 Quais medidas e com quais setores?

---

---

---

---

---

## H – Educação permanente

22. Realiza capacitação dos profissionais de saúde quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência, no território, bem como encaminhar para a rede de atenção e proteção?

SIM  NÃO

## 22.1 Quais e quantos serviços foram capacitados nos últimos 3 anos?

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Distritos sanitários  | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> ESF                   | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> NASF                  | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> Setor de V.E das US   | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> Unidades tradicionais | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> Policlínicas          | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hospitais             | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> Maternidades          | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> CAPS                  | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> UPA                   | nº de serviços: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outros                | nº de serviços: _____ |

Quais? \_\_\_\_\_

## 22.2 Quais categorias profissionais foram capacitadas?

---

---

---

---

---

## 23. Realiza capacitação dos profissionais da rede de proteção em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde?

- SIM  NÃO

23.1 Quais e quantos serviços da rede de proteção capacitados nos últimos 3 anos?

- Conselho tutelar  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Conselho da pessoa idosa  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Centro de referência de assistência social – CREAS  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Centro de referência da mulher  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Delegacias especializadas (ex.: Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente,  
Delegacia de Atendimento à Mulher)  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Outras delegacias  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Ministério Público  
nº de serviços: \_\_\_\_\_
- Outros      Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- nº de serviços: \_\_\_\_\_

### I - Notificação

24. O nível central da SMS notifica casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

- SIM     NÃO

24.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

25. Realiza investigação (resgate de informações) dos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificados quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso e é necessária (variáveis incompletas e inconsistentes)?

SIM  NÃO

25.1 Em média, quantos casos são notificados no mês? \_\_\_\_\_

25.2 Desses, quantos são investigados? \_\_\_\_\_

25.3 Como essa investigação é feita?

---

---

---

---

---

26. Quais dificuldades são encontradas no processo de notificação e investigação?

---

---

---

---

---

**J – Processamento e análise dos dados**

27. Realiza crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude antes de digitar os dados no Sinan, caso o distrito sanitário não digite?

SIM  NÃO

27.1 Qual a periodicidade?

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

28. Elabora relatório de análise criticados dados (consistência, completude e duplicidade)?

SIM  NÃO

28.1 Qual a periodicidade?

Mensalmente

Trimestralmente

Semestralmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

29. Realiza análise dos dados epidemiológicos relativos à violência?

SIM  NÃO

29.1. A partir de qual sistema de informação?

SINAN

SIM

SIH

Outro \_\_\_\_\_

29.2 Qual a periodicidade para cada sistema de informação?

- Mensalmente Sistema: \_\_\_\_\_
- Trimestralmente Sistema: \_\_\_\_\_
- Semestralmente Sistema: \_\_\_\_\_
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

30. Realiza retroalimentação das fichas criticadas para o distrito sanitário?

- SIM  NÃO

30.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

## L – Disseminação da informação

31. Elabora informativos/boletins epidemiológicos?

- SIM  NÃO

31.1 Quantos ao ano?

- 1  2  3  4 ou mais

32. Distribui os informativos/boletins epidemiológicos?

- SIM  NÃO

32.1 Quantas vezes ao ano?

- 1  2  3  4 ou mais

## 32.2 Para quais serviços e quantos?

- Serviços de Saúde Nº \_\_\_\_\_
- Distritos sanitários Nº \_\_\_\_\_
- Equipes da gestão municipal de saúde Nº \_\_\_\_\_
- Secretarias parceiras Nº \_\_\_\_\_
- Outros serviços integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência
- Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 33. Elabora material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento dos casos de violência?

- SIM  NÃO

## 33.1. Qual a periodicidade?

- Anualmente
- Bienalmente
- Trienalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

## 33.2. Esse material já foi elaborado pela secretaria estadual de saúde?

- SIM  NÃO

## 34. Distribui material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento dos casos de violência para os distritos sanitários?

- SIM  NÃO

## 34.1 Para quantos distritos sanitários? \_\_\_\_\_

34.2 Qual a periodicidade?

- Anualmente
- Bienalmente
- Trienalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

35. Elabora relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em cada unidade de saúde notificadora (quando o distrito sanitário não faz isso)?

- SIM  NÃO

35.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

36. Distribui relatório sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências para as unidades de saúde notificadoras ou para os distritos sanitários distribuírem para

- SIM  NÃO

36.1 Qual a periodicidade?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outras Qual? \_\_\_\_\_

36.2. Para quantas unidades de saúde e/ou distritos sanitários?

Nº DS: \_\_\_\_\_

Nº US: \_\_\_\_\_

37. Elabora material educativo, em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal, com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência?

SIM  NÃO

37.1 Qual a periodicidade?

Anualmente

Bienalmente

Trienalmente

Outras Qual? \_\_\_\_\_

38. Distribui material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência para os distritos sanitários?

SIM  NÃO

38.1 Quantas vezes ao ano?

1  2  3  4 ou mais

38.2. Para quantos distritos sanitários?

Nº DS: \_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

39.1 Quantas vezes ao ano?

1  2  3  4 ou mais

**N – Orientação e encaminhamentos**

40. O nível central da SMS orienta as mulheres em situação de violência quanto aos seus direitos e aos serviços da rede de proteção aos quais podem recorrer quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não o fazem isso?

SIM  NÃO

41. O nível central da SMS comunica os casos de violência contra criança e adolescente pelo menos ao Conselho Tutelar quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM  NÃO

41.1 Se não, o nível central da SMS comunica os casos de violência contra criança e adolescente a outros órgãos quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM  NÃO

41.2 Quais?

---

---

---

---

---

42. O nível central da SMS comunica os casos de violência contra pessoas idosas à autoridade policial, ministério público ou conselho do idoso quando a unidade de saúde e o distrito sanitário não fazem isso?

SIM  NÃO

**Apêndice H – Quadro de pontuação esperada dos indicadores da matriz de julgamento e análise das Unidades de Saúde da Atenção Primária**

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde					TOTAL	
				I	II	III	IV	V		
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	9	9	7	8	6	39	
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	9	9	7	8	6	39	
	<b>Total Componente</b>			<b>18</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>78</b>	
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	9	9	7	8	6	39	
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	9	9	7	8	6	39	
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	9	9	7	8	6	39	
			Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	9	9	7	8	6	39	
	<b>Total Componente</b>			<b>36</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>156</b>	
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	9	9	7	8	6	39	
			Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	9	9	7	8	6	39	
	<b>Total Componente</b>			<b>18</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>78</b>	
	<b>TOTAL ESTRUTURA</b>				<b>72</b>	<b>72</b>	<b>56</b>	<b>64</b>	<b>48</b>	<b>312</b>
	Processo	Gestão do VIVA	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	8	9	6	8	6	37
			<b>Total subcomponente</b>		<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>37</b>
<b>Total Componente</b>			<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>37</b>		
Produção e disseminação da informação		Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	9	9	7	8	6	39	
			Busca ativa realizada	9	9	7	8	6	39	
			Investigação de casos realizada	8	9	6	8	6	37	
		<b>Total subcomponente</b>			<b>26</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>115</b>
		Processamento e análise de dados	Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelas US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada	9	9	6	7	5	36	
				<b>Total subcomponente</b>			<b>9</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Disseminação da informação		Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	9	9	7	8	6	39		
			<b>Total subcomponente</b>			<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

	<b>Total Componente</b>			<b>44</b>	<b>45</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>29</b>	<b>190</b>
Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	9	8	7	8	4	36	
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	9	8	7	7	4	36	
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	9	8	7	6	4	36	
	<b>Total Componente</b>			<b>27</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>108</b>
<b>TOTAL PROCESSO</b>				<b>79</b>	<b>78</b>	<b>60</b>	<b>68</b>	<b>47</b>	<b>298</b>
<b>TOTAL GERAL</b>				<b>151</b>	<b>150</b>	<b>116</b>	<b>132</b>	<b>95</b>	<b>610</b>

**Apêndice J – Quadro de pontuação esperada dos indicadores da matriz de julgamento e análise das Unidades de Saúde de Média Complexidade**

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde					TOTAL
				I	II	III	IV	V	
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	2	3	3	4	13
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	2	3	3	4	13
	<b>Total Componente</b>			2	4	6	6	8	26
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1	2	3	3	4	13
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	1	2	3	3	4	13
			Existência de instrutivo de análise crítica de dados	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
			Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de Processo do VIVA	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	1	2	3	3	4	13
	Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	1	2	3	3	4	13		
	<b>Total Componente</b>			4	8	14	12	16	54
	Espaço físico	-----	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
	<b>Total Componente</b>			NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
	Materiais permanentes	-----	Nº de computadores funcionando	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
			Nº de Impressoras disponíveis e funcionando	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
			Nº de telefones disponíveis e funcionando	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
	<b>Total Componente</b>			NSA	NSA	3	NSA	NSA	3
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	1	2	3	3	4	13
Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA			1	2	3	3	4	13	
<b>Total Componente</b>			2	4	6	6	8	26	
<b>TOTAL ESTRUTURA</b>				<b>8</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>110</b>
Processo	Gestão do VIVA	Monitoramento e Avaliação	Periodicidade do monitoramento realizado	NSA	NSA	1	NSA	NSA	1
		<b>Total subcomponente</b>		NSA	NSA	1	NSA	NSA	1

		Articulação intra e intersectorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	1	2	3	3	4	13
		<b>Total subcomponente</b>		1	2	3	3	4	13
	<b>Total Componente</b>			1	2	4	3	4	14
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem		1	2	3	3	4	13
		Busca ativa realizada		1	2	3	3	4	13
		Investigação de casos realizada		1	2	3	3	4	13
	<b>Total subcomponente</b>			3	6	9	9	12	39
	Processamento e análise de dados	Crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completitude pelas US antes do envio das mesmas para o DS/NC da SMS realizada		1	2	3	3	4	13
		<b>Total subcomponente</b>			1	2	3	3	4
	Disseminação da informação	Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano		1	2	3	3	4	13
	<b>Total subcomponente</b>			1	2	3	3	4	13
<b>Total Componente</b>				5	10	15	15	20	65
Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer		N	2	3	3	3	11
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar		1	2	3	3	3	12
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso		N	1	3	3	1	8
<b>Total Componente</b>				1	5	9	9	7	31
<b>TOTAL PROCESSO</b>				7	17	28	27	31	110
<b>TOTAL GERAL</b>				15	33	58	51	63	220

**Apêndice L – Quadro de pontuação esperada dos indicadores da matriz de julgamento e análise das sedes das Regiões de Saúde**

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	Regiões de Saúde				TOTAL	
				RS I	RS II	RS III	RS V		
Estrutura	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	1	1	1	4	
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1	1	1	1	4	
			Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	1	1	1	1	4	
	<b>Total Componente</b>				<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1	1	1	1	4	
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	1	1	1	1	4	
			Existência de instrutivo de análise crítica de dados	1	1	1	1	4	
			Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	1	1	1	1	4	
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	1	1	1	1	4	
			Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	1	1	1	1	4	
	<b>Total Componente</b>				<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>24</b>
	Espaço físico	-----	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	1	1	1	1	4	
	<b>Total Componente</b>				<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
	Materiais permanentes	-----	Nº de computadores funcionando	1	1	1	1	4	
			Nº de impressoras disponíveis e funcionando	1	1	1	1	4	
			Nº de telefones disponíveis e funcionando	1	1	1	1	4	
	<b>Total Componente</b>				<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	1	1	1	1	4	
			Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	1	1	1	1	4	
	<b>Total Componente</b>				<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>TOTAL ESTRUTURA</b>				<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	
Processo	Gestão do VIVA	Monitoramento e	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada	1	1	1	1	4	

	avaliação	Metas pactuadas	1	1	1	1	4	
		Periodicidade do monitoramento realizado	1	1	1	1	4	
	<b>Total Subcomponente</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	
	Articulação intra e intersetorial	Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	1	1	1	1	4	
	<b>Total Subcomponente</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	
	Educação permanente	Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1	1	1	1	4	
		Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1	1	1	1	4	
		Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento/orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	1	1	1	1	4	
		Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	1	1	1	1	4	
	<b>Total Subcomponente</b>		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	
	<b>Total Componente</b>		<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	
	Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	1	1	1	1	4
			Investigação de casos realizada	1	1	1	1	4
		<b>Total Subcomponente</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
		Processamento e análise dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelos DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	1	1	1	1	4
			Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	1	1	1	1	4
Periodicidade de análise dos dados do SINAN relativos à violência			1	1	1	1	4	
Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência			1	1	1	1	4	
Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência			1	1	1	1	4	
Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação		1	1	1	1	4		
<b>Total Subcomponente</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>24</b>		
Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	1	1	1	1	4		

		Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	1	1	1	1	4
		Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	1	1	1	1	4
		Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	1	1	1	1	4
		Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	1	1	1	1	4
		Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	1	1	1	1	4
		Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	1	1	1	1	4
		<b>Total Subcomponente</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>28</b>
		<b>Total Componente</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>60</b>
Orientações e encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	1	1	1	1	4
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	1	1	1	1	4
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	1	1	1	1	4
		<b>Total Componente</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL PROCESSO</b>			<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>104</b>
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>41</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>164</b>

**Apêndice M – Quadro de pontuação esperada dos indicadores da matriz de julgamento e análise do Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde**

DIMENSÃO	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	NÍVEL CENTRAL DA SMS		
<b>Estrutura</b>	Recursos humanos	-----	Nº de profissionais de saúde com nível superior e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1		
			Nº de técnicos com nível médio e carga horária mínima de 20h que realizam as ações do VIVA	1		
			Existência de gerente de VE com carga horária de 40h	1		
			Existência de coordenador do VIVA com carga horária mínima de 20h	1		
	<b>Total Componente</b>				<b>4</b>	
	Insumos e materiais de expediente	-----	Nº de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1		
			Existência de instrutivo de preenchimento da ficha	1		
			Existência de instrutivo de análise crítica de dados	1		
			Existência de matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo do VIVA	1		
			Existência de materiais educativos (cartazes, folders)	1		
			Existência de material de consumo (resma, cartucho e cd)	1		
	<b>Total Componente</b>				<b>6</b>	
	Espaço físico	-----	Existência de sala para a vigilância epidemiológica	1		
	<b>Total Componente</b>				<b>1</b>	
	Materiais permanentes	-----	Nº de computadores funcionando	1		
			Nº de impressoras disponíveis e funcionando	1		
			Nº de telefones disponíveis e funcionando	1		
	<b>Total Componente</b>				<b>3</b>	
	Normatização do VIVA	-----	Existência de lei/portaria nacional sobre o VIVA disponível	1		
			Existência de normatização municipal ou estadual que contemple o município orientando as ações do VIVA	1		
	<b>Total Componente</b>				<b>2</b>	
	<b>TOTAL ESTRUTURA</b>				<b>16</b>	
	<b>Processo</b>	Gestão do VIVA	Monitoramento e avaliação	Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo elaborada	1	
Matriz de indicadores epidemiológicos, operacionais do Sinan e de processo disponibilizada				1		
Metas pactuadas				1		
Periodicidade do monitoramento realizado				1		
<b>Total Subcomponente</b>				<b>4</b>		
Articulação intra e intersetorial			-----	Nº de serviços de saúde e de proteção social que possam ter envolvimento nas ações de enfrentamento e prevenção da violência identificados	1	
				Nº de encontros realizados para pactuação de atribuições de cada serviço, fluxo da rede e para proposição de medidas intersetoriais para prevenção da violência	1	
				Periodicidade de execução de medidas para prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz	1	
<b>Total Subcomponente</b>				<b>3</b>		
Educação permanente			-----	Nº de profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1	
				Nº de profissionais dos NASF capacitados quanto à importância e forma de proceder para identificar, notificar, acolher, orientar e acompanhar a pessoa em situação de violência no território, bem como, encaminhar para a rede de atenção e proteção	1	
				Nº de profissionais das US capacitados quanto à notificação/investigação, ao diagnóstico, ao tratamento/orientação e encaminhamento das pessoas em situação de violência para a rede de proteção	1	

		Nº de gestores e técnicos da VE dos DS responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	1
		Nº de gestores e técnicos dos setores de VE das US responsáveis pelo VIVA capacitados quanto à vigilância das violências	1
		Nº de profissionais da rede de proteção capacitados em relação a como proceder após recebimento da notificação pelo serviço de saúde	1
		<b>Total Subcomponente</b>	<b>6</b>
	<b>Total Componente</b>		<b>13</b>
Produção e disseminação da informação	Notificação, busca ativa e investigação	Nº de casos suspeitos ou confirmados de violência notificados pelas US ou pelo DS/NC da SMS quando as US não realizarem	1
		Investigação de casos realizada	1
		<b>Total Subcomponente</b>	<b>2</b>
	Processamento e análise dos dados	Periodicidade de realização de crítica do preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência quanto à consistência e completude pelos DS antes de digitarem os dados no Sinan ou de enviarem as fichas para o NC da SMS, caso esses não digitem; e pelo NC da SMS antes de digitarem os dados, caso os DS não o façam	1
		Nº de relatórios de análise crítica (consistência, completude e duplicidade) produzidos periodicamente	1
		Periodicidade de análise dos dados do SINAN relativos à violência	1
		Periodicidade de análise dos dados do SIM relativos à violência	1
		Periodicidade de análise dos dados do SIH relativos à violência	1
		Periodicidade de realização de retroalimentação das fichas criticadas pelo NC da SMS para o DS e deste para a US que realizou a notificação	1
		<b>Total Subcomponente</b>	<b>6</b>
	Disseminação da informação	Nº de informativos/boletins epidemiológicos abordando a violência produzidos	1
		Periodicidade de informativos/boletins epidemiológicos distribuídos para os serviços de saúde, equipes da gestão municipal (NC da SMS) da atenção à saúde, secretarias parceiras e demais integrantes da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência	1
		Periodicidade de elaboração de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento, caso não exista publicação estadual que contemple o município	1
		Periodicidade de distribuição de material instrutivo sobre a composição da rede e formas de encaminhamento	1
		Periodicidade de elaboração de relatórios sobre o seguimento (na rede de atenção e proteção) dos casos notificados em cada US	1
		Periodicidade de distribuição dos relatórios sobre o seguimento dos casos notificados para as US	1
		Periodicidade de elaboração de material educativo em conjunto com a equipe de atenção à saúde da gestão municipal	1
		Periodicidade de distribuição de material educativo com informações sobre acolhimento, notificação, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação de violência	1
		Nº de campanhas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz realizadas por ano	1
		<b>Total Subcomponente</b>	<b>9</b>
	<b>Total Componente</b>		<b>17</b>
Orientação e Encaminhamentos	-----	Mulheres em situação de violência orientadas quanto aos seus direitos e aos serviços de proteção aos quais podem recorrer	1
		Casos de violência contra criança e adolescente comunicados pelo menos ao Conselho Tutelar	1
		Casos de violência contra pessoas idosas comunicados à autoridade policial, ministério público e conselho do idoso	1
	<b>Total Componente</b>		<b>3</b>
<b>TOTAL PROCESSO</b>			<b>33</b>
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>49</b>