



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Duval da Silva, Maria Marta; Cavalcanti Stroher, Lucy Mary; Gentil Almeida Andréev,
Walkíria

Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e
avaliação

Saúde em Debate, vol. 41, núm. 1, marzo, 2017, pp. 372-386
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406351219028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e avaliação

Violence Assistance and Surveillance in the Federal District from the monitoring and evaluation perspective

Maria Marta Duval da Silva¹, Lucy Mary Cavalcanti Stroher², Walkíria Gentil Almeida Andréev³

RESUMO Este relato de experiência visa descrever o processo de reorganização do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência no Distrito Federal na perspectiva do monitoramento e avaliação. Para tal, foram realizadas oficinas temáticas, discussões e atividades práticas e estabelecida uma agenda positiva em monitoramento e avaliação em uma abordagem participativa. Discute-se a identificação de objetivos, definição do desenho do programa, elaboração de programação anual e construção da agenda de encontros de monitoramento e avaliação. Conclui-se que o processo conduzido com o Foco na Melhoria do Programa aproxima profissionais das ações de vigilância, monitoramento e avaliação.

PALAVRAS-CHAVE Organização institucional. Desenvolvimento de programas. Violência. Avaliação em saúde.

ABSTRACT This case study aims to describe the process of reorganization of the Violence Assistance, Surveillance and Research Program, in the Federal District from the monitoring and evaluation angle. For that, thematic workshops, discussions and practical activities were carried out and a positive agenda on monitoring and evaluation was established using a participatory approach. The identification of goals, the program design definition, the preparation of annual programming and the construction of monitoring and evaluation meetings are discussed. We conclude that the conducting of the process with a Focus on the Improvement of the Program approached professionals of surveillance, monitoring and evaluation.

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.
marta_duval@yahoo.com.br

² Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.
lustoher@gmail.com

³ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.
wal.andreev@hotmail.com

KEYWORDS Institucional organization. Program development. Violence. Health evaluation.

Introdução

No Brasil e no mundo, as violências, conforme o conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotado pelo Brasil (TEIXEIRA, 2008), são consideradas como sendo 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, e representam um grave problema de saúde pública com alto impacto sobre a morbimortalidade da população.

A violência repercute em altos custos sociais e econômicos, além de grande impacto na qualidade de vida, nas condições de saúde das populações e na cultura e modo de viver das pessoas. Atinge maior contingente populacional e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo (IBGE, 2010).

Isto implica a necessidade de readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; enfrentamento de novos problemas para o atendimento preventivo ou curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada, inclusive de outros setores envolvidos, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006).

O Distrito Federal (DF) tem uma população de 2.914.830 habitantes (IBGE, 2010). Deste total, 96% concentram-se na área urbana, uma das áreas de maior densidade brasileira que vem expressando uma diversidade de realidades sociais, própria do cenário brasileiro contemporâneo. Possui a maior renda per capita do País, entretanto, coexistem grupos populacionais ainda excluídos da produção e reprodução social. A violência no DF é um fenômeno que perpassa por diferenciados perfis de vulnerabilidade (classes sociais, faixas etárias, gênero, raça), contudo não com a mesma expressão (GUERRA, 2008).

O sistema público de saúde no DF é constituído por hospitais terciários e secundários

(hospitais regionais), pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (centros de saúde e unidades da Estratégia Saúde da Família) e por unidades especializadas (DISTRITO FEDERAL, 2002). O Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV) conta com 21 serviços distribuídos pelas unidades básicas, secundárias e especializadas das Regiões Administrativas do DF, identificados por ‘nomes fantasia’ de flores, contemplando uma das estratégias utilizadas para humanizar o atendimento.

Esses serviços realizam atendimento biopsicossocial, notificação dos casos, encaminhamentos intra e intersetorial, promoção à saúde, prevenção de violência, e educação em saúde. Ressalte-se a existência de atendimento especializado às vítimas e seus familiares, aos agressores sexuais adolescentes e suas famílias e aos homens adultos agressores sexuais.

Em 2003, é criado formalmente na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência (Nepav), subordinado a estruturas da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) responsável pela coordenação técnica das ações dos PAVs. Em 2011, foi extinto da estrutura administrativa da SAS e criado na estrutura da Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Assim, o nome foi alterado para Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância às Violências.

Dado esse novo desenho organizacional, e considerando que a qualidade na assistência deve ser incluída em um contexto de atenção integral à saúde, verificou-se a necessidade de reorganizar os componentes técnicos e operacionais do programa com o objetivo de garantir a oportunidade das ações que envolvem o cuidado em todos os seus componentes: promoção à saúde, prevenção, assistência, vigilância, monitoramento e avaliação, utilizando conhecimentos técnico-científicos atuais e recursos disponíveis adequados.

Dante desse desafio, os atores envolvidos não poderiam ser meros observadores, e sim partícipes de uma construção coletiva e da apropriação de instrumentos e metodologias que os auxiliassem a pensar suas práticas e possíveis intervenções para resolução dos problemas detectados. Para isso, buscou-se incorporar a abordagem da avaliação participativa nesse processo.

Segundo Guba e Lincoln (1989), o conceito de avaliação participativa envolve pressupostos metodológicos construtivistas e foi denominada avaliação de quarta geração. Para esses autores, apesar dos avanços na linha do tempo da avaliação, as gerações anteriores não incorporaram os interessados, ou seja, aqueles envolvidos em produzir e implementar o serviço.

Nesse aspecto, a avaliação de quarta geração evidencia a avaliação responsiva, na qual as reivindicações dos envolvidos estão na base do processo organizacional, e tem como princípio a negociação de seus interesses (GUBA; LINCOLN, 1989).

Por outro lado, Cousins (2001) pondera que a participação não redime totalmente os conflitos. Afirma que essa é uma estratégia de avaliação quando há valores de conflito entre os grupos interessados em relação aos propósitos ou aos objetivos do programa. Nesse sentido, os avaliadores tendem a incorporar no processo avaliativo as múltiplas perspectivas dos interessados.

Sobre isso, Furtado (2011) diz que a participação e inclusão não deve ser idealizada e nem levar a um falso conceito de que pode gerar uniformização ou que sejam fáceis de serem conduzidos. É preciso ser entendida como um meio de estabelecer contato o mais íntimo possível com a alteridade, convivendo com as diferenças, e que, no final, o processo e os participantes podem sair enriquecidos da experiência, incorporando visões antes ausentes.

Para esse autor, a característica central da avaliação participativa é a entrada, no processo avaliativo, de outros atores sociais além dos avaliadores.

Esse processo vai muito além do fornecimento de informações, podendo envolver diferentes atores em algumas ou todas as etapas da avaliação, incluindo a definição das questões, coleta, análise de dados, julgamento e formulação de recomendações. Esse envolvimento deve ser constante e ativo e o avaliador deve cumprir um papel de facilitador. Espera-se também que o processo propicie a assimilação, pelos participantes, de habilidades para compreenderem e utilizarem melhor os futuros resultados, bem como se envolver ou conduzir novas avaliações. (FURTADO, 2011).

Este relato de experiência teve como objetivo descrever o processo de reorganização do PAV e seus desdobramentos incorporando as ações de vigilância, monitoramento e avaliação em uma abordagem participativa.

Métodos

A proposta foi alicerçada em um projeto de reorganização e fortalecimento do PAV, iniciado em 2011. O desenvolvimento do projeto foi conduzido pelas equipes técnica do setor de planejamento, monitoramento e avaliação da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) da Secretaria de Saúde do DF e do Núcleo de Estudos e Pesquisa na Atenção e Vigilância em Violência.

O desenvolvimento da proposta foi constituído por quatro etapas: a primeira, referiu-se à pactuação com gestores da SVS, demandantes iniciais da reorganização dos serviços e planejamento das oficinas; a segunda, caracterizou-se pela realização das oficinas temáticas; a terceira, pela implementação das ações pactuadas e a quarta, em vigência atualmente, constituiu-se pelo monitoramento sistemático das ações e da avaliação anual do PAV.

O público-alvo das oficinas foram as equipes do PAV, compostas pelos coordenadores e servidores, totalizando 40 participantes. Os encontros ocorreram no mês de

setembro de 2011, sendo cinco presenciais de oito horas, um a cada semana, divididos em quatro módulos.

Durante a realização das oficinas, foram contempladas atividades de exposição dos temas específicos seguida de discussões e atividades práticas, de acordo com seguintes módulos: Módulo I: Planejamento e Programação em Saúde; Módulo II: Atribuições e Objetivos de um Programa de Atendimento a Pessoas em Situação de Violência; Módulo III: Oficina curta de Monitoramento e Avaliação com Foco na Melhoria do Programa; Módulo IV: Plano de Integração das Ações de Vigilância e Assistência na Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência.

É importante esclarecer que, para a realização do ‘Módulo IV: Oficina curta de Monitoramento e Avaliação com Foco na Melhoria do Programa’, os encontros foram feitos em dois dias consecutivos.

Para construção coletiva dos produtos, foi utilizada técnica de consenso que reforçou o compartilhamento de responsabilidades e negociação da atuação entre os envolvidos, conforme descrito por David (1998) e Furtado (2011), permitindo que o grupo chegasse à concordância sobre a importância relativa das questões, problemas ou soluções, transformando interesses individuais em prioridades finais do grupo.

Na construção dos produtos, os 40 participantes foram divididos em 2 ou 3 grupos para discussão e consolidação do trabalho em plenárias. Todos os produtos foram negociados e, ao final, aceitos por todos. A construção participativa esteve presente em todos os produtos finais.

A terceira e quarta etapas foram constituídas por reuniões periódicas de monitoramento semestral e avaliação anual como meio de verificar a implantação e sustentabilidade dos produtos das oficinas, bem como a identificação de ajustes para melhoria do programa.

No monitoramento das ações, cada serviço de atendimento recebeu visita técnica da

equipe do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância à Violência em que eram verificadas dentro da Programação Anual de Saúde, as ações e metas propostas. Nas reuniões de avaliação (anual), os PAVs participaram relatando suas experiências exitosas e fragilidades e pactuando uma nova programação para o ano subsequente.

Os serviços realizaram o monitoramento contínuo das ações propostas por meio de planilhas de planejamento e monitoramento que permitiram o acompanhamento sistemático.

Resultados e discussão

Na nova perspectiva de inclusão de novos componentes técnicos no programa, foram pactuados missão, visão, objetivos e atribuições do Programa. Missão é a razão de ser do Programa. Visão é uma projeção para o futuro que diz onde se pretende chegar. Atribuições referem-se ao(s) fim(s) para o qual o serviço está constituído.

Ademais, os objetivos estabelecem, de forma geral e abrangente, as intenções e os efeitos esperados do programa, orientando o seu desenvolvimento ou um conjunto de eventos ou ações que contribuem para alcançar o objetivo geral (BRASIL, 2008).

Antes da pactuação, fez-se necessária a discussão do novo momento da organização estrutural. Como as ações relacionadas aos acidentes foram desvinculadas, na estrutura organizacional, o grupo propôs, como primeiro produto, uma nova nominativa para o programa que incorporasse a pesquisa e a vigilância como componentes, passando a denominar-se Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV).

A partir dessa definição, estabeleceram-se novas missão, visão de futuro e objetivos geral e específicos. Assim, o grupo sugeriu aos moderadores a revisão das competências do programa regional. Esses produtos foram desenvolvidos nos Módulos I e II (*quadro 1*).

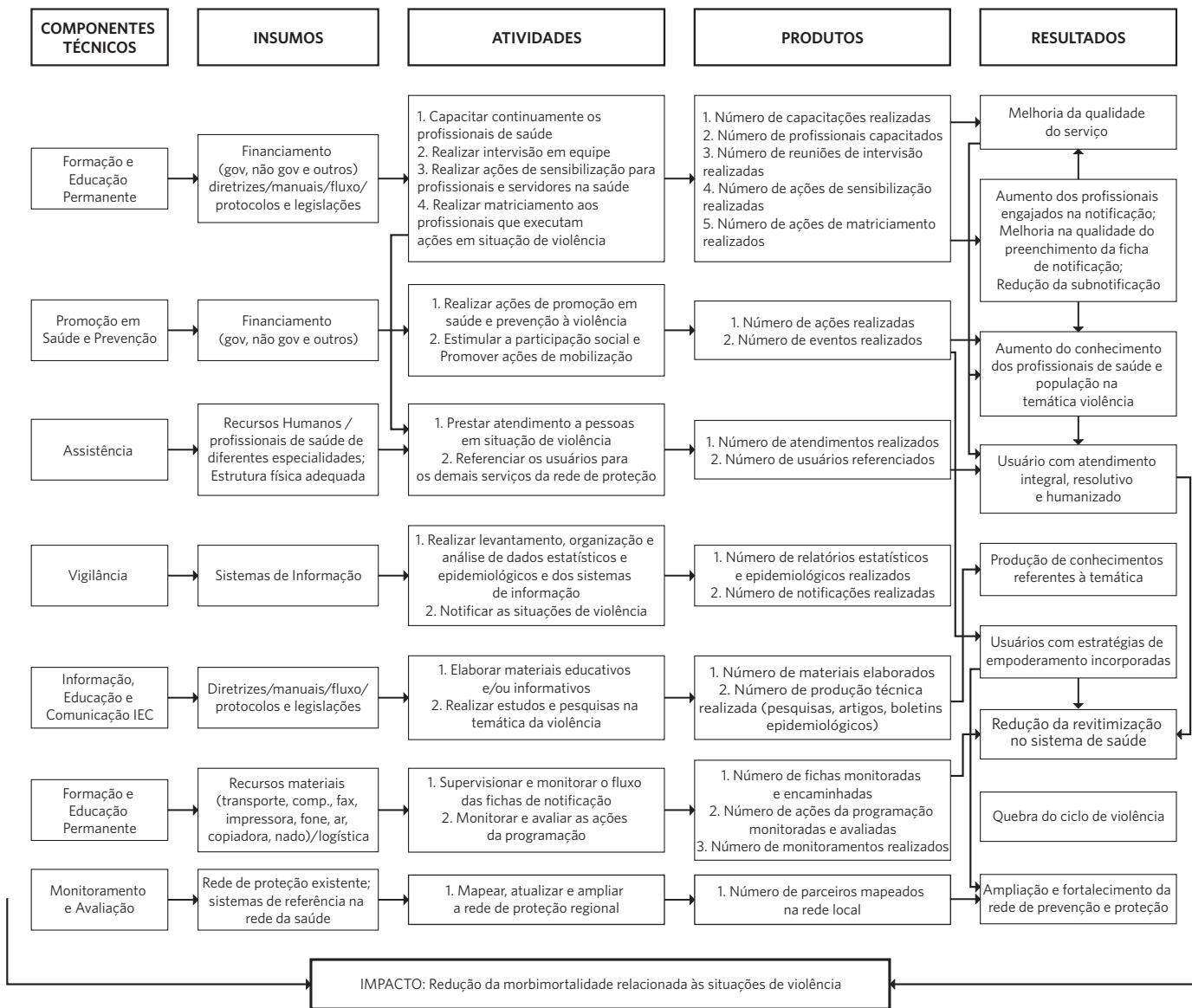
Quadro 1. Produtos dos Módulos I e II das oficinas temáticas

MISSÃO
Planejar, executar, coordenar e avaliar em nível regional as ações de promoção à saúde, prevenção à violência e atendimento à população em situação de violência, de acordo com os eixos norteadores dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas relacionadas, tendo em vista a redução da morbimortalidade e dos agravos.
VISÃO
Ser excelência e referência nacional em vigilância e no atendimento à população em situação de violência.
OBJETIVO GERAL
Contribuir, de forma integrada, para a redução da morbimortalidade relacionada com as situações de violência no DF.
OBJETIVO ESPECÍFICOS
(1) Dar visibilidade à violência como um problema de saúde pública; (2) Estimular a notificação das situações de violência para subsidiar a criação e implementação de políticas públicas; (3) Capacitar os profissionais de saúde para a identificação e atuação nas situações de violência para o desenvolvimento do trabalho integrado; (4) Oferecer às pessoas em situação de violência atendimento integral e intersetorial de forma a contribuir para a superação de condições geradoras de violência e sequelas resultantes; (5) Contribuir para a redução da reincidência das situações de violência; (6) Desenvolver ações integradas e intersetoriais, voltadas para a promoção da saúde e prevenção da violência, envolvendo a comunidade; (7) Realizar estudos e pesquisas relacionados com a temática de violência e seus impactos no âmbito da saúde pública.
ATRIBUIÇÕES DO PROGRAMA
Prestar assistência em uma abordagem biopsicossocial e interdisciplinar às pessoas em situação de violência; (2) Elaborar e divulgar material educativo e informativo relativo às ações de promoção, prevenção e atendimento na temática violência; (3) Realizar capacitação para os profissionais de saúde e outros parceiros da Rede de proteção e responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e encaminhamento interinstitucional e intersetorial; (4) Elaborar projetos, protocolos e fluxos para otimização do serviço; (5) Assessorar, supervisionar e monitorar o preenchimento realizado pelos profissionais de saúde das fichas de notificação instituída pelo Ministério da Saúde e cumprir os fluxos de encaminhamentos estabelecidos; (6) Realizar levantamento, organização e análise de dados estatísticos e epidemiológicos mensalmente e dar conhecimento à gestão, profissionais de saúde e comunidade; (7) Promover a articulação da Rede de proteção e responsabilização local; (8) Supervisionar os serviços de saúde que executam ações relacionadas ao atendimento de pessoas em situação de violência no âmbito da regional; (9) Realizar pesquisas para produção de conhecimento referente às situações de violência; (10) Estimular a participação social e promover ações de mobilização nos diferentes segmentos sociais e institucionais para o enfrentamento à violência no âmbito da regional.

No Módulo III, foi realizada a Oficina de Monitoramento e Avaliação com Foco na Melhoria do Programa, e seu principal produto foi a construção do modelo lógico do PAV (*figura 1*). Esse modelo seguiu a proposta do Center for Disease Control (CDC)

em que estão contemplados os componentes que constituem um programa/projeto: insumos ou recursos, atividades, produtos, resultados (efeitos intermediários), impactos (efeitos a longo prazo) (BRASIL, 2008).

Figura 1. Modelo Lógico do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal



Um dos desafios encontrados para a realização dessa oficina é que os manuais foram adaptados, no Brasil, pela Assessoria de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS), e seus exemplos estão todos ligados a essa temática. Assim, optou-se por fazer nova adaptação para a realidade do programa de atenção a pessoas em situação de violência. Os produtos construídos, especialmente, objetivos e atribuições foram

inseridos nesse modelo.

No tocante aos componentes do programa, segundo o ‘Relatório da X Conferência Nacional de Saúde’ de 1998 (BRASIL, 1998), a ‘assistência’ ao paciente deve ser realizada na perspectiva da atenção integral à saúde, implementada em todas as unidades e todos os serviços de saúde como forma de fazer avançar o Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo: pela acolhida, pelo acesso, pelo vínculo, entendido como a humanização da

relação com o usuário e a responsabilidade da unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas de saúde (BRASIL, 2008).

A ‘vigilância’ é um conceito em contínua construção, mas percebe-se que seu objeto remete a um conjunto de ações e serviços que visam monitorar a situação de saúde da população e seus determinantes, bem como recomendar ou promover medidas oportunas de prevenção dos agravos e situações. Dentro dela, estão fortemente estabelecidos os processos de prevenção e promoção da saúde e o monitoramento e avaliação. A vigilância, de acordo com a situação saúde, propõe ou intervenções ou controle de agravos e/ou situações.

Prevenção à saúde e promoção são conceitos intimamente ligados ao próprio conceito de saúde, que por sua vez é dinâmico e vem ampliando-se, incorporando diversas dimensões da vida humana. Segundo Neves (2006), a principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde vigente. A ‘prevenção’ à saúde é vista simplesmente como ausência de doenças.

A promoção da saúde é definida pela OMS como o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. Destaca-se que a ‘promoção da saúde’ é um processo que possibilita às pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e, por meio disso, melhorar sua saúde, sendo a participação destas essencial para sustentar as ações de promoção da saúde. A promoção é um conceito muito ligado à vigilância em saúde (NEVES, 2006).

Em relação à Informação, Educação e Comunicação (IEC), suas diferentes atividades e projetos estão estruturados a partir de três categorias: treinamento, mobilização comunitária e mídia.

O monitoramento pode ser entendido como o contínuo acompanhamento das atividades, de forma a verificar se elas estão sendo desenvolvidas conforme planejado. Esse acompanhamento, precedido de uma coleta de dados oportuna, fidedigna

e confiável, é uma atividade essencial para fazer julgamentos sobre o programa/projetos, melhorar a sua efetividade e/ou informar decisões sobre futuras programações. Esses julgamentos constituem a avaliação (SAMICO, 2010).

Esse processo tem grande potencial de contribuir para a tomada de decisões por parte dos gestores, com vistas à melhoria das ações, para alcançar a qualidade da atenção, bem como subsidiar negociações entre os gestores do nível central, e regional e o Gabinete da SES-DF (GAB/SES) para resolução dos problemas levantados. Para tanto, precisa ser focada na utilização para ter seu uso naquilo que é necessário para corrigir distorções evidenciadas.

Na ‘formação e educação permanente’, a articulação de educação e trabalho deve orientar a formação e a gestão, comprometidas não apenas com a qualidade técnica, mas conjugadas às necessidades da população em direção ao aperfeiçoamento do sistema de saúde do País.

A ‘articulação com rede de proteção e responsabilização’ se constitui em uma etapa prioritária, segundo o MS, para consolidar a estruturação do trabalho dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção à Saúde em Estados e Municípios, bem como dos programas de atuação.

Esse processo visa promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a promoção da saúde e prevenção de violências, além de estabelecer fluxos para resolução das situações nos vários setores envolvidos. No DF, a Rede de Proteção está instituída desde 2003, no entanto precisa ser institucionalizada e ter fluxos melhor definidos.

Com base na discussão e produtos do Modelo Lógico do Programa (MLP), foi elaborada uma matriz programática para o Programa. Essa matriz foi construída em dois recortes: no primeiro, foi realizada análise situacional; e no segundo, o estabelecimento de atividades para as ações anteriormente elencadas. A matriz foi adaptada do modelo

descrito no documento ‘Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde’ (BRASIL, 2008).

A Matriz Programática 1 foi intitulada ‘Ações de Integração da Vigilância com a Assistência

- Análise de Fortalezas, Oportunidades,

Fragilidades e Ameaças’ (*quadro 2*). As atividades estabelecidas no MLP foram redefinidas como ações entendendo que, o que está estabelecido como as iniciativas concretas a serem desenvolvidas, contribuirão para o alcance dos objetivos e das metas.

Quadro 2. Matriz programática – ações de integração da vigilância com a assistência – análise de fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças – por macroprocessos

Componentes Técnicos / Macroprocessos	Situação Atual		Situação Desejada	Ações
	Fortalezas	Fragilidades		
Assistência a Pessoas em Situação de Violência	<ul style="list-style-type: none"> - Fluxos - Legislação e normas - Rede de apoio interna e externa existente - Equipe técnica central e regional 	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de apoio interna e externa: falta de integração entre os setores e diversos órgãos - Insuficiência de serviços na rede - Dificuldade de acesso aos serviços de referência da saúde - Omissão e/ou desconhecimento dos profissionais de saúde em relação às situações de violência - Insuficiência de recursos humanos, materiais e estrutura física - Dificuldade para a execução orçamentária dos recursos disponíveis - Programa não oficializado (inexistência do núcleo regional). 	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de apoio integrada e articulada - Equipe técnica capacitada e comprometida - Criação do Nepav e lotação de profissionais exclusivos no núcleo - Expansão da oferta de serviços - Acesso facilitado aos serviços de referência - Profissionais de saúde sensibilizados e capacitados - Disponibilização de recursos humanos, materiais e estrutura física - Execução dos recursos financeiros disponíveis 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Prestar atendimento a pessoas em situação de violência 2. Referenciar os usuários para os demais serviços da rede de proteção
Vigilância Epidemiológica da Violência	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de notificação compulsória - O serviço social nos hospitais e UBS - Existência de estrutura específica da vigilância epidemiológica em todas as regionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de adesão dos gestores das unidades - Dificuldade de adesão dos profissionais de saúde para o preenchimento da ficha de notificação - Elevado índice de subnotificação dos casos de violência - Desresponsabilização dos profissionais que não notificam os casos de violência no âmbito da saúde - Preenchimento incorreto e incompleto da ficha de notificação dos casos de violência 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as situações de violência notificadas - Responsabilização dos profissionais que não notificam as situações de violência no âmbito da saúde - Preenchimento correto e completo da ficha de notificação 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Realizar levantamento, organização e análise de dados estatísticos e dos sistemas de informação 2. Notificar as situações de violência
Promoção em Saúde e Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Os programas da atenção primária - Legislações e normas existentes - Equipe dos PAVs mobilizada 	<ul style="list-style-type: none"> - A resistência dos servidores da saúde em abordar o tema violência - Falta de profissionais capacitados - Dificuldade de liberação de recursos financeiros - Falta de transporte - Falta de recursos humanos - Falta de integração com o Programa Saúde na Escola (PSE) e com a atenção primária - Dificuldade de inserir as ações de prevenção e promoção nas agendas 	<ul style="list-style-type: none"> - UBS realizando ações de prevenção à violência - Equipes capacitadas - Execução dos recursos financeiros - Disponibilização de recursos humanos - Integração com o PSE e com a atenção primária - Logística de transporte para viabilizar as ações - Inserção das ações de prevenção e promoção nas agendas 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Realizar ações de promoção em saúde e prevenção à violência 2. Estimular a participação social e promover ações de mobilização

Nesse momento, foi realizado diagnóstico relacionado ao cumprimento dos componentes técnicos/macroprocessos e ações, analisando os seguintes aspectos: fortalezas – o que já existe (internamente) e que sustenta suas ações; oportunidades – o que existe (em outros setores) que favorece suas ações; e fraquezas – fragilidades internas e ameaças – fragilidades externas.

Na Matriz Programática 2 intitulada ‘Ações de Integração da Vigilância com a Assistência – Ações, Atividades e Insumos Necessários’, definiram-se atividades específicas, que são as etapas necessárias a serem realizadas para o alcance das ações anteriormente estabelecidas. Nesse momento, também foram analisados os recursos disponíveis e os recursos necessários para a realização das ações (*quadro 3*).

Quadro 3. Matriz programática – ações de integração da vigilância com a assistência – ações, atividades e insumos necessários

Ações	Atividades	Insumos / recursos disponíveis	Insumos / recursos necessários
Prestar atendimento a pessoas em situação de violência	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher as pessoas em situação de violência; - Realizar o atendimento e acompanhamento interdisciplinar; - Elaboração de relatórios; - Registro de atendimento; - Visita domiciliar e institucional; - Articulação com os recursos institucionais e comunitários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe; - Salas de atendimento; - Experiência profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe interdisciplinar completa; - Espaço físico adequado; - Instrumental técnico (protocolos); - Capacitação da equipe do PAV.
Referenciar os usuários para os demais serviços da rede de proteção	<ul style="list-style-type: none"> - Mapear serviços da rede de enfrentamento; - Realizar articulações interinstitucionais; - Participar dos encontros nas redes sociais regionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte; - Meios de comunicação; - Contatos e informações dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a logística de transporte e de comunicação; - Mapa geográfico da rede local.
Realizar levantamento, organização e análise de dados estatísticos e dos sistemas de informação	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estatísticas mensais e anuais dos atendimentos; - Armazenar os dados preservando o sigilo e segurança da informação; - Analisar os dados coletados; - Definir metodologia de análise dos dados; - Sistematizar e coletar as informações em relação ao programa; - Elaborar o boletim. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de relatórios gerados pelo sistema/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); - Equipamentos de informática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formulários adequados e padronizados; - Equipamentos de informática adequados.
Notificar as situações de violência	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar profissionais da saúde para o preenchimento da ficha; - Preencher a ficha de notificação; - Encaminhar as fichas para alimentar o sistema/Sinan e para serviços de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de notificação; - Sinan; - Normatizações e portarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais sensibilizados; - Técnico administrativo; - Copiadora; - Arquivo com chaves.
Realizar ações de promoção em saúde e prevenção à violência	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar e participar de campanhas de promoção à saúde e prevenção à violência; - Realizar palestras, oficinas, seminários na temática da violência; - Trabalhar o tema da violência transversalmente dentro dos programas de ações básicas; - Capacitação dos profissionais de saúde; - Formar multiplicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes dos programas de saúde; - Equipamentos comunitários; - Material didático disponível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe técnica capacitada nos serviços.

Quadro 3. (cont.)

Estimular a participação social e Promover ações de mobilização	<ul style="list-style-type: none"> - Participar das reuniões intersetoriais das redes sociais locais; - Estimular a participação dos usuários nas redes sociais e Conselhos de Saúde; - Participar dos eventos e conferências relacionados aos temas; - Realizar oficinas, palestras, seminários, campanhas (passeata, caminhada) na temática da violência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redes sociais; - Equipe técnica. 	- Transporte disponível.
Elaborar materiais educativos e/ou informativos	<ul style="list-style-type: none"> - Estudar e pesquisar sobre os temas; - Desenvolver os materiais didáticos e informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computadores e impressoras; - Dados estatísticos disponíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso a literatura especializada; - Contratação de serviços gráficos; - Meios de comunicação disponíveis.
Realizar estudos e pesquisas na temática da violência	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar projetos de pesquisas; - Desenvolver metodologias de pesquisas adequadas; - Submeter os projetos à aprovação da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs); - Analisar os dados coletados pelo serviço para a produção de boletins epidemiológicos; - Produzir artigos e textos científicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dados estatísticos e epidemiológicos disponíveis; - Equipe técnica; - Instituições de pesquisa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão e capacitação teórica e metodológica.
Supervisionar e monitorar o fluxo das fichas de notificação	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar o fluxo das fichas realizando os ajustes necessários; 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe completa (incluindo o Técnico Administrativo).
Monitorar e avaliar as ações da programação	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar a programação anual; - Acompanhar as atividades; - Avaliar as ações; - Encaminhar avaliações ao Nepav e outros gestores; - Reunião de equipe sistemática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenadores dos PAVs. 	
Monitorar os abastecimentos dos kits de profilaxia para as vítimas de violência sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os responsáveis pelo abastecimento e armazenamento dos kits; - Verificar periodicamente a existência dos kits. 	<ul style="list-style-type: none"> Kits de profilaxia. 	
Capacitar continuamente os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento de necessidades de capacitações; - Elaborar plano anual de capacitação; - Elaborar projetos de capacitação; - Realizar capacitações 	<ul style="list-style-type: none"> - Material didático (cartilhas, folders, banner, manuais...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor Multimídia - Notebook - Pen drive - Espaço físico adequado - Material didático
Realizar intervisão em equipe	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar reuniões periódicas de estudo e discussão de caso com a equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe PAV 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reunião.
Realizar ações de sensibilização para profissionais e servidores na saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os setores envolvidos no atendimento e promover atividades de sensibilização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe técnica; - Material educativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos áudio visuais.
Realizar matriciamento aos profissionais que executam ações em situação de violência	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os serviços de atenção às violências existentes a serem matriciados; - Identificar as necessidades e matricular as unidades/setores da regional de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe técnica; - Transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos; - Logística de transporte e comunicação.
Mapear, atualizar e ampliar a rede de proteção regional	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os recursos institucionais existentes na rede de apoio e proteção; - Articular para ampliar a rede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituições de apoio e proteção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos; - Logística de comunicação e transporte; - Mapa geográfico da rede local.

Finalmente, para que os serviços tivessem uma ferramenta para realizarem acompanhamento da execução das ações, foi proposta a planilha de planejamento e monitoramento da Programação Anual de Saúde (PAS), instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde (PS), a cada ano de sua vigência.

O PS possui como base legal para sua elaboração as normativas do MS (Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA) do respectivo exercício. Por sua vez, é o instrumento que, em cada esfera, norteia a definição da

programação anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão.

A planilha da PAS apresenta as intenções e os resultados a serem buscados ao longo do ano, expressos em objetivos, diretrizes e metas (*quadro 4*). Segundo a Portaria GM/MS nº 2.751, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, a periodicidade da PAS é anual, devendo a execução acontecer no ano subsequente à sua elaboração (BRASIL, 2009).

Quadro 4. Programação de saúde - 2012 - Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência - construção geral

COMPONENTE TÉCNICO/MACROPROCESSO: Assistência às Pessoas em Situação de Violência											
OBJETIVOS: Oferecer às pessoas em situação de violência, atendimento integral e intersetorial de forma a contribuir para a superação de condições geradoras de violência e sequelas resultantes											Resultados
Ação	Prestar atendimento às pessoas em situação de violência										Total (a) (n.º absoluto)
Meta	Atender 5% a mais em relação ao ano anterior										Alcançado (b) (n.º absoluto)
Indicadores	Proporção de pessoas atendidas										% Alcançado (c) (c=b/a*100)
Responsáveis Parcerias	Parceiros devem se identificados por cada serviço										
Recursos/Fontes*	Programa de Trabalho: 10.305.6202.4145.0003 Fontes: 138 e 100										
Cronograma											
jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cálculo do Indicador: (Nº de usuários previstos/Nº de usuários atendidos) X 100; Fonte de Verificação: Planilha de estatística diária e/ou mensal											
Atividades/etapas para o alcance da meta						Monitoramento das atividades					
Acolher as pessoas em situação de violência	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
Realizar o atendimento e acompanhamento interdisciplinar	X										
Elaborar relatórios											
Registrar atividades de atendimento											
Realizar visita domiciliar e institucional											
Realizar articulação com os recursos institucionais e comunitários											
Avaliação (incluir marcos críticos, sugestões de resolução e avanços):											

A construção das etapas descritas foi realizada em grupo. No entanto, após a construção da matriz programática, estabeleceu-se que a Programação Anual de Saúde para 2012 deveria ser elaborada por cada serviço. Assim, todas as ações e atividades previamente definidas foram dispostas na planilha padrão desenvolvida pela área de planejamento e avaliação da SVS/DF.

Na planilha, os objetivos, ações e atividades foram agrupados por componente técnico, todos já discutidos e pactuados anteriormente. Destaca-se que se fez necessário que fossem elencadas as atividades inerentes a cada PAV, na construção final da programação, considerando as especificidades de cada um.

A construção coletiva desses produtos proporcionou muitas oportunidades, e também muitos desafios. Um deles foi o de fazer o distanciamento necessário para uma análise mais crítica da temática, uma vez que os condutores do processo eram pessoas internas ao serviço.

Outro desafio destacado foi que, apesar do tema comum, os interesses dos envolvidos podem ser diversos. Isso é dado pelos objetivos, percepções e responsabilidades distintas e são geradores de conflitos. Existem especificidades inerentes a cada serviço, pois alguns deles atuam apenas para uma faixa etária, outros somente para autores de violência.

Para resolver essa problemática, a utilização da estratégia da negociação e consenso proporcionou ao grupo o compartilhamento de responsabilidades e resolução dos conflitos apresentados durante o processo de discussão. Essa negociação foi fundamental na sustentação do próprio processo, uma vez que os atores envolvidos priorizam aspectos diferentes mesmo em se tratando de uma mesma intervenção. (MEDINA, 2014).

Esse entendimento é reforçado por David (1998), que afirma que um trabalho em grupo, além de ressaltar a competência formal, põe em movimento o exercício da cidadania

coletiva e organizada e o estabelecimento de consensos possíveis na tomada de decisão/ação.

Após a realização de todos os produtos específicos e das negociações necessárias com os profissionais envolvidos, iniciou-se o processo de reorganização do programa por meio da implantação e/ou implementação das ações propostas, sendo este o objetivo final da realização de todo o projeto. Foi elaborado, pelo Nepav, um cronograma de visitas aos serviços para apoio técnico na implantação das ações.

É importante salientar que a proposição e estabelecimento de ações de reorganização de serviços são fortemente influenciadas pelo contexto político-organizacional no qual estão inseridos e que envolvem o reconhecimento da responsabilidade e governabilidade de cada nível de gestão.

Além de negociações com os diferentes níveis de gestão, mediante reuniões presenciais para elaboração do projeto, essa experiência foi descrita em um relatório contendo a caracterização dos PAVs existente em toda a Rede de Saúde do DF, e o resultado final das oficinas foi enviado aos gestores dos níveis central e regional para embasamento técnico das tomadas de decisões e negociações posteriores, tais como redefinição de fluxos operacionais, redimensionamento de recursos humanos e de logística, melhoria operacional do programa e melhoria do acesso ao atendimento.

Para incorporar efetivamente o monitoramento e avaliação nos serviços, foram estabelecidas reuniões periódicas trimestrais para análise das ações desenvolvidas nos Programas. Essa estratégia privilegiou o acompanhamento mais sistemático e o ajuste das ações. Nessas reuniões, as programações, com suas metas e indicadores considerados prioritários, são analisadas e ajustadas se necessário.

Além disso, houve a realização de reunião anual de monitoramento e avaliação com a elaboração de relatório analítico para os

gestores dos níveis central e regional. As diretrizes dispostas no plano de saúde são consideradas fundamentais nesse processo e sempre são discutidas para elaboração do próximo plano de ação desses programas. As análises são utilizadas como parâmetro para identificar o grau de implementação das ações do PAV diante do novo desenho estrutural na SES-DF.

Nos encontros anuais, estão representados todos os serviços e atores envolvidos no enfrentamento a situações de violência no DF. Essa iniciativa corrobora a avaliação na abordagem participativa que é determinante para que as ações sejam efetivamente implementadas.

Patton (1997) afirma que a avaliação deve ser focada na utilização, ou seja, deve ser efetivamente utilizada para corrigir distorções evidenciadas. Assim, a avaliação deve ser um processo participativo que envolva os principais atores em todas as suas etapas, inclusive, na tomada de decisão sobre o próprio processo de avaliação. Nesse contexto, deve-se priorizar a participação e o fortalecimento dos atores envolvidos nesse processo.

Conclusões

A execução desta proposta iniciou o processo de aproximação dos componentes vigilância e assistência na consolidação das ações

dos PAVs no DF, ampliando o conceito de promoção à saúde e a visão integral do indivíduo. Além disso, diminuíram as dificuldades, conflitos e ameaças internas e externas que poderiam ter sido causadas pelo processo de reestruturação administrativa que foi proposto pela SES naquele momento, o que propiciou ainda a discussão de uma visão mais ampla e mais integrada entre todos os serviços de atenção à violência estabelecidos na rede de saúde.

A inserção dos componentes, monitoramento e avaliação na proposta de reorganização dos PAVs fortaleceu sua atuação no DF e revelou-se uma forte base de sustentação organizacional para fazer os ajustes necessários e consolidar estratégias mais apropriadas, fortalecendo as ações dos serviços e promovendo a melhoria do programa. Nesse contexto, outro fator importante foi a aproximação dos profissionais com a linguagem e com a metodologia do monitoramento e avaliação, o que facilita sua inserção na prática cotidiana dos serviços.

A escolha do processo participativo na reorganização do PAV no DF revelou-se uma estratégia exitosa, uma vez que promoveu a aproximação dos atores com o campo da avaliação e tem propiciado a utilização dessa ferramenta permanentemente para o monitoramento e avaliação das ações e intervenções, norteando as correções necessárias ao programa desde então. ■

Referências

- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final da 10º Conferência Nacional de Saúde*, Brasília-DF. Brasília, DF: MS, 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.
- _____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 3 de out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- _____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.751 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 12 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2751_11_11_2009_comp.html>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009* – Brasília, DF: MS, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa*. Brasília, DF: MS, 2008. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização* Brasília, DF: MS, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- COUSINS, J. B.; WEAVER, L. *Unpacking the Participatory Process*. Disponível em: <<http://evaluation.wmich.edu/jmde>>. Acesso em: 5 set. 2016.
- DAVID, N. A. N. Contribuições do método participativo para capacitarão de professores de educação física escolar. *Pensar a Prática*, Goiânia. v. 1, 1998. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/12/11>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Regionalização. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Brasília, DF, 15 de jul. 2002. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DODF/2002/07/15>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 29, de 26 de fevereiro de 2010. Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização e à estruturação da Atenção Primária à saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Brasília, DF, 8 mar. 2010. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=ec702491-da87-3f52-ad4e-b35138792bbb>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- FURTADO, J. P. Avaliação e participação. In: BRANDÃO, D.; MARTINA, R. O. (Org.). *Avaliação de Programas e Projetos: temas brasileiros*. São Paulo: Instituto Fonte e Fundação Itaú Social, 2011. No prelo.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
- GUERRA, V. N. A. *Violência de Pais Contra Filhos: a tragédia revisitada*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df>>. Acesso em: 1 out. 2016.

MEDINA, M. G. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 41-64.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

NEVES, T. P. Reflexões Sobre a Promoção da Saúde. *Espaço Acadêmico*, Maringá. n. 62, 2006. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/062/62neves.htm>>. Acesso em: 16 set. 2011.

PATTON, M. Q. *Utilization-Focused Evaluation*: The New Century Text. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Med Book; IMIP, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÓAS, A. L. Q. *Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

Recebido para publicação em abril de 2016
Versão final em setembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve