



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MÉRCIA GOMES OLIVEIRA DE CARVALHO**

**O TEMA DA VIOLÊNCIA E A TOMADA DE DECISÃO DO GESTOR DA SAÚDE:  
ESTUDO DE CASO DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília - DF

2018

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MÉRCIA GOMES OLIVEIRA DE CARVALHO

**O TEMA DA VIOLÊNCIA E A TOMADA DE DECISÃO DO GESTOR DA SAÚDE:  
ESTUDO DE CASO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB) como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutorado.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Fátima de Sousa

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Brasília - DF

2018

CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de

O Tema da Violência e a Tomada de Decisão do Gestor da Saúde:  
Estudo de Caso do Distrito Federal/ Mércia Gomes Oliveira de Carvalho. Brasília  
– DF, 2018. Nº f.190.

Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências da Saúde Universidade de Brasília.

Programa De Pós-Graduação Em Ciências Da Saúde

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maria Fátima de Sousa.

1. [Violência e saúde] 2. [Instrumentos de gestão] 3. [Tomada de decisão] 4. [A  
gestão no enfrentamento à violência]. I. [Carvalho], [Mércia Gomes Oliveira de].  
II. Título.

MÉRCIA GOMES OLIVEIRA DE CARVALHO

**O TEMA DA VIOLÊNCIA E A TOMADA DE DECISÃO DO GESTOR DA SAÚDE:  
ESTUDO DE CASO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB).

Aprovada em 23 de fevereiro de 2018

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Maria Fátima de Sousa  
Universidade de Brasília - UNB  
(Presidente da Banca)

---

Profª Drª Dais Gonçalves Rocha  
Universidade de Brasília - UNB

---

Profª Drª Dirce Bellezi Guilhem  
Universidade de Brasília – UNB

---

Profº Dr Eduardo Sérgio Soares Sousa  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB  
(Membro Externo)

---

Profª Drª Andrea Mathes Faustino  
Universidade de Brasília - UNB  
(Membro Suplente)

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes em minha vida.

Aos meus pais, Maria do Socorro Gomes de Oliveira e Antônio Gomes de Oliveira, pelo exemplo de amor, generosidade e renúncia.

À minha querida e amada irmã, Márcia (*in memoriam*) por seu cuidado comigo especialmente quando criança e adolescente, por seu amor sempre expresso em toda sua existência, hoje minha maior saudade.

Aos demais irmãos desta jornada reencarnatória, Marcos, Marconi, Scheilla, Márcia Liana e Emmanuel, por serem para mim a referência de irmandade.

Ao meu amado companheiro André, pessoa boníssima e de um coração generoso, que sempre está ao meu lado dando-me força e apoio em todos os momentos da vida, uma das minhas melhores escolhas está sendo viver ao seu lado.

À minha filha Nathália e filhos, Matheus e Gabriel, pelo aprendizado nesta caminhada e pelo amor que transborda em nossa convivência. Ser mãe de vocês é minha melhor e maior experiência nesta vida. Saibam que vocês três me impulsionam a ser uma pessoa melhor a cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

Sou grata a Deus pela oportunidade à vida, por guiar meus passos, iluminar meus caminhos e por ser meu porto seguro, razão da minha existência.

Pela presença da Doutrina Espírita na minha vida, por ela me proporcionar reflexões, despertar em mim a busca por mudanças profundas de pensamentos, comportamentos e atitudes.

Aos meus pais, pela vivência do amor incondicional em suas vidas, um exemplo a seguir por toda minha vida. Saibam que mesmo distantes fisicamente vocês são minha fortaleza e minha inspiração de bem viver.

Ao meu companheiro André, pelo cuidado, carinho, amor e por toda convivência no decorrer desses mais de 31 anos e que segue sempre me incentivando, ajudando e vibrando para o meu sucesso em de todos os projetos de vida.

Aos meus filhos, Nathália, Matheus e Gabriel pela amorosa convivência e por compreenderem a ausência de muitos momentos.

À toda minha família, especialmente irmãs e irmãos, cunhadas e cunhados, sobrinhos e sobrinhas, que seguindo unidos sempre foi e serão para mim a grande certeza que o amor cultivado nesta e em outras existências é mais forte que qualquer dificuldade.

À minha orientadora, professora Doutora Maria Fátima de Sousa. Obrigada por aceitar o desafio e pelo aprendizado na caminhada.

Ao Secretário de Estado de Saúde do DF por autorizar a realização da pesquisa.

Às gestoras, Kelva Karina N. de Carvalho de Aquino, Gerente do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT) do DF, e Fernanda F. Meneses, coordenadora do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV) pelo apoio no processo de coleta de dados.

Aos gestores da SES/DF que participaram da pesquisa, que apesar das agendas lotadas de trabalho dispuseram seu tempo para estar comigo.

Enfim, a todas e todos o meu muito obrigada!

## RESUMO

A presente tese aborda o tema da violência no contexto da gestão da saúde e teve como objetivo analisar a inserção deste tema na saúde, a partir dos instrumentos de gestão do SUS e da visão dos gestores do DF para tomada de decisão. O estudo consiste em uma pesquisa de base documental e de campo, utilizado uma abordagem qualitativa. Pelo aprofundamento dado ao DF quanto a investigação e análise, esta pesquisa é considerada um estudo de caso. Na coleta de dados pesquisamos fontes secundárias através da análise dos instrumentos de gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF), período de 2012 a 2015 e como fontes primárias, realizamos entrevistas com 32 gestores utilizando um roteiro semiestruturado. Para os registros das principais observações durante o processo de coleta fizemos uso de diário de campo. Para tratamento dos dados utilizamos a técnica análise de conteúdo e como instrumento o Software Iramuteq. Dentre os resultados verificamos um histórico de pioneirismo no cuidado às pessoas em situação de violência, porém com frágil articulação entre o que é desenvolvido na rede de atenção e o que foi encontrado nos instrumentos de gestão. Da análise destes instrumentos, constatamos coerência no diagnóstico situacional da saúde e na abordagem ao indicador da violência, com as metas de ampliação do número de unidades notificadoras. Ainda que as causas externas ocupem o 3º lugar no ranking da mortalidade, afetando principalmente os jovens, existe uma distância entre os aspectos priorizados nos instrumentos de gestão, o que denotam práticas ainda pontuais e isoladas, para as quais não são apresentadas justificativas para mudanças e/ou incrementos. Esse fato aponta a necessidade de um investimento maior e uma posição mais arrojada da gestão quanto ao tema em questão. Outro aspecto relevante foi descobrir que apesar dos percalços, uma “rede de flores” cresceu no planalto em um espaço de tempo de 20 anos, em um movimento centrípeto dos serviços para o nível de gestão central da SES/DF, e vem encontrando na discussão da regionalização, nas práticas intersetoriais e na energia feminina a força para superar as intemperes e desafios. Dentre as possibilidades destacam-se a importância progressiva que o tema da violência vem surgindo na agenda da gestão pública, a institucionalização do NEPAV, dos NUPAVs, dos PAVs, o comprometimento e capacitação dos servidores, a existência de fluxo assistencial e a progressiva institucionalização de uma rede Intersetorial que precisa ser fortalecida. Quanto às limitações, ressaltam-se a necessidade de maior sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais da saúde sobre o tema, a insuficiência de recursos financeiros e de profissionais nos PAVs, a existência de lista de espera para atendimento, a inadequada estrutura física, logística e/ou de ambiência, a subnotificação dos casos, a frágil articulação dos PAVs com a Atenção Básica, dentre outras. Portanto, consideramos que devido a magnitude do tema e das características de gestão do DF, o processo de análise dessas informações torna-se relevante, tendo em vista que podem subsidiar outros estudos no DF e em outros estados.

**Palavras-chaves:** Violência e saúde; Instrumentos de gestão; Tomada de decisão; A gestão no enfrentamento à violência.

## ABSTRACT

This thesis deals with the theme of violence in the context of health management and aimed to analyze the insertion of this theme in health, based on the SUS management tools and the DF managers' vision for decision making. The study consists of a documentary and field based research, using a qualitative approach. Due to the deepening given to DF in research and analysis, this research is considered a case study. In the collection of data, we searched for secondary sources through the analysis of the management tools of the Department of Health of the Federal District (SES / DF), from 2012 to 2015 and as primary sources, we interviewed 32 managers using a semi-structured script. For the records of the main observations during the collection process we made use of field diary. For data processing we use the content analysis technique and as instrument the Iramuteq Software. Among the results, we verified a pioneering history in the care of people in situations of violence, but with a weak articulation between what is developed in the care network and what was found in management instruments. From the analysis of these instruments, we verified coherence in the situational diagnosis of health and approach to the indicator of violence, with the goals of increasing the number of reporting units. Although external causes rank third in mortality, affecting mainly young people, there is a gap between the aspects prioritized in management instruments, which denote practices that are still specific and isolated, for which there are no justifications for changes and / or increments. This fact points out the need for a greater investment and a more daring management position on the issue in question. Another relevant aspect was to discover that despite the mishaps, a "flower network" grew in the plateau over a 20-year period, in a centripetal movement of services to the central level of SES / DF, and has been finding in the discussion regionalization, intersectoral practices and feminine energy, the strength to overcome the intemperes and challenges. Among the possibilities is the progressive importance of violence in the public administration agenda, the institutionalization of the NEPAV, the NUPAVs, the PAVs, the commitment and qualification of the employees, the existence of a care flow and the progressive institutionalization of an Intersector network that needs to be strengthened. Regarding the limitations, there is a need for greater sensitization and training of health managers and professionals on the subject, insufficient financial and professional resources in the PAVs, existence of waiting lists for care, inadequate physical structure, logistics and / or ambience, the underreporting of cases, the fragile articulation of PAVs with Primary Care, among others. Therefore, we consider that due to the magnitude of the theme and management characteristics of the DF, the process of analyzing this information becomes relevant, considering that they can support other studies in the Federal District and in other states.

**Keywords:** Violence and health; Management tools; Decision making; Management in facing with violence.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia, formas e naturezas das violências.....	23
Figura 2 - Componentes do sistema de vigilância de violências e acidentes.....	35
Figura 3 – Relação de gestores participantes da pesquisa .....	61
Figura 4 – Divisão dos gestores por grupos para elaboração dos artigos 2 e 3 .....	68
Figura 5 - Síntese do caminho metodológico da pesquisa .....	69
Figura 6 - Organograma da SES/DF .....	76
Figura 7 - Distribuição dos 19 Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAVs) nas Regiões de Saúde do Distrito Federal.....	83

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e suas classificações no SCNES .....	40
Quadro 2 - Principais Marcos Legais, Atos Normativos - Referências para a Gestão no SUS no Enfrentamento à Violência no Brasil (1998-2016) .....	45
Quadro 3 - Leis e Instrumentos orientadores do processo de planejamento governamental .....	51
Quadro 4 - Instrumentos de planejamento, temporalidade e aspectos estratégicos.	58
Quadro 5 - Organização da análise de dados .....	67
Quadro 6 - Principais legislações e atos normativos de enfrentamento à violência no DF .....	83
Quadro 7 - Demonstrativo do indicador do Plano Distrital de Saúde (2012-2015)....	88
Quadro 8 - Coordenações Regionais de Saúde que programaram ações voltadas ao enfrentamento à violência .....	90

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Atenção Básica (AB)
- Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID10)
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
- Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
- Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT)
- Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF)
- Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)
- Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)
- Constituição da República Federativa do Brasil (CFB)
- Departamento de Informática do SUS (DATASUS)
- Distrito Federal (DF)
- Diário Oficial do Distrito Federal (DODF)
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
- Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB)
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)
- Fundação Hemocentro de Brasília (FHB)
- Fundo Nacional de Saúde (FNS)
- Laboratório Central (LACEN)
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)
- Lei Orçamentária Anual (LOA)
- Ministério da Justiça (MJ)
- Ministério da Saúde (MS)
- Notificação Compulsória Imediata (NCI)
- Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESP)

- Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV)
- Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV)
- Observatório de Violência (OV)
- Organização Mundial de Saúde (OMS)
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)
- Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM)
- Plano de Distrital de Saúde (PDS)
- Plano Diretor de Regionalização (PDR)
- Plano Nacional de Saúde (PNS)
- Plano Plurianual (PPA)
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
- Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV)
- Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV)
- Programa Saúde da Família (PSF)
- Programa Saúde nas Escolas (PSE)
- Programação Anual de Saúde (PAS)
- Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF (RIDE/DF)
- Regiões Administrativas (RAs)
- Relatório Anual de Gestão (RAG)
- Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS)
- Secretaria de Direitos Humanos (SDH)
- Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SPPIR).
- Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM)
- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)
- Secretarias de Estado de Saúde (SES)
- Secretarias Municipais de Saúde (SMS)
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

- Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)
- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Tribunal de Contas da União (TCU)
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1. ENFOQUES CONCEITUAIS E TEÓRICOS DA VIOLÊNCIA.....</b>	<b>18</b>
<b>2. ASPECTOS DA GESTÃO .....</b>	<b>26</b>
2.1. POLÍTICAS E INSTRUMENTOS DE BASE LEGAL NOS SUS SOBRE A VIOLÊNCIA.....	26
2.2. A TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DO SUS .....	47
2.3. INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS .....	50
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>60</b>
3.1 CENÁRIO, PARTICIPANTES DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS	60
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	62
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	63
3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	65
<b>4. ESTUDO DE CASO - O DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>70</b>
4.1. CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (DF) .....	70
4.2 ASPECTOS DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SES/DF .....	74
4.3. ASPECTOS REFERENTES AO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NA SES/DF .....	79
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>85</b>
5.1. ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SES/DF (20012 – 2015 )..	85
5.1.1. O Plano Distrital de Saúde (2012-2015) .....	85
5.1.2. Da Relação Plano Distrital de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão e as Respectivas Programações Anuais de Saúde.....	93
5.2. ARTIGO 1 - PERCURSO JURÍDICO-POLÍTICO (1998-2016) DO TEMA DA VIOLÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA .....	101
5.3. ARTIGO 2 - GESTÃO DA SAÚDE E O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL BRASILEIRA .....	123
5.4. ARTIGO 3 - ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA À VIOLÊNCIA: POSSIBILIDADES E LIMITES NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE FLORES EM UMA CAPITAL DO BRASIL .....	141
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>161</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>181</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>189</b>

## INTRODUÇÃO

Minha aproximação com o tema da violência e saúde se deu nos anos 90 quando iniciei minha prática profissional em unidades hospitalares de urgência e emergência, nas quais tive a oportunidade de prestar assistência às pessoas em situação de violências e acidentes, no âmbito da gestão municipal e estadual, além de gerenciar serviços nestes espaços.

O interesse em estudar o tema da violência surgiu em 2008, durante a experiência de trabalho como técnica na Coordenação Geral Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT) do Departamento de Análise de Situação em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS).

Neste período, atuei como técnica no apoio aos Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios, participando de discussões com os profissionais da saúde e de capacitações para a notificação dos casos de violências por meio da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras violências, bem como no apoio a implantação dos Núcleos de Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e da Cultura de Paz.

Vivenciei diversos desafios neste período em que apoiei a implementação da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV) e da Política de Promoção da Saúde (PS), devido à complexidade que envolve o tema e a área da gestão em saúde.

Os processos e práticas da gestão são fundamentais para que se efetivem as Políticas Públicas. Na saúde, destaca-se a importância dos instrumentos de gestão pela possibilidade que possuem de captar um conjunto de informações estratégicas para que o gestor identifique os principais problemas que afetam uma determinada população.

Portanto, reforça-se com isto, a necessidade de se realizar a análise desses instrumentos para que possam oferecer efetivamente um planejamento ordenado para a qualificação da atenção integral à saúde das pessoas em situação de violências.

Para esse fim, selecionamos o Distrito Federal como objeto para realização da pesquisa por sua relevância no contexto nacional, complexidade no âmbito da

gestão em saúde e devido a seu arranjo distrital, diferenciando-se, assim, dos demais estados brasileiros e por sua história no enfrentamento à violência.

Neste contexto, algumas indagações surgiram para serem analisadas: como se deu a inclusão do tema da violência no âmbito da gestão da saúde do DF? De que forma o tema da violência está inserido nos instrumentos de gestão da SES/DF? Quais são as potencialidades e limitações que os gestores destacam como relevantes no enfrentamento à violência, especialmente na atenção integral às pessoas em situação de violência?

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a inserção do tema da violência na saúde, a partir dos instrumentos de gestão do SUS e da visão dos gestores do DF para tomada de decisão

E nessa linha, como **objetivos específicos** selecionamos:

- Caracterizar o processo de implantação dos atos normativos, políticas e programas nacionais existentes no âmbito da gestão do SUS vinculados à temática da violência;
- Descrever o processo de implementação da Política de Redução de Morbimortalidade por violências e acidentes na gestão da saúde do DF;
- Analisar as ações/estratégias de enfrentamento à violência existentes nos instrumentos de gestão do DF e demais documentos como Portarias e Resoluções, Normas locais e outros que abordem o tema em estudo;
- Identificar os limites e as possibilidades do gestor da saúde na tomada de decisão na perspectiva da construção de intervenções locais de enfrentamento à violência.

A fim de atingir os objetivos mencionados, realizamos um estudo por meio de levantamento documental e bibliográfico dos instrumentos de gestão do período de 2012 a 2015. Também foi realizada pesquisa de campo através de entrevistas com alguns gestores estratégicos para temática em pauta.

A análise dos documentos relacionada com as práticas de gestão, especialmente as que acontecem nas regiões de saúde do DF, proporcionou algumas reflexões quanto ao que de fato encontram-se nos instrumentos de gestão e o que é produzido pelos gestores e profissionais da saúde.



Neste sentido, a relevância do presente estudo está no aprofundamento das reflexões teórico-conceituais sobre a violência e saúde, especialmente no contexto das práticas de gestão do DF. Assim, a pesquisa identifica a coerência de suas práticas na forma como a abordagem ao tema é explicitada nos instrumentos de gestão do SUS localmente, haja vista a presença desta temática no rol de ações da vigilância e atenção à saúde no âmbito nacional.

O estudo foi construindo pautado nos objetivos propostos e está organizado em cinco capítulos. No primeiro e segundo capítulos fundamentam teoricamente o tema em pauta e subsidiam as novas discussões construídas no processo de elaboração da tese. O terceiro é apresentado o caminho metodológico da pesquisa justificando as abordagens, técnicas e procedimentos escolhidos, o quarto o estudo de caso. E quinto capítulo apresenta os resultados e a discussão, e por fim as considerações finais.

## 1 ENFOQUES CONCEITUAIS E TEÓRICOS DA VIOLÊNCIA

Provavelmente, a violência, sempre esteve presente no processo histórico da humanidade e seu impacto pode ser visualizado mundialmente de diversas formas<sup>1</sup>.

O evento de violência inclui todos os casos que originem danos reais ou possíveis, sejam físicos, emocionais, sexuais, negligência ou exploração de qualquer ordem que provoquem prejuízos para a saúde do indivíduo, envolvendo relações de confiança, responsabilidade ou poder.

O termo violência é de origem latina, seu vocábulo vem da palavra “vil” que significa força, se referindo às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro<sup>2</sup>. Constitui-se, portanto, um fenômeno que é considerado “fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de disposição da vida”<sup>3</sup> (p. 19).

Dessa forma, a violência é um tema que vem se destacando, sendo abordado e discutido em diversos espaços e segmentos da sociedade, abrangendo aspectos sociais, históricos, culturais, as diferenças de sexo e raças, as hegemonias e suas minorias, revelando no dia a dia a individualidade das relações pessoais e na conjuntura em que estão inseridas<sup>4</sup>.

As violências têm sido apontadas como situações de ruptura, identificada pela ação provocada por um elemento não integrado. De acordo com Rifiotis<sup>5</sup> (p. 10-11):

As múltiplas faces da violência também se expressam no campo da significação, e o que pode ser violência para um grupo pode não significar a mesma coisa para outro. O fato é que o ato violento varia da ação simbólica à sua expressão física, ambos se caracterizam pela expressão de relações de poder e dominação. Povo o imaginário coletivo através de um discurso catastrófico, da imprevisibilidade, de estatísticas alarmantes e do desconhecido.

Para Minayo e Souza<sup>6</sup>, a violência representa uma forma própria da relação pessoal, política e cultural, resultante das interações sociais e, por vezes um componente cultural naturalizado, que pode ser definida como uma relação humana, compreendida também como um comportamento aprendido e culturalizado, dando a falsa impressão de integrar a natureza humana.

O centro do problema da violência está nos impasses para lidar com a liberdade no exercício de direitos sociais e humanos de maneira articulada com os

compromissos sociais, responsabilidades éticas e civis. Isto ocorre devido à falta de conexão desse exercício na esfera relacional, sendo priorizada a questão individual, silenciando as contrapartidas relacionais, associando-se, desta forma, a liberdade de exercício de direitos à coisificação do outro<sup>7</sup>.

O poder é um fenômeno cujo conceito tem sido amplamente discutido em diversos estudos e disciplinas, especialmente quando se aborda o tema da violência.

Entende-se que a violência se estabelece, portanto, nas relações assimétricas de poder, estendendo-se a homens e mulheres e de alguma forma é aprendida no convívio social<sup>8</sup>.

Já Foucault<sup>9</sup>, aborda o poder em uma perspectiva ligada à subjetividade e ao discurso, como um corpo social multidirecional espalhado como micropoderes e como resultado da produção dos indivíduos racionalmente prontos para a prática do poder.

Para Foucault<sup>9</sup>, o poder é uma prática social e como tal constitui-se historicamente. Coelho<sup>10</sup> assevera que quando Foucault afirma que o poder não é uma coisa que exista acima das pessoas, ele considerou que este poder se expressava em uma prática social e que permeava as relações intersubjetivas, atingido as emoções, sentimentos e comportamentos individuais e coletivos.

Na abordagem da violência na visão de Foucault, destaca-se uma reflexão:

Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro polo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la<sup>9</sup> (p. 243).

Neste contexto trazido por Foucault, quando limita-se a liberdade do outro, ele não considera existir mais relações de poder, mas sim uma relação de violência.

Enquanto na visão de Bordieus<sup>11</sup>(p. 8), ao estudar o poder o elucida como o poder simbólico, como estrutura invisível “o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”.

Portanto, ao debater a violência há necessidade de considerar simbolismos de dominação no exercício do poder por quem pratica e por quem vivencia a violência.

Este poder simbólico e invisível, só pode ser desfeito com a tomada de consciência do seu caráter arbitrário e com a mudança de crença<sup>10</sup>.

Porto<sup>12</sup> menciona que uma das dificuldades de definir a violência é devido ao fenômeno estar associado de forma direta a manifestações sociais, proporcionando múltiplos olhares e pontos de vista.

Nesse sentido, considerando a complexidade da violência, ao analisá-la requer que esta esteja contextualizada em todo o processo de vida no qual o indivíduo está inserido, assim como deve-se considerar a percepção que cada pessoa em situação de violência vem construindo durante sua existência sobre este fenômeno.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) na Assembleia Mundial de Saúde em 1996, pela primeira vez declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial<sup>13,14</sup>.

A Resolução 49<sup>a</sup> da referida Assembleia foi ratificada posteriormente no Relatório Mundial de Saúde (OMS) de 2002, que revela a gravidade deste fenômeno para a saúde das pessoas, formalizando, assim, a entrada do tema da violência como problema de saúde pública, portanto requerendo atenção especial deste setor<sup>14</sup>.

Nesta Assembleia alertou para as graves implicações da violência, no curto e no longo prazo, para indivíduos, suas famílias, comunidades e países, e ressaltou os efeitos danosos que ela gera setor saúde<sup>14</sup>.

Apesar da complexidade do tema da violência, no Relatório a OMS apresenta sua definição como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação<sup>14</sup>.

Com base nesta definição, Dahlberg e Krug<sup>1</sup> ressaltam que a inclusão da palavra "poder", completando a frase "uso de força física", amplia a natureza de um ato violento e expande a definição da violência para incluir as demais ações resultantes de uma relação de poder, desta forma incluindo ameaças e intimidação.

Estes autores acrescentam que a expressão "uso de força física" ou "poder" inclui negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto-provocados.

Há de se considerar que no setor da saúde convergem os casos de violência, pela pressão que exercem em suas vítimas e nos serviços de assistência de emergência, atenção especializada, reabilitação, assistência psicológica e social<sup>15</sup>.

Para Dahlberg e Krug<sup>1</sup>, o enfoque da saúde pública à violência está baseada nos requisitos rigorosos do método científico. Portanto, ao deslocar-se do problema para poder solucioná-lo, referem quatro passos importantes:

- 1) examinar o maior número possível de conhecimentos básicos sobre todos os aspectos da violência e unir sistematicamente dados sobre a extensão, o objetivo, as características e as consequências da violência a nível local, nacional e internacional;
- 2) investigar por que a violência ocorre, isto é, realizar pesquisas para determinar causas e fatores correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; os fatores passíveis de serem modificados por intermédio de intervenções;
- 3) usando a informação acima, explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e avaliando as intervenções;
- 4) levando a cabo, em cenários diversos, as intervenções que parecem promissoras, disseminando amplamente a informação, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas (p. 1165).

É importante considerar que na saúde pública a prevenção deve ser enfatizada, considerando que o fenômeno violento e suas consequências podem ser evitados se levado em conta as relações existentes no contexto e a ocorrência dos diferentes tipos de violência.

No intuito de nortear as diretrizes e ações no enfrentamento à violência no âmbito da saúde, a OMS<sup>15,16</sup> categorizou a tipologia da violência como: violência auto infligida, violência interpessoal (intrafamiliar e/ou doméstica e comunitária), violência coletiva e violência estrutural:

- **A violência auto infligida** ocorre quando a pessoa atinge a si mesma, subdividindo-se em: comportamento suicida (ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio) e auto abuso (atos de mutilação);
- **A violência interpessoal** pode ser intrafamiliar ou doméstica, acontece entre os membros da família e parceiros íntimos, não essencialmente dentro da residência. A comunitária acontece entre indivíduos do convívio social sem laços de parentesco;
- **A violência coletiva** diz respeito às violências que ocorrem nos âmbitos sociais, políticos e econômicos, explicitando a dominação de grupos e do

Estado. Minayo<sup>17</sup> exemplifica esse tipo de violência com os atos terroristas, crimes de multidões, guerras, dentre outros.

- **A violência estrutural** corresponde aos processos socioeconômicos, culturais e políticos que reproduzem ou mantêm as desigualdades sociais, de etnia, de gênero, etárias, que produzem a exploração das pessoas, a fome e que favorecem outras formas de relação violenta<sup>18</sup>.

Para Porto<sup>12</sup>, há uma abrangência maior dos aspectos e definição da violência, pois qualquer mudança social altera significativamente a forma como se manifesta o fenômeno da violência. Velloso et al<sup>19</sup>, enfatizam que a violência é um fenômeno complexo desencadeado por diversos fatores precisando, portanto, ser visto em seu contexto, considerando o meio cultural e o momento histórico em que ela ocorre.

A OMS<sup>15,16</sup> destaca ainda as diversas formas e naturezas da violência, tais como física, psicológica, sexual e negligência/abandono. Deste modo, cabe enfatizar que estas formas de violências podem ocorrer concomitantes, sendo muitas vezes difícil estabelecer limites entre elas. Compreendem-se os conceitos de violência como:

- **Violência física:** atinge diretamente a integridade corporal e que pode ser traduzida em agressões, violações e homicídios<sup>2</sup>. Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico configuram-se como atos violentos, se utiliza da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, produzir dor e sofrimento ou destruir a pessoa, podendo deixar ou não, marcas corporais evidentes<sup>20</sup>;
- **A violência sexual:** é alguma ação na qual uma pessoa, prevalecendo-se de sua posição de poder, por meio do uso de força física, coerção, ameaça ou influência psicológica, fazendo uso ou não armas ou drogas, coage determinada pessoa de qualquer sexo a fazer, presenciar, ou participar, de alguma forma, de interações sexuais ou a usar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro ou não, por vingança ou outra qualquer finalidade <sup>21</sup>;

- **A violência psicológica:** considerada como qualquer ação destinada a rebaixar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, coação direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que gere prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação, à autoestima ou ao desenvolvimento pessoal<sup>16,22</sup>;
- **Privação, abandono ou negligência:** privar alguém de receber as necessidades e cuidados básicos para a manutenção e desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa, considera-se o abandono como a forma extremada de negligência<sup>21</sup>.

Essas quatro naturezas dos atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e suas subcategorias descritas acima, com exceção da violência auto infligida. Logo, a violência sempre está associada a mais de uma natureza. A seguir, na Figura 1 temos o esquema da tipologia e diversas formas e naturezas das violências, segundo a OMS<sup>16</sup>.

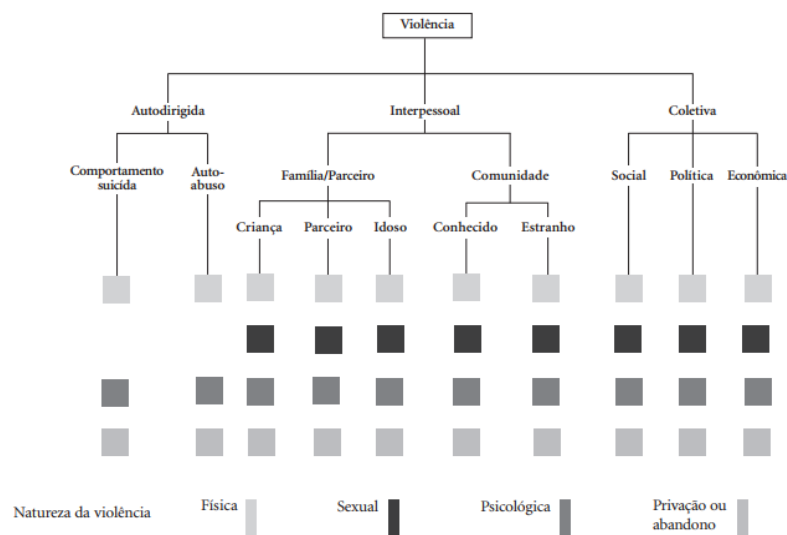


Figura 1 - Tipologia, formas e naturezas das violências.  
Fonte: OMS, 2002<sup>16</sup>.

Domenach<sup>23</sup> ao abordar sobre violência ressaltou que as formas mais cruéis e condenáveis frequentemente encobrem outras ocorrências menos escandalosas, por acontecerem por períodos longos e serem protegidas por pessoas e instituições

que são aparentemente fora de suspeitas. Adverte ainda, que a violência de indivíduos e grupos tem que ser correlacionada com a do Estado: a dos conflitos, com a da ordem.

Por conseguinte, em decorrência da alta incidência de violência em escala mundial e de seu impacto sobre a vida das pessoas e coletividades, há um amplo reconhecimento de que se transforma em um problema de saúde porque atinge a saúde individual e coletiva, requerendo medidas de prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços próprios ao setor<sup>15</sup>.

Cabe destacar, que desde a década de 60, o quadro de mortalidade geral revela a transição das doenças infecto-parasitárias para a violência como fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização<sup>24</sup>.

Nesse contexto, é importante também ressaltar que os dados epidemiológicos contribuem para o dimensionamento deste fenômeno, cuja visibilidade e consequente transformação em problema social sucederam no âmbito das lutas sociais pelos direitos de cidadania, manifestadas através dos movimentos sociais<sup>25</sup>.

E isto se expressa pelos dados gerais do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, que apresenta todas as causas de morte. As causas externas (violências e acidentes) representam a 3ª causa na população geral, a 1ª causa na faixa etária de 1 a 49 anos de idade e a 2ª entre 40 a 59 anos<sup>26</sup>.

Ainda segundo o SIM, em 2015 houve 59.080 homicídios no Brasil, o que equivale a uma taxa de 28,9 mortes por 100 mil/habitantes. Cabe ressaltar que nesta taxa estão juntas as categorias Agressões e Intervenções Legais considerando a Classificação Internacional das Doenças (CID-BR- 10). Percebe-se, portanto, que os jovens estão morrendo mais por violência que qualquer outro grupo etário<sup>26</sup>.

As consequências da violência que chegam ao Sistema de Saúde, dentre outros aspectos, evidenciam o aumento de gastos com assistência, especialmente na emergência e reabilitação, muito mais onerosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais<sup>2</sup>.

As lesões e óbitos causados por acidentes e violências geram elevados custos emocionais, sociais e para a segurança pública. Acarretam prejuízos econômicos aos envolvidos por conta dos dias de ausência do trabalho, pelos danos



mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias, e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos<sup>3</sup>.

O custo da violência para o mundo pode corresponder por ano a bilhões de dólares de despesas com cuidados em saúde, associados a outros bilhões relativos às economias dos países, em relação ao absenteísmo, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos<sup>1, 27</sup>.

Salcedo-Barrientos et al<sup>28</sup>, ressaltam que no âmbito da saúde, deve ser considerado o impacto que a violência causa na sociedade e nos seus serviços, e em seus custos das ações de prevenção, do tratamento ou da promoção de uma política de paz entre os indivíduos.

Além disso, a dor e o sofrimento humano, não podem ser calculados, e apesar da tecnologia ter tornado visível alguns tipos de violência por meios de canais de televisão, a exemplo das ações terroristas, guerras e rebeliões coletivas, ainda há um número maior de violência invisível que acontece nos ambientes domésticos, no trabalho, nas instituições sociais e de saúde<sup>1</sup>.

## 2 ASPECTOS DA GESTÃO

Neste capítulo abordamos os aspectos relevantes para a gestão no que concerne aos instrumentos legais vinculados ao tema da violência, bem como as principais iniciativas na gestão.

### 2.1 POLÍTICAS E INSTRUMENTOS DE BASE LEGAL NO SUS SOBRE A VIOLÊNCIA

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no art. 196 assegura que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, sendo reconhecida como direito social, cabendo ao poder público garanti-lo.

Aprovada a Constituição da qual foi criada o SUS, foi necessária uma legislação específica que esclarecesse como de fato aplicar as orientações na prática. Assim, foi promulgada a Lei nº 8.080/90, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências<sup>29</sup>.

Teixeira<sup>30</sup> enfatiza que o SUS é um projeto que adota e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, concebendo como “imagem-objetivo”.

No âmbito da saúde brasileira, o tema da violência vem sendo abordado como objeto de intervenção desde meados do século passado, destacando a atuação de alguns pediatras no que concerne à violência contra crianças e adolescentes, identificando-a e intervindo não apenas no cuidado a essa população, mas também considerando a importância do aspecto preventivo das violências<sup>6,17, 2,31</sup>.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral no Brasil, abrindo a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado<sup>32</sup>.

Ainda nesta década, a discussão deste tema foi recebendo destaque, tendo como disparadores os movimentos sociais relacionados aos direitos de grupos, especialmente de mulheres, idosos, pessoas com transtornos mentais, entre outros.

Ancorados nos altos índices das causas externas (acidentes e violências), essas foram situadas entre as principais causas de internação e mortalidade no país<sup>33</sup>.

Segundo Lima<sup>34</sup>, a partir de todos esses movimentos, em 1999 inicia-se no âmbito do SUS a discussão e construção de uma Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Causas Externas, que em seu bojo trouxe fortemente a pauta da intersetorialidade e multidisciplinaridade, agregando esforços, reunindo diversos segmentos da sociedade civil, da academia e dos serviços de saúde.

A autora destaca que no ano seguinte houve uma desmobilização devido as pressões políticas internas no Ministério da Saúde (MS), enfraquecendo o processo de construção da Política e por não compreender a importância do tema e todo o benefício que poderia trazer à população brasileira, a Secretaria de Políticas de Saúde transfere as ações da área que estava à frente da proposta da política nacional específica para a Secretaria de Assistência à Saúde<sup>34</sup>.

É importante lembrar que mesmo antes da Política ser lançada nacionalmente em 2001, o MS em 1998 publicou a primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes<sup>01</sup>, no intuito de orientar as ações dos profissionais da saúde no atendimento às pessoas em situação de violência<sup>35</sup>.

Com esta norma no SUS, objetivou-se fornecer a adolescentes e mulheres o acesso imediato à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada, bem como outros cuidados de saúde.

Portanto, esta norma subsidia os profissionais de saúde na organização de serviços e na atuação eficaz e qualificada nos casos de violência sexual. Periodicamente a norma<sup>i</sup> é atualizada, considerando os novos consensos clínicos internacionais e nacionais vigentes referentes as mudanças na legislação sobre violência sexual, medicações retrovirais e a própria organização dos serviços do SUS.

A norma referida anteriormente citada corresponde a um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que é expandir e qualificar redes estaduais, do Distrito Federal e municipais, de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e conformar uma rede

---

i Atualmente esta norma se encontra na 3ª edição atualizada e ampliada em 2012<sup>36</sup>.

nacional de atendimento em saúde, considerando as múltiplas formas da violência sexual<sup>37</sup>.

Em 2001, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV) sendo assim, publicada por meio da Portaria GM/MS nº 737/2001 que traz o tema das violências e dos acidentes como um problema de saúde pública, com múltiplos determinantes sociais, vinculados à estrutura e a história socioeconômica e política do país<sup>32</sup>.

O lançamento desta Política foi fundamental, pois instituiu-se formalmente no Brasil o enfrentamento aos acidentes e às violências no âmbito do SUS, fornecendo subsídios aos gestores para o planejamento das ações e estratégias loco-regionais por meio de diretrizes, responsabilidades institucionais, monitoramento e avaliação.

No ano de 2002, a PNRMMAV foi ainda mais priorizada após a OMS, em seu Relatório Mundial, reiterar a violência como pauta relevante no setor da saúde. Estão visivelmente postos os princípios básicos que norteiam a PNRMMAV: a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento socioeconômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A PNRMMAV estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, estando incluídas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção dos acidentes e violências, por meio dos processos de articulação intra e intersetorial.

Dentre as diretrizes destacam-se: a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação da assistência pré-hospitalar; assistência interdisciplinar às vítimas de violências e acidentes; estruturação e consolidação do atendimento à recuperação e à reabilitação das vítimas; capacitação profissional e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas<sup>32</sup>.

Inicialmente a PNRMMAV era coordenada pela Secretaria de Assistência do MS e em 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a coordenação da política migrou para a SVS e a partir daí foi sendo bem mais estruturada a vigilância de violência, sendo construído o sistema de informações da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Visando apoiar os gestores e profissionais dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implementação de ações que promovam a igualdade e o exercício dos direitos humanos, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica intitulado: Violência intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço.

Nesta publicação a violência intrafamiliar/doméstica é pautada segundo o gênero e os ciclos de vida, dando foco igualmente a violência contra as pessoas com deficiência. As temáticas abordadas foram desenvolvidas especificamente para orientar os profissionais nas ações de diagnóstico, tratamento, prevenção da violência e estímulo às articulações entre setor saúde, segurança, justiça, educação, defesa dos direitos humanos e movimentos sociais<sup>38</sup>.

Ainda em 2001, com objetivo de ampliar a obrigatoriedade da notificação da violência contra criança e adolescente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), padronizar o instrumento a ser utilizado em todo Brasil e estabelecer, assim, o fluxo da ficha de notificação no setor saúde e de comunicação ao Conselho Tutelar, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.968/2001, que dispôs sobre a notificação às autoridades-competentes sobre casos suspeitos ou de confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades do SUS<sup>39</sup>.

Posto isso, ressaltamos que esta notificação foi fundamentada pelo que rege a Lei nº 8.069/1990 – que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e que em seu art. 13 determina que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”<sup>40</sup>.

Em 2003, foi promulgada a Lei nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências<sup>41</sup>. Esta lei é um avanço para garantia de direitos e proteção às pessoas com idade a partir dos 60 anos, assegurando-lhes algumas prioridades.

Nesta lei, em relação ao aspecto do enfrentamento à violência cabe um destaque a todo o Capítulo II que trata do Direito à liberdade, ao respeito e a dignidade, especialmente em seu parágrafo 3 explicita que: “É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

Nesse mesmo ano, por meio da Lei nº 10.778/2003, foi instituída a notificação compulsória em todo território nacional dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados<sup>42</sup>. Consideramos que esta Lei é mais uma conquista quanto aos direitos das mulheres e demandou do setor de saúde qualificar ainda mais os profissionais no sentido de promover uma atenção integral.

No ano seguinte, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que estabeleceu princípios, diretrizes e que incorporou por meio do enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores para uma atenção integral. O documento buscou consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto inseguro e no combate à violência doméstica e sexual<sup>37</sup>.

Ainda em 2004, no intuito de promover organização de uma Rede Nacional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violências que fosse capaz de fazer a gestão e organizar os fluxos assistenciais, o MS publica a Portaria GM/MS nº 936/2004, 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 e Promoção da Saúde em Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo responsabilidades das 3 esferas de gestão no SUS e com apoio das instituições acadêmicas. Esta Rede contribui para a estruturação da Rede de Atenção Integral às pessoas em situação de violências<sup>43</sup>.

A estruturação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde é uma estratégia potente para o enfrentamento à violência e implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Os Núcleos são espaços de gestão que favorecem uma estruturação de fluxo assistencial, maior articulação no setor saúde, assim como fora dele por meio de articulação intersetorial e organização da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

Já no final de 2004, foi instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprovado o instrumento e fluxo para notificação, sendo criada a Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras

Violências Interpessoais a ser utilizada em todo o território nacional por meio da Portaria GM/MS nº 2.406/2004<sup>44</sup>.

Em outubro de 2005, foi realizado o I Seminário Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de DANT, em acordo com as Secretarias de Estado de Saúde (SES), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS/capitais) foi construída uma Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências no período de 2005/2007.

Nessa agenda pautou-se o aprimoramento, a consolidação e a expansão da vigilância e do sistema de informação sobre violências e acidentes. Este seminário foi decisivo para que fossem pactuados compromissos desta pauta nas três esferas de gestão pública.

Uma normatização muito importante foi a publicação da Portaria GM/MS nº 1.508/2005, que dispõe sobre o Procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS<sup>45</sup>.

Esta portaria orienta os profissionais com o intuito de tornar seguro todo o procedimento de interrupção da gravidez nos casos previsto em lei. Cabe ressaltar que este procedimento deve ser garantido à mulher no local em que busca o atendimento. Caso haja dificuldade na realização do procedimento, incluindo objeção por parte do profissional, o gestor deve garantir que o procedimento seja realizado por outro profissional ou por outro serviço em tempo adequado.

Como continuidade ao que determina a Portaria acima referida foi elaborada a 1ª edição do caderno trazendo os aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde<sup>ii</sup>, no intuito de contribuir para uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde, mas também somar com os esforços e as iniciativas governamentais e não governamentais de enfrentamento à violência contra as mulheres em todos os seus ciclos de vida<sup>46</sup>.

Seguindo com o avanço nas normativas, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, apesar de não estar vinculada de forma direta à violência, tem um lócus importante para as pessoas em situação de violência. Nesta política, foi revista as diretrizes e normas para a organização da

---

<sup>ii</sup> Esta publicação foi atualizada e está na 2 edição, em 2011<sup>47</sup>.

Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>48</sup>.

Outro tema que tem vinculação direta com a pauta da violência é a Promoção da Saúde, que vem sendo discutido desde o processo de redemocratização do Brasil no período da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu como o grande marco da luta pela universalização do Sistema de Saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, defendendo a saúde como um direito social, assim como os demais direitos humanos e de cidadania.

Ainda nessa linha, em 2006 foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) por meio da Portaria GM/MS nº 687/2006, reafirmando a posição do setor saúde, além de incluir oficialmente o tema da violência em sua agenda, no que concerne a prevenção das violências e acidentes na perspectiva do desenvolvimento sustentável; da mobilidade e acessibilidade urbana, sustentável e com segurança; da promoção de ambientes, comportamentos e hábitos seguros e saudáveis para a população; e procura intervir sobre os fatores de riscos e sobre os modos e condições de vida<sup>49</sup>.

No que se refere as violências autoprovocadas, no Brasil o alto índice de suicídio alerta as autoridades sanitárias, a fim de trabalhar o aspecto preventivo do suicídio, foi lançada nacionalmente a Portaria GM/MS nº 1.876/2006 que estabelece diretrizes nacionais para prevenção do suicídio a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão<sup>50</sup>.

Ainda alusivo ao tema do suicídio, no mesmo ano foi lançado o material sobre Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Este manual foi elaborado em parceria entre Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e teve como objetivo subsidiar os profissionais no atendimento às pessoas que tentaram suicídio<sup>51</sup>.

No ano de 2006, entre os marcos nacionais legais relevantes, destaca-se a criação da Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo mudanças na tipificação dos crimes e nos procedimentos policiais e jurídicos. Em seu art 9º enfatiza que a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar deve ocorrer com articulação das diretrizes e princípios da Lei



Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema de Segurança Pública<sup>52</sup>.

Esta Lei, além de buscar coibir a violência contra mulher, gera benefícios decorrentes do avanço tecnológico e científico disponíveis no setor saúde, desde a concepção de emergência, à profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), entre outros procedimentos da saúde necessários e fundamentais nos casos de violência sexual, reiterando, desta forma, outras ações já realizadas e fomentadas no setor saúde.

Ainda mesmo ano, foi implantado na saúde o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Inicialmente agindo em serviços sentinelas para notificação dos casos de violências doméstica, sexual e outras violências, especialmente da violência contra criança, adolescentes, mulheres e pessoa idosa<sup>21</sup>.

Esse sistema atua de acordo com as respectivas legislações vigentes: Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>40</sup>; Lei nº 12.461/2011<sup>53</sup>, que altera a Lei nº 10.741/2003<sup>41</sup> - Estatuto do Idoso, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde; e a Lei nº 10.778/2003<sup>42</sup>, que determina a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados.

Desta forma, o VIVA permite captar os casos menos graves de violência doméstica, sexual, psicológica/moral, negligência/abandono, violência autoprovocada, os casos de trabalho infantil, como também colher informações sobre os autores de violências<sup>54</sup>.

A Vigilância de Violências e Acidentes fornece dados mais precisos para um diagnóstico sensível da situação e revela a magnitude e gravidade das causas externas (violências e acidentes), especialmente de casos não reconhecidos e não incorporados aos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e internações hospitalares (SIH), como é o caso das violências doméstica e sexual (interpessoais) e autoprovocadas. O sistema também possibilita conhecer a dimensão dos acidentes e violências que não geram internações ou óbitos, mas que são atendidas nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica<sup>54</sup>.

Posto isso, a notificação dos casos de violência realizada no setor saúde teve como objetivo gerar informações para a partir daí desencadear intervenções por meio de ações de cuidado, proteção e medidas que contribuam para cessar o ciclo

de violência existente bem como dimensionar o problema, identificando a demanda por ações de intervenção e permitir desta forma o monitoramento e análise do perfil epidemiológico<sup>55</sup>.

A notificação da violência é uma das etapas da vigilância, porém existem ainda alguns aspectos que dificultam este processo, que vão desde a identificação dos casos de violência nos serviços de saúde, até os possíveis encaminhamentos a outros setores para além da saúde.

Este contexto requer uma maior sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde para que eles possam de fato assumir esta atividade como parte da ação do cuidado no serviço que prestam.

Em 2009, a Vigilância de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada e inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ela está disponível para todos os municípios do Brasil e vem ampliando progressivamente o número de municípios e unidades notificadoras<sup>56</sup>.

O VIVA é constituído por dois componentes: I – Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais (Viva/Sinan); e II – Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinelas de urgência e emergência (Viva Inquérito). A Figura 2 apresenta o fluxo da notificação dos dois componentes do VIVA.

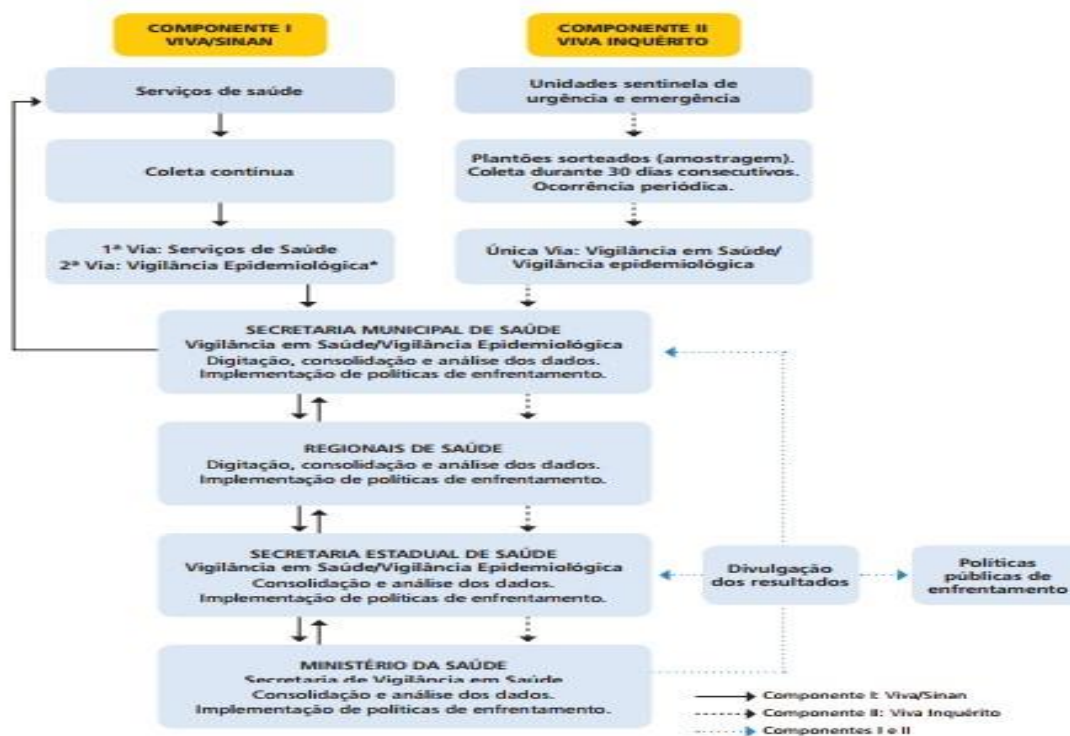


Figura 2 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)<sup>56</sup>.

Esses dois componentes de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e a análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas:

- Viva/Sinan: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências <sup>56</sup>;
- Viva Inquérito: Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência <sup>56</sup>.

A implementação do VIVA é responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF) e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), tendo o apoio do MS. Nos estados, o registro dos dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelas SMS, sendo, portanto, uma atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica dos Estados, do DF e Municípios, a consolidação e análise dos dados, conforme figura anterior<sup>20</sup>.

A sistematização dos dados é importante, pois possibilita a qualificação da caracterização dos tipos e da natureza das violências, do perfil das pessoas em situação de violência, dos (as) prováveis autores (as) das violências e demais informações de acordo com as variáveis da ficha de notificação. Essas informações coletadas fornecem subsídios para a construção de intervenções locais de enfrentamento à violência.

No contexto nacional, um importante marco foi à redefinição do conceito de estupro trazida pela Lei nº 12.015/2009 alterando o Código Penal, no Título dos Crimes contra dignidade sexual e liberdade sexual que em seu art. 213 explicita estupro como: ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”, tornando a lei mais rígida, especialmente, se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos<sup>57</sup>.

Por conta desta redefinição, houve necessidade no setor saúde de se adequar ao novo conceito de estupro ao registrar os casos de violência sexual na ficha de notificação de violência no SINAN.

Considerando a importância do processo de formação dos profissionais de saúde, foi construída em 2009 uma matriz pedagógica para formação de redes, a qual aborda a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual<sup>58</sup>.

Esse material foi resultado de discussões concretizadas ao longo dos anos de 2004 e 2005, quando vários técnicos do MS, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), da Secretaria Nacional de Segurança Pública e do Ministério da Justiça (MJ), selecionaram temas que deveriam ser abordados durante a formação dos profissionais que atuam nos serviços de enfrentamento à violência doméstica e sexual das redes municipais, estaduais e do Distrito Federal<sup>58</sup>.

Posteriormente, no intuito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes, foi publicada em 2010 a Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde<sup>59</sup>.

Essa publicação subsidia o profissional da saúde para articular a produção do cuidado às crianças e adolescentes em situação de violência em todos os níveis da atenção, assim como a garantia de direitos e proteção.

No que concerne a população idosa, além do lançamento do Estatuto do Idoso, outro marco nacional importante foi a promulgação da Lei nº 12.461/2011<sup>53</sup>, que altera a Lei nº 10.741/2003<sup>41</sup>, e passa a estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Determina que todos os casos suspeitos ou confirmados de violência contra pessoas idosas serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, e devem ser obrigatoriamente comunicados por eles aos órgãos de defesa e de proteção.

Importante referir que após 6 anos da PNAB, houve sua revisão, por meio da Portaria GM/MS nº 2.488/2012, em que está caracterizada a Atenção Básica (AB) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades<sup>60,61</sup>.

Reforça-se que a AB é fundamentada nos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Além de gerar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e agravos, ou de sofrimentos que venham prejudicar sua vida saudável<sup>62</sup>.

Considerando que a com PNAB se propõe a melhor articular as diversas iniciativas do SUS, é neste contexto que se insere a temática da violência, ampliando as ações intersetoriais, de prevenção e de promoção da saúde.

Ao considerar o elevado poder de descentralização e capilaridade da atenção básica, propõe-se que é a principal porta de entrada do usuário e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde<sup>61</sup>.

Percebe-se que é no âmbito da AB que se tem maior capilaridade para que as ações de prevenção da violência e promoção da saúde sejam mais efetivas e estruturantes, tendo em vista que é neste *locus* que chegam os casos que não adentram nos serviços de urgência e emergência.

Dessa forma, o enfrentamento à violência configura-se como importante elemento da saúde pública, no que concerne, especialmente, a atuação dos profissionais de Atenção Básica<sup>28</sup>.

Entre os anos de 2013 e 2015 foram intensificadas a agenda no que refere-se ao atendimento às pessoas em situação de violência sexual.

Em 2013, com a publicação do Decreto nº 7.958/2013, foram estabelecidas as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde<sup>63</sup>.

Ainda no mesmo ano, reforçando a pauta do atendimento nos casos de violência sexual, foi sancionada a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral as mulheres em situação de violência sexual. A lei estabelece que os serviços de saúde não podem mais dizer que não atendem assuntos relacionados à violência sexual<sup>64</sup>.

Esta lei determina que todos os hospitais integrantes do SUS devem oferecer a assistência necessária, que compreendem os serviços de:

- I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- II - amparo médico, psicológico e social imediatos;
- III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- IV - profilaxia da gravidez;
- V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;
- VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
- VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis<sup>64</sup>.

Visando qualificar a assistência às mulheres em situação de violência, ainda em 2013, houve o lançamento do Programa Mulher, Viver sem Violência, que teve como objetivo integrar e ampliar os serviços públicos existentes para as mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da

promoção da autonomia financeira. A iniciativa foi transformada em um programa de governo por meio do Decreto nº. 8.086/2013<sup>65</sup>.

Cabe enfatizar que as legislações instituídas nacionalmente com o foco no enfrentamento à violência são disparadoras para que a Rede de Atenção à Saúde do SUS se organize para promover uma atenção integradora às pessoas em situação de violência. Nesse sentido, é fundamental que os serviços de saúde se reorganizem conforme as normatizações para que haja resolutividade no atendimento prestado.

Tanto o decreto, quanto a Lei de 2013 citadas anteriormente, foram disparadores para as novas normatizações no setor saúde, reforçando, assim, a pauta do atendimento às pessoas em situação de violência sexual no SUS.

Diante do exposto, em relação às disposições para organização e funcionamento dos serviços foi publicada a Portaria GM/MS nº 485/2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS e faz alusão ao cadastramento do Serviço no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – Serviço nº 165 e suas classificações<sup>66</sup>, revogando a Portaria nº 528/2013.

Ainda com relação à atenção a saúde das pessoas em situação de violência, foi publicada a Portaria GM/MS nº 618/2014 que propõe a alteração da tabela de serviços especializados do SCNES para o serviço 165 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual - e dispõe sobre regras para seu cadastramento<sup>67</sup>.

Essa Portaria complementa as disposições da Portaria GM/MS nº 485/2014, esclarecendo aspectos relacionados ao cadastramento do Serviço e suas classificações no SCNES, possibilitando também os ajustes necessários no sistema que passará a contemplar as três classificações para o serviço 165<sup>67</sup>.

As adequações realizadas na referida portaria têm como objetivo uma melhor visualização dos serviços do SUS. Estes serviços são fundamentais na atenção às pessoas em situação de violência sexual, especialmente no tratamento para a redução de danos, na perspectiva da abordagem integral às pessoas em situação de violência sexual.

Portanto, o registro no código 165 do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e suas classificações no SCNES, possibilitam uma

maior divulgação nacional dos locais que ofertam o atendimento, como também para possíveis incentivos financeiros por parte do MS.

A seguir, o quadro 1 apresenta a classificação e características dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual:

Quadro 1 - Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e suas classificações no SCNES

<b>CÓDIGO</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO</b>
165	001 - Referência para Atenção Integral às mulheres em Situação de Violência Sexual; 002 – Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual; 003 - Referência para Atenção Integral às crianças em Situação de Violência Sexual; 004 - Referência para Atenção Integral aos homens em Situação de Violência Sexual; 005 - Referência para Atenção Integral às pessoas idosas em Situação de Violência Sexual;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento ininterrupto nas 24 horas por dia, 7 dias por semana;</li> <li>• Atenção integral conforme orientações da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e Linha de Cuidado para a Atenção integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violências;</li> <li>• Composição da equipe com: médico(a), enfermeiro(a), assistente social, psicólogo(a), farmacêutico(a) e técnico(a) em enfermagem. Exemplos: Hospital, Maternidade, Pronto-socorro, UPA.</li> </ul>
	006 - Referência para Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situação de estupro;</li> <li>• Risco de morte da mãe; e</li> <li>• Anencefalia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento ininterrupto nas 24 horas por dia, 7 dias por semana;</li> <li>• Atenção integral conforme Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento.</li> <li>• Composição da equipe com: médico (a), enfermeiro (a), assistente social, psicólogo (a), farmacêutico e técnico em enfermagem.</li> <li>• Exemplos: Hospital, Maternidade, Pronto-socorro, UPA</li> </ul>
	007 - Atenção Ambulatorial às	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento conforme suas especificidades e</li> </ul>



	<p>peças em situação de violência sexual</p>	<p>atribuições (acolhimento, atendimento humanizado, encaminhamentos, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição da equipe com: médico (a), enfermeiro (a) e técnico em enfermagem. Exemplos: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPs).</li> </ul>
	<p>008 – Coleta de vestígios de violência sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento Multiprofissional ininterrupto nas 24 horas por dia, 7 dias por semana;</li> <li>• Ter equipamentos e insumos disponíveis;</li> <li>• Equipe Multiprofissional (mínima) – médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a), assistente social e farmacêutico(a).</li> </ul>

Fonte: Adaptado dos Atos Normativos para a Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual<sup>68</sup>.

Considerando a importância do olhar e cuidado multiprofissional, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.415/2014 que criou o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela SUS<sup>69</sup>. Esse procedimento significa um importante avanço para o SUS, pois possibilita a remuneração pelas ações realizadas nos serviços de saúde cadastrados no SCNES e que são referência para a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, este registro é feito na primeira vez que a pessoa é atendida no serviço.

Ainda em 2014, o MS atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências<sup>70</sup>.

É considerada notificação compulsória a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo da portaria, cuja frequência pode ocorrer de modo imediato ou semanal.

Na referida lista, encontram-se a violência sexual e a tentativa de suicídio no rol dos agravos de notificação imediata, ou seja, de notificação compulsória

realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência desses agravos pelo meio de comunicação mais rápido disponível<sup>70</sup>.

Com o intuito de atualizar a PNPS lançada em 2006, no ano de 2014 esta política foi colocada em consulta pública para revisão e publicada posteriormente por meio da Portaria GM/MS nº 446, de 11 de novembro de 2014<sup>71</sup>.

Nesta nova publicação, no seu art. 2º apresenta:

[...] o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Apresenta também valores fundantes no processo de efetivação da PNPS, tais como a solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social. Traz ainda, como um dos temas prioritários, a abordagem da violência e cultura de paz<sup>71</sup>. A PNPS é uma política transversal que tem uma forte interface com a PNRMMAV devido ao seu caráter integrador e intersetorial.

Importante ressaltar que o objetivo principal da PNPS é “promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”<sup>71</sup>.

Os temas transversais da PNPS estão em consonância com os princípios do SUS e são referências para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias positivas, destacando responsabilidades das três esferas de gestão. Dentre estes temas estão a cultura da paz e dos direitos humanos que trazem à tona a criação de oportunidades de convivência solidária, respeito à vida, fortalecimento dos vínculos e desenvolvimento de tecnologias sociais que promovam mediação de conflitos e garantia dos direitos e da liberdade, com isto diminuindo a violência por meio de práticas de cultura de paz<sup>71</sup>.

Buscando qualificar os dados da notificação, em 2015, a ficha de notificação de violência do SINAN foi submetida a adequações nos seus campos de registros, incluindo outras variáveis que favorecem uma melhor identificação das

vulnerabilidades dos casos. O nome da ficha foi alterado para Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e compõe melhor as informações de orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência (ANEXO A).

Esta adequação foi realizada após diversas discussões e alinhamentos com gestores e técnicos da Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), Ministério da Justiça (MJ), Ministério da Educação, Ministério do Turismo, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SPPIR).

Nesse mesmo ano, após vários alinhamentos, foi publicada a Portaria Interministerial nº 01/2015, que Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT) composta por representantes da Secretaria de Direitos Humanos (SDH), Ministério da Justiça (MJ), Ministério da Saúde (MS), Secretaria Geral da Presidência da República (SGPR) e Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), e que tem a finalidade de prevenir, enfrentar e reduzir as diversas formas de violência praticadas contra a população LGBT<sup>72</sup>.

Ainda em 2015, foi publicada a Portaria Interministerial nº 288/2015, que estabelece a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual com o registro de informações e coleta de vestígios, também preconiza as orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>73</sup>.

Esta portaria integra ações do Programa Mulher: Viver sem Violência, busca integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados ao atendimento às mulheres em situação de violência.

Destacam como produtos de toda discussão interministerial: a publicação de uma Norma Técnica conjunta entre Saúde, MJ e SPM, com detalhamento dos procedimentos a serem realizados para a integração entre as áreas; a realização de cursos de capacitação para profissionais de saúde e segurança pública; e a publicação de outros atos normativos que estabelecem ações e recursos específicos para o setor saúde.

E na saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.662/2015 foram definidos critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui habilitação no Sistema de Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria o procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS<sup>74</sup>.

Outro importante avanço na legislação brasileira é a Lei nº 13.104/2015, também conhecida como a Lei do Femicídio. Esta reconhece como crime o evento violento praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. A Lei altera o Código Penal, pois qualifica o crime de homicídio como crime hediondo<sup>75</sup>.

Mais recentemente foi lançada a Portaria GM/MS nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências<sup>76</sup>, e revoga a Portaria nº 1.271/2014. A nova Portaria GM/MS nº 205/2016 define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes<sup>77</sup>.

Na Portaria 204/2016, no art. 2º estabelece que para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os agravos:

Qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada<sup>77</sup>.

Com a implantação da vigilância das violências está se tornando possível detectar os casos de violência que chegam aos serviços de saúde, haja vista que a população em situação de violência busca estes serviços no intuito de receber o cuidado à saúde. Esta atenção inclui as ações de promoção e proteção à saúde, prevenção da violência, tratamento às doenças e agravos e a reabilitação.

Cabe ressaltar, que as ações de vigilância, prevenção, promoção da saúde e da cultura de paz vem ao encontro da promoção da cidadania, da proteção e da garantia de direitos, sendo um avanço na defesa da vida, na busca da diminuição das iniquidades, da injustiça social e contra todas as formas de exclusão e intolerância.

A seguir, o quadro 2 sintetiza os principais marcos legais e atos normativos que são referências para o enfrentamento à violência. Este quadro propicia uma leitura dinâmica do processo evolutivo dos atos normativos que influenciaram

diretamente nos processos de intervenção na saúde no que concerne a temática da violência. Foram selecionados o período de 1998 a 2016, tendo em vista que foi a partir de 1998 que iniciaram as primeiras normatizações sistemáticas sobre o atendimento às pessoas em situação de violência no âmbito SUS.

Quadro 2 - Principais Marcos Legais, Atos Normativos - Referências para a Gestão no SUS no Enfrentamento à Violência no Brasil (1998-2016)

ANO	MARCOS LEGAIS/ NORMATIVAS	PRECONIZA/ESTABELECE/INSTITUI
1998-2006	1ª Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes -1998	Apresenta recomendações aos profissionais de saúde para adequada assistência às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual.
	Portaria GM/MS nº 737/2001	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
	Portaria GM/MS nº 1.968/2001	Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.
	Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Caderno de Atenção Básica nº 8. MS/2001	Caderno direcionado aos profissionais da Atenção Básica.
	Lei nº 10.741/2003	Estatuto do Idoso.
	Lei nº 10.778/2003	Institui a notificação compulsória em todo território nacional dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
	Portaria GM/MS nº 2.406/2004	Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.
	Portaria GM/MS nº 936/2004	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.
	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM- 2004)	Redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando as ações, focadas inicialmente na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes.
	Portaria GM/MS nº 1.508, de 1º de setembro de 2005	Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.
	Portaria GM/MS nº 648/2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
	Portaria GM/MS nº 687/2006	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
	Lei nº 11.340/2006	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher- Lei Maria da Penha.
	Decreto nº 5.948/2006	Aprova a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e institui Grupo de Trabalho Interministerial.
	Portaria GM/MS nº 1.876/2006	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Publicação do manual em 2006	Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.	

2009-2011	Lei nº 12.015/2009	Dispõe sobre os crimes hediondos, redefine crimes sexuais e tipifica estupro de vulnerável.
	Matriz pedagógica para formação de redes, que trata da Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual – 2009	Material elaborado para ser utilizado na formação dos profissionais que atuam nas redes municipais e estaduais de serviços para o enfrentamento da violência doméstica e sexual.
	2010 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.	Publicação que norteia as ações do cuidado integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência.
	Portaria GM/MS nº 2.472/2010	Inclui a notificação de violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas.
	Portaria nº 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS
	Lei nº 12.461/1011	Que altera a Lei nº 10.741, que estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.
	Portaria GM/MS nº 104/2011	Universaliza a notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências na Lista de Notificação Compulsória.
	Portaria GM/MS nº 2.488/2011	Revisão da PNAB estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2012-201	Decreto nº 7.958/2013	Estabelece as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS.
	Lei nº 12.845/2013	Atendimento obrigatório e integral às mulheres em situação de violência sexual
	Decreto nº 8.086/2013	Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências.
	Portaria GM/MS nº 528/2013	Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS.
	Portaria GM/MS nº 485/2014	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS.
	Portaria GM/MS nº 618/2014	Altera a tabela de serviços especializados para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento.
	Portaria GM/MS nº 446/2014	Redefine a PNPS.
	Portaria GM/MS nº 1.271/2014	Torna imediata (em 24horas) a notificação compulsória de Violência sexual e tentativa de suicídio.
	Portaria GM/MS nº 2.415/2014	Cria o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência.
	Lei nº 3.104/2015	Prever o Feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio -Lei do Feminicídio.

Portaria Interministerial nº 01/2015	Que Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT).
Portaria GM/MS nº 1.662/2015	Definidos critérios para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS.
Norma Técnica MS/MJ/SPM/2015	Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.
Portaria Interministerial nº 288/2015	Registro de informações e coleta de vestígios.
Portarias GM/MS nº 204/2016	Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde. Determina que os casos de violência sexual e tentativas de suicídio seja de notificação imediata (até 24h)

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

A de se considerar, que todas essas referências legais trazem em seu bojo a articulação intersetorial como fundamental para superar a fragmentação do saber, na busca de resoluções mais integradoras para problemas complexos a exemplo do enfrentamento à violência. Neste sentido, ressalta-se que para que seja concretizada a rede integral de proteção à pessoa em situação de violência é necessário a integração de políticas públicas em diversos setores da gestão e representantes da sociedade civil organizada.

Observa-se que para que seja concretizada a rede integral de proteção à pessoa em situação de violência é necessário a integração de políticas públicas em diversos setores da gestão e representantes da sociedade civil organizada.

Nessa perspectiva, é reconhecido que a produção articulada deste conjunto de atos normativos tem contribuindo consideravelmente no enfrentamento à violência, levando em consideração que sua abordagem permite uma intervenção interdisciplinar, promovendo a mobilização e prática de diversas áreas do conhecimento, e agregando, assim, outros saberes e práticas ao enfrentamento a violência.

## 2.2 A TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DO SUS

Nos espaços de gestão o processo de decisão ocorre a todo momento, sendo permeado pelas informações que são disponibilizadas pelos sistemas de informações e que servem como norteadores para o planejamento das ações no

setor saúde. Neste contexto, percebe-se que o planejamento e a tomada de decisão devem estar em sincronia no processo de gestão pública.

Para Paim e Teixeira<sup>78</sup> ao se referirem à área de políticas, planejamento e gestão em saúde, enfatizam que há situações de insuficiência de conhecimentos para a tomada de decisões e outras em que existem suficiência de conhecimentos, mas as decisões são postergadas. Ainda há situações em que as decisões se fazem necessárias apesar de poucas evidências de sucesso.

Paim<sup>79</sup> compreende a gestão em saúde como a direção ou condução de processos político-institucionais pertinentes ao sistema de saúde, sobremaneira conflituosos ou contraditórios, mesmo que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional sejam construídas ações de planejamento, de organização, de gerenciamento, de controle e de avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais utilizados na produção de serviços de saúde.

Na gestão, Tanaka e Tamaki<sup>80</sup> consideram que se requer a melhoria do funcionamento das organizações, para tanto é necessário a combinação dos recursos disponíveis na obtenção dos objetivos, para a partir daí institucionalizá-la por meio da formalização de estruturas, processos, fluxos, rotinas e procedimentos.

Este processo de institucionalização da gestão do SUS pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização e centralização, dirigido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à última Constituição Federal<sup>78</sup>.

A gestão na Saúde tem avançado muito nesses últimos anos, mas ainda tem a evoluir nos processos de institucionalização de uma gestão responsável, comprometida e ética.

Simon<sup>81</sup>, no intuito de estudar comportamento das pessoas nas organizações, inicia a discussão da teoria das decisões considerando que cada indivíduo participa racional e conscientemente, fazendo escolhas e decidindo individualmente a respeito de opções racionais de comportamento.

Os estudos de Simon<sup>81</sup> pretendiam conhecer as instituições e como se dava a gestão destas. Para isso realizou estudos do cotidiano das pessoas e dos seus processos de decisão.

Para Robbins, Judge e Sobral<sup>82</sup> a tomada de decisão se dá em decorrência de um problema que existe quando se constata uma desconexão entre a situação



atual de um determinado evento e o que se é desejável. Portanto, a decisão é um procedimento de análise e escolha entre determinadas opções.

De acordo com Maximiano<sup>83</sup>, as decisões são feitas para solucionar problemas ou aproveitar oportunidades, inicia com uma situação de frustração, interesse, desafio, curiosidade ou irritação, e há um objetivo a ser alcançado.

Chiavenato<sup>84</sup> considera que as pessoas decidem de acordo com a sua percepção das situações, de como analisam as informações, criam opiniões e assim tomam decisões.

Neste sentido, o processo de tomada de decisão é de responsabilidade e competência do gestor, que fazendo uso do seu conhecimento técnico, político, institucional, social, cultural e outros ou da compreensão que tem da problemática em questão, toma decisão utilizando todos os recursos necessários para solução desta<sup>80</sup>.

A classificação do processo de decisão, segundo Simon<sup>81</sup>, consiste em 3 etapas: 1ª) identificar todas as alternativas possíveis; 2ª) determinar todas as consequências possíveis para estas alternativas; e 3ª) avaliar todas as possíveis consequências.

A instituição que não tem informação para subsidiar suas decisões estratégicas, bem como a sua gestão, estará em desvantagem em relação às outras organizações do mesmo segmento, porquanto não será possível analisar, em um tempo mínimo, as alternativas de decisão, além de reproduzir eficazmente o resultado decorrente da decisão tomada<sup>85</sup>.

O processo decisório compreende a aplicação de diferentes modelos de tomada de decisão, cada um deles pertinente a uma determinada situação. Entre eles, destacamos como principais os modelos racional, processual, anárquico e político. Utilizamos como referencial teórico os conceitos de Choo<sup>86</sup>.

Vimos, assim, a importância destes instrumentos, não por sua individualidade, mas acima de tudo por seu sinergismo, pois o RAG, além de constituir-se em um instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), orientar a elaboração da nova Programação Anual e eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano de Saúde nas três esferas de gestão.

No que tange ao contexto do DF, a análise destes instrumentos está vinculada a um dos objetivos da pesquisa, o qual buscamos verificar de que maneira a gestão propõe intervenções com base na análise do problema da violência dentro do contexto local. Para isso, apresentaremos a análise no capítulo dos resultados da pesquisa.

### 2.3 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Ao abordar a temática da gestão há necessidade de retomarmos uma breve discussão sobre planejamento em saúde.

Para Merhy<sup>87</sup> o planejamento faz parte da vida do homem pelo menos em 3 situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, pois nesta ocorre processo de trabalho; como prática transformadora determinando assim novas relações sociais; e como método de ação governamental, tendo em vista a elaboração de políticas.

Corroborando com o pensamento de Merhy<sup>87</sup> quando compreende o planejamento como uma prática social, Paim considera que ao tempo que é técnica, é política, é econômica e é ideológica, sendo, portanto, um processo de transformação de uma situação em outra, pois há definição de uma finalidade, uma utilização de saberes, técnicas e atividades que são determinadas por relações sociais em uma determinada organização.

Porém, vale ressaltar que o autor acima menciona um alerta para a supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando o planejamento em um processo burocrático.

O planejamento consiste na formalização de procedimentos para a obtenção de resultados articulados, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras<sup>88</sup>. É considerado também como um modo de explicitação do que vai ser realizado, precisando ser identificado quando, onde, como, com quem e para que será realizado. Nesta lógica, o planejamento é um compromisso com a ação<sup>79</sup>.

O planejamento vai para além do modelo estratégico, pois com ele há condições de mapear limites, havendo para isto um entendimento quanto ao seu caráter, sendo uma ferramenta organizacional que parte de um processo maior de desenvolvimento das instituições<sup>89</sup>.

Ciampone e Melleiro<sup>90</sup> consideram o planejamento como a arte de fazer escolhas e de construir planos para favorecer um processo de mudança.

Na gestão há muita complexidade e subjetividades, os sistemas de direção, assim como o processo e as estratégias para a tomada de decisões, envolvem diversos interesses, motivações, racionalidades, intuição, conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, controle de tempo, das informações, das tecnologias e do financiamento, por fim, envolvem sujeitos e atores institucionais e não apenas sistemas e serviços<sup>91</sup>.

Com base no exposto, cabe ressaltar a Constituição da República Federativa do Brasil (CFB) de 1988, art. 194, que determina que seguridade social é definida como um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social<sup>92</sup>.

Outro destaque é no art. 165 (sessão II), que trata do orçamento e onde estão estabelecidos os instrumentos de planejamento da gestão pública. O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), objetivam organizar o processo de programação orçamentária de acordo com as necessidades de cada área. No quadro 3 a seguir encontra-se a síntese de cada instrumento:

Quadro 3 - Leis e Instrumentos orientadores do processo de planejamento governamental

LEIS E INSTRUMENTOS	O QUE ESTABELECE
<b>Plano Plurianual (PPA)</b>	Deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Para cada ano de vigência do PPA, elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO).
<b>Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO)</b>	Tem o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano, e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA).
<b>Leis Orçamentárias Anuais (LOA)</b>	Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobam toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta, e os investimentos das empresas estatais.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, adaptado do Manual de planejamento no SUS<sup>93</sup>.

Considerando as normativas destacadas anteriormente, os órgãos de gestão do SUS, o Ministério, as Secretarias de Estados de Saúde, do Distrito Federal e as Secretarias Municipais devem planejar de acordo com as prioridades loco-regionais, explicitando os orçamentos necessários para execução das ações e serviços de saúde.

As políticas públicas, o planejamento e a gestão em saúde, são áreas de complexidade, de subjetividades e incertezas. Existem momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões e outros em que existem conhecimentos suficientes, entretanto as decisões são adiadas. Existem também aqueles em que as decisões são imprescindíveis, apesar das poucas evidências<sup>78</sup>.

O Planejamento no Sistema Único da Saúde é uma função gestora que, além de requisito legal, é um dos mecanismos importantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS.

Portanto, o processo de elaboração do planejamento deve considerar o estabelecido na Lei nº 8.080/90, onde está explícito no Cap. III que o planejamento e orçamento do SUS será ascendente do nível local até o Federal, serão ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, estados e União<sup>29</sup>.

Cabe também um destaque ao art. 36 da lei acima citada, em seu parágrafo 1, que afirma serem “os planos de saúde a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Considerando isto, o planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente público, no âmbito Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil.

No ano de 2006, o sistema de planejamento do SUS foi regulamentado por meio da Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, e estabeleceu como instrumentos básicos desse sistema o Plano de Saúde, a Programação Anual em Saúde e o Relatório Anual de Gestão<sup>94</sup> e a Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprovou as orientações gerais relativas a estes instrumentos de Planejamento do SUS e que em 2013 foi revogada pela Portaria nº 2.135, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS<sup>95</sup>.

No mesmo ano a construção do Pacto pela Saúde apresentou como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase na definição de prioridades articuladas e integradas conforme as necessidades de saúde da população.

E por meio da Portaria GM/MS nº 399/2006/MS foi divulgado o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, e aprovando assim, as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Seu esboço foi composto por 3 dimensões<sup>96</sup>:

Pacto pela Vida: composto por um rol de compromissos sanitários apresentados em objetivos de processos e resultados e derivados da análise situacional da saúde do País e das prioridades definidas pelas três instâncias do governo (federal, estaduais, Distrito Federal e municipais). Representa a ação prioritária a ser realizada, focando em resultados e compromissos financeiros e orçamentários.

[...]

Pacto em Defesa do SUS: constituído por ações práticas e articuladas pelos três níveis de gestão, no intuito de reforçar o SUS como Política de Estado mais do que política de governos e de defender fortemente os princípios básicos do SUS de acordo com a Constituição Federal. Cabe ressaltar que para estas ações se concretizem haja, portanto, um movimento de repolitização da saúde, com participação social ultrapassando os limites do setor saúde e enfatizando a saúde como direito de cidadania.

[...]

Pacto de Gestão do SUS: estabelece as responsabilidades referentes a cada ente federado de forma explícita com objetivo de reduzir as competências concorrentes, contribuindo, desta maneira, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Dando sequência ao Pacto com a publicação do Decreto nº 7.508/2011<sup>97</sup> e da Lei Complementar nº 141/2012<sup>98</sup>, reforçam o planejamento em saúde na agenda do gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais, determinando assim a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento dos instrumentos de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS<sup>93</sup>.

Sendo assim, o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão são instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS, que se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Portanto, no processo de planejamento do SUS, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados precisam estar postos nos Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e nos Relatórios Anuais de Saúde, desde a sua

elaboração, formalização e atualização, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo<sup>99,100</sup>.

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no setor saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Estabelece os compromissos do governo para o setor saúde e a partir da análise situacional, identifica as necessidades de saúde da população e singularidades de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão com execução a partir do segundo ano em curso<sup>93</sup>.

O plano de saúde elaborado por cada uma das esferas de governo deve contemplar as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aquelas que afetam as especificidades de cada território. São construídos em consonância com o que ficou deliberado nas Conferências de Saúde (Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais)<sup>95</sup>.

No processo de construção do plano ocorre a compatibilização com o Plano Plurianual (PPA), instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento federal<sup>95</sup>.

Neste sentido, o Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde, e esta compreensão serve tanto para os Planos de Saúde, como para as Programações Anuais de Saúde (PAS), e se configuram como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção. É elaborado observando os prazos do PPA conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes<sup>99</sup>.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) elaborado em fevereiro de 2011 teve como objetivo orientar a gestão federal no período de 2012 a 2015. A construção da proposta do PNS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), contribuiu para o planejamento do MS e agregou ampla discussão técnica e política sobre prioridades e desafios na saúde, além do respeito à participação social, sendo assegurado o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>101</sup>.

Esse plano teve como foco a promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do SUS e foi estruturado em 14 diretrizes, que compreendem as ações estratégicas e os compromissos para o setor saúde.

Dentre as quatorze diretrizes cabe evidenciar algumas que trazem em destaque pontos que foram priorizados e que estão relacionados mais diretamente ao tema da violência:

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada:

[...] o fortalecimento das práticas integrativas e complementares nas redes de atenção, incluindo a sua organização, a qualificação/capacitação de profissionais nestas práticas, informação e promoção de estudos e pesquisas;

a implementação de núcleos de prevenção de violência nas Unidades Federadas com mais altos índices de homicídios, de agressões e de vitimização da população negra;

a realização de cursos de capacitação dos trabalhadores da saúde em relação ao enfoque racial na saúde, especialmente no combate ao racismo institucional.

[...] Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade:

[...] Desenvolvimento de protocolos unificados nas áreas jurídica, da saúde e da assistência social para o atendimento integrado de vítimas e violência sexual [...]

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção:

Na última diretriz citada é ressaltado o processo de envelhecimento ativo e a promoção da saúde da pessoa idosa, de modo a ampliar o seu grau de autonomia e independência para o autocuidado, envolvendo familiares e comunidade. E que as linhas de cuidado para idosos frágeis, por intermédio da formação de cuidadores, adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento, bem como fortalecer as ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na atenção básica, inserindo-se nesse modelo, a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência.

Importante ressaltar que na Diretriz 7, que trata da Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, há referência à Política de Promoção da Saúde com o foco na construção da cultura de paz, porém nesta diretriz não tem nenhuma referência a notificação de

violência interpessoal e autoprovocada, o que surpreende por ser a diretriz que aborda a vigilância de doenças e agravos.

Vale destacar, que os Planos Estaduais e Distrital de Saúde devem ter como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade interregional e em consonâncias com as diretrizes.

De acordo com a Lei complementar nº 141/2012 estes entes devem ainda explicitar a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde<sup>98</sup>.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem como objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever alocação de recursos orçamentários que serão executados. Nela deve conter as ações que contribuem para ao alcance dos objetivos e metas do Plano, as metas anuais para cada ação específica, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação<sup>93</sup>.

Conformando a tríade dos instrumentos de gestão do planejamento do SUS, existe o Relatório Anual de Gestão (RAG) que traz os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), alinhados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta. Também orienta possíveis redirecionamentos que se fizerem pertinentes ao Plano de Saúde e as próximas programações<sup>93</sup>.

O RAG constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Pactuado em 15 de dezembro de 2011 na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a regulamentação do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituiu sua obrigatoriedade como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG), no âmbito do SUS.

De acordo com o Manual do Planejamento do SUS<sup>93</sup>, no conteúdo do RAG devem-se contemplar os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na PAS; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da



PAS, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

O RAG deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, o envio dos seus Relatórios de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. Importante mencionar que a partir de 2010, o MS disponibilizou o sistema SargSUS<sup>93</sup>. Este instrumento foi construído em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Sistema Anual de Apoio à Construção do Relatório de Gestão no SUS (SargSUS) é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o CONASS e CONASEMS, e tem o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde<sup>93</sup>.

Essa ferramenta propicia aos gestores estaduais e municipais a construção do Relatório Anual de Gestão. O SargSUS foi instituído e regulamentado no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 575/2012 do Ministério da Saúde<sup>102</sup>.

Portanto, além de constituir-se em um instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, o relatório tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), orientar a elaboração da nova Programação Anual, bem como eventuais ajustes que forem necessários no Plano de Saúde nas três esferas de gestão.

Cabe destacar, que a alimentação do SargSUS se tornou obrigatória por meio do Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) 1459/2011, no intuito de permitir o acesso dos referidos relatórios por meio da rede mundial de computadores<sup>93</sup>.

A seguir temos a síntese dos instrumentos referentes ao processo de planejamento no SUS com aspectos das temporalidades e elementos destacadamente estratégicos, que devem ser observados a partir de sua construção, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Instrumentos de planejamento, temporalidade e aspectos estratégicos

INSTRUMENTO	TEMPORALIDADE	ASPECTOS ESTRATÉGICOS
<b>PLANO DE SAÚDE</b>	A cada 04 anos	Deve conter análise situacional do território, objetivos, diretrizes, metas, indicadores, aspectos do monitoramento e avaliação. Sua elaboração ocorre durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso com execução a partir do segundo da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
<b>PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE</b>	Anualmente	Contempla a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, descrevendo as ações e respectivos recursos financeiros.
<b>RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO</b>	Anualmente	Refere-se à apresentação dos resultados vinculados a PAS, deve conter as diretrizes, objetivos, indicadores do Plano de Saúde, análise da execução financeira, recomendações para revisões do referido plano. Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão municipal, relativo ao ano anterior, pelo Conselho Municipal de Saúde, à CIB, até 31 de maio do ano em curso.

Fonte: Adaptado do Manual de planejamento no SUS<sup>93</sup>.

No ciclo mais recente do processo de gestão do SUS, temos dois instrumentos normativos importantíssimos, o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012.

Com a publicação do Decreto acima citado que regulamenta aspectos da Lei nº 8.080/90 e que tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população<sup>97</sup>, o que implica a prática simultânea da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional articulado a definição das redes de atenção à saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Sendo assim, o Decreto nº 7.508/2011, vêm regulamentar alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS com o objetivo de enfrentar parte significativa dos desafios

da gestão e reorganização dos SUS, principalmente as questões vinculadas ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta o art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil e define as normas de fiscalização, controle e avaliação das despesas dos três níveis de gestão, o federal, estadual ou distrital e municipal. E a Portaria GM/MS nº 2.135/2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Observamos, assim, a importância destes instrumentos, não por sua individualidade, mas por seu sinergismo, tendo em vista que o RAG, além de constituir-se em um instrumento de comprovação da aplicação dos recursos utilizados, tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orientar a elaboração da nova Programação Anual, bem como eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano de Saúde nas três esferas de gestão.

No que se refere ao DF, a análise destes instrumentos está vinculada a um dos objetivos da pesquisa, que busca verificar de que maneira a gestão propõe intervenções com base na análise do problema da violência dentro do contexto local. Para isso, apresentaremos a análise no capítulo correspondente aos resultados da pesquisa.

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo é descrito o caminho metodológico percorrido durante a elaboração da presente pesquisa, com a finalidade de apresentar como ocorreu cada etapa do estudo. Aqui, descrevemos o processo de investigação, iniciando pelo cenário, participantes da pesquisa e aspectos éticos legais. Será apresentada a caracterização da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados, os procedimentos e técnicas de análise dos dados.

#### 3.1 CENÁRIO, PARTICIPANTES DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

A capital escolhida para a pesquisa foi Brasília, localizada no Distrito Federal, devido sua relevância no contexto nacional, sua complexidade no âmbito da gestão em saúde e seu arranjo distrital, diferenciando-se das demais capitais do Brasil por sua história no enfrentamento à violência e por ser o local com maior viabilidade de acesso para realização das pesquisas de campo.

O período de 2012 a 2015 foi escolhido para realização da pesquisa documental, pois contempla o Plano de Saúde em vigência no início da pesquisa, além de ser o início da fase de transição entre o Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7.508/2011, o qual veio regulamentar a Lei nº 8.080/90 nos aspectos do planejamento, da assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Por abordar aspectos voltados à gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), o critério de seleção dos participantes do estudo foi de acordo com o desenvolvimento das funções gestoras por eles desempenhadas.

A amostra selecionada inicialmente foi composta por 40 gestores da SES/DF, são eles: o Secretário de estado da Saúde do DF; o Subsecretário de atenção integral à saúde; o Subsecretário de vigilância em saúde; o Diretor de Vigilância Epidemiológica; o Coordenador da Atenção Primária (AP); os Superintendentes das regiões de saúde; o Gerente do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT); o Coordenador do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV); os Chefes dos Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência (NUPAV) das Regiões de Saúde; e os coordenadores dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV).

Devido às dificuldades de agendamento de algumas entrevistas e após diversas tentativas de realizá-las, sem sucesso, alguns dos gestores não participaram do estudo. Portanto, a amostra final foi composta por 32 gestores que foram divididos em dois grupos, conforme figura 3.

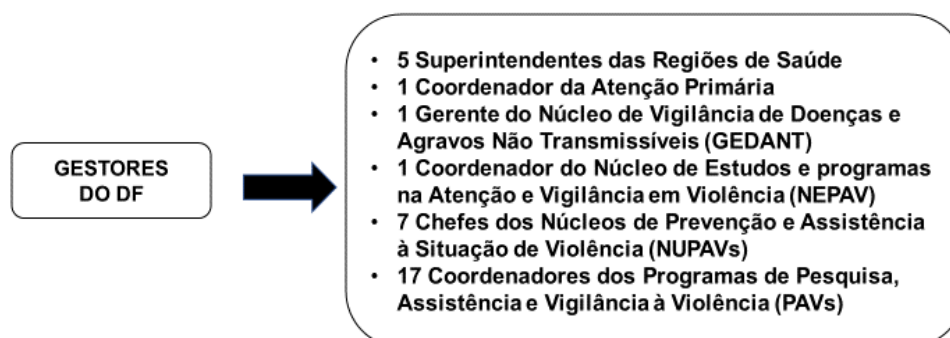


Figura 3 – Relação de gestores participantes da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

Dividimos os participantes em dois grupos. O primeiro contemplou os gestores vinculados a gestão central e regional do DF. O segundo grupo foi formado pelos coordenadores que fazem a gestão dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAVs) e prestam atendimento às pessoas em situação de violência e que se encontram nos serviços das Regiões Administrativas (RAs) do DF.

O contato com os gestores para fazer o convite para participação no estudo e confirmação das entrevistas ocorreu através de encontros presenciais, e-mails, ligações telefônicas e mensagens por Whatsapp. Todas as entrevistas foram agendadas de acordo com a conveniência dos participantes, sendo, portanto, sugeridos por eles, data, local e horário. Todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho do participante.

Foi levado em consideração o sigilo e o anonimato das informações e os participantes foram informados e esclarecidos sobre todo o processo da pesquisa,

de acordo com o que estabelece a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>103</sup>.

As entrevistas foram iniciadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), parecer número 1.780.374 de outubro de 2016. Assim, o período de realização das entrevistas ocorreu de 01 de novembro de 2016 a 15 de março de 2017. Ressalta-se que muitas entrevistas foram remarçadas devido a festividades de final de ano, período de férias e licenças médicas.

No encontro da entrevista, os gestores foram esclarecidos quanto ao teor da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa, autorizando a sua participação no estudo. Foi entregue a cada participante uma cópia dos termos assinados por mim e pela orientadora da pesquisa.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

No intuito de atingir o objetivo proposto que foi analisar a inserção do tema da violência na saúde, a partir dos instrumentos de gestão do SUS e da visão dos gestores do DF para tomada de decisão utilizamos uma abordagem qualitativa para a análise dos dados.

Este estudo constitui-se, portanto, em uma pesquisa de base documental e de campo. Para isso foi realizada de maneira ordenada a delimitação da área de estudo e dos dados de coleta dos registros de interesse investigatório<sup>104,105</sup>.

Segundo Ludke e André<sup>106</sup>, a pesquisa documental é uma técnica importante para complementar informações já reveladas por outras técnicas e/ou revelar novos aspectos importantes do tema em estudo.

A diferença entre pesquisa bibliográfica e documental está na natureza das fontes, a primeira é disposta de forma a ter seu acesso potencializado e a outra depende do conhecimento sobre o tema e da curiosidade do pesquisador<sup>105</sup>.

Devido ao aprofundamento e foco dado ao Distrito Federal no que se refere à investigação e análise, esta pesquisa pode ser considerada como um estudo de caso. Que de acordo com Triviños<sup>107</sup>, é possivelmente um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa e se caracteriza pelo aprofundamento do(s) objeto(s)

estudado(s). Esse conceito é confirmado por Gil<sup>105</sup>, ao afirmar ser um procedimento metodológico que envolve estudo aprofundado e exaustivo de um ou mais objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

Sendo assim, o presente estudo de caso é uma investigação empírica, que possibilita a coleta de dados relevantes e convenientes em campo e viabiliza análises que são observáveis na realidade, posto que o pesquisador esteja focado nesse espaço e tempo delimitado<sup>105,108</sup>.

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Quanto aos procedimentos técnicos para realização da coleta de dados, foram utilizadas fontes secundárias para análise documental dos instrumentos de gestão na saúde, e uma matriz de análise, especialmente, dos atos normativos da Saúde do Distrito Federal vinculados ao tema da violência.

Foram analisados o Plano Distrital de Saúde, as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), todos referentes ao período de 2012 a 2015. É oportuno ressaltar que o acesso que tive as PAS foi por meio dos RAG, pois nestes constam os documentos das programações anuais e relatórios anuais de gestão.

Os instrumentos de gestão foram obtidos no site do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, todos de acesso público.

Além dos instrumentos formais de gestão, acessei pelo site da SES/DF outros documentos instituídos no âmbito da gestão da saúde a exemplo de Decretos, Leis, Resoluções, Portarias, Boletins Epidemiológicos da Violência no DF, fluxo assistencial, fluxo da notificação dos casos de violência que adentram nos serviços de saúde, notas técnicas e projeto técnico que serviram como referencial teórico do estudo.

Foram utilizadas também fontes primárias, por meio da aplicação de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado. Segundo Triviños<sup>107</sup>, a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos, fundamentados por teorias e hipóteses que interessam ao estudo. Nesse caso, a pessoa a ser entrevistada segue

a linha de seu raciocínio considerando suas vivências e mantendo o foco no objeto destacado pelo pesquisador.

De acordo com Gil<sup>105</sup>, na entrevista semiestruturada o entrevistador permite que a pessoa entrevistada fale livremente sobre o tema, mas esforça-se para que seja voltado sempre para o tema da pesquisa.

A escolha da entrevista semiestruturada como instrumento de coleta dos dados foi devido à complexidade do tema e as especificidades das funções dos gestores, então se buscou deixá-los livres para responder as questões aproveitando as informações que pudessem surgir fora do roteiro, contudo sem perder o foco do estudo.

O roteiro da entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas com o objetivo de coletar as informações quanto à inserção da temática da violência na gestão da saúde no Distrito Federal (APÊNDICE A).

A elaboração do roteiro semiestruturado para entrevista foi organizado em 21 questões distribuídas nos cinco blocos apresentados abaixo:

- Caracterização dos (as) gestores (as);
- Processo de organização das estruturas da SES/DF no enfrentamento à Violência;
- Posição sobre a importância do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF;
- Posição sobre a inserção da temática do enfrentamento à violência nos instrumentos de gestão da SES/DF; e
- Posição sobre as possibilidades e limites na perspectiva do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF.

Utilizando um diário de campo, como instrumento de registro das observações, anotamos os contatos realizados, as datas das entrevistas e as principais observações do processo de coleta de dados, que foram desde a articulação dos primeiros contatos com cada assessor e/ou gestor para o agendamento das entrevistas, até as possíveis intercorrências de cada momento.



Neste diário de campo registramos também as distâncias percorridas nas idas e vindas aos PAVs das RAs das regiões de saúde, sendo percorrido um total de 1.215,3 km durante as entrevistas realizadas.

As 32 entrevistas foram pré-agendadas de acordo com a disponibilidade dos(as) gestores(as) e foram realizadas em seus ambientes de trabalho pela pesquisadora. As conversas foram registradas em gravador de voz digital e possuíram em média uma duração de 50 minutos cada. Posteriormente, os áudios foram transferidos para o computador e foram realizadas as degravações dos diálogos.

Devido às demandas do cargo dos participantes e por estarem em seu local de trabalho, algumas entrevistas foram pausadas por interrupção de terceiros ou por chamadas telefônicas, mas retomadas rapidamente, não havendo prejuízo no conteúdo e informações dos diálogos.

### 3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Quanto a análise dos dados coletados, a opção metodológica adotada foi a abordagem qualitativa para realização da análise documental dos instrumentos de gestão, bem como do conteúdo gerado nas entrevistas dos gestores.

Em relação aos instrumentos de gestão, realizamos uma leitura exaustiva dos seus conteúdos, procurando identificar os elementos conceituais e técnicos que guardavam relação com a questão do enfrentamento à violência na saúde no DF.

A leitura foi feita teve como base o Plano Distrital de Saúde (PDS), que do ponto de vista do processo de planejamento é o desencadeador da construção das Programações Anuais de Saúde (PAS) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

A partir desta definição, fizemos a análise das diretrizes, objetivos, metas, respectivas programações e subseqüentes resultados expressos nos RAGs, buscando identificar como o gestor manifesta suas ações no sentido da priorização do tema e seu enfrentamento como expressão da tomada de decisão.

Foram coletados dados documentais e relatos por meio da aplicação de entrevista semiestruturada que possibilitou identificar o conhecimento dos gestores quanto a organização e funcionamento da estrutura da SES/DF, a qual coordena o processo de enfrentamento à violência, compreensão da importância do tema da

violência na saúde, principais ações e estratégias intra e intersetoriais, como estão pautadas a abordagem da violência nos instrumentos de gestão, assim como as possibilidades e limitações da gestão no que concerne à temática da violência a partir do contexto do setor saúde.

Quanto ao objetivo da pesquisa qualitativa, Richardson <sup>109</sup> ressalta que:

O objetivo fundamental da pesquisa qualitativa não reside na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo; está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno<sup>109</sup> (p. 102).

Portanto, a pesquisa qualitativa tem fundamento teórico e permite desvelar processos poucos conhecidos, construir novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação, podendo também ser utilizada para elaboração de novas hipóteses, indicadores, variáveis e tipologias<sup>110</sup>.

Esse tipo de entrevista considera seriamente o contexto e o(s) caso(s) para entender uma questão em estudo, visando abordar um mundo “lá fora” e entender, descrever e algumas vezes, explicar o objeto estudado<sup>111</sup>.

De acordo com os autores mencionados, considera-se que na pesquisa qualitativa sua validade se dá pelo aprofundamento do estudo em pauta.

Como técnica para análise dos dados foi adotada a análise de conteúdo do tratamento dos instrumentos de gestão e das entrevistas realizadas com os gestores, pela possibilidade desta de ampliar a detalhamento das informações, permitindo inferir novos conhecimentos e reflexões sobre o objeto de estudo da pesquisa.

A análise documental é uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de banco de dados, sendo, portanto, uma representação condensada das informações para consulta e armazenamento. É utilizada para obtermos, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, o delineamento das estruturas de relevância dos conteúdos. Ressalta-se que posteriores às análises poderão ser feitas as inferências e os cruzamentos das informações<sup>112</sup>.

Tomando como base Bardin<sup>112</sup>, a análise de conteúdo foi organizada em três fases, conforme o quadro 5:

Quadro 5- Organização da análise de dados

FASE	CARACTERIZAÇÃO
<b>1ª- Pré-Análise</b>	Realizamos leitura fluante dos instrumentos de gestão e das transcrições das entrevistas que no conjunto duraram 16h 47m; leituras do material para apropriação de cada relato e a partir daí sua preparação para categorização.
<b>2ª- Exploração do material</b>	Realizamos leitura mais detalhada dos instrumentos de gestão, identificamos que as PAS constavam nos mesmos documentos dos RAGs e a partir daí selecionamos os aspectos referentes ao tema objeto de estudo. Fizemos segunda leitura das entrevistas buscando qualificar os resultados, identificar os conteúdos estratégicos para a organização das categorias de análise.
<b>3ª - Tratamento dos resultados</b>	Quanto aos instrumentos de gestão fizemos uma análise da circunstância dos conteúdos encontrados, buscando identificar os aspectos inerentes ao sinergismo entre os mesmos e os processos e práticas de enfrentamento à violência. Para análise dos dados organizamos os 5 blocos das entrevistas. Um deles foi utilizado para a caracterização dos gestores e foi trabalhado de forma individualizado, garantindo o delineamento do perfil dos entrevistados. Os demais blocos foram transformados em quatro categorias para análise de conteúdo, resultando na seguinte situação: Categoria 1 - Organização da estrutura da SES/DF no enfrentamento à violência; Categoria 2 - Importância do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF; Categoria 3 - Inserção da temática do enfrentamento à violência nos instrumentos de gestão da SES/DF; e Categoria 4 - Possibilidades e limites da gestão no enfrentamento à violência.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

Para auxiliar na análise dos dados coletados nas entrevistas, utilizamos o software de análise textual IRAMUTEQ, desenvolvido por Pierre Ratinaud, com fonte aberta e licenciado por GNU GPL (v2), que permite realizar análises sobre dados textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras<sup>113,114</sup>.

A escolha deste Software foi pelo fácil acesso, por ser gratuito e disponível para uso público. O programa viabiliza diferentes tipos de análises textuais, desde

as mais simples, como a lexicografia (contagem de palavras), até as análises multivariadas, como classificação hierárquica descendente, análises de similitude, distribuição de vocabulário de maneira compreensível e visivelmente agradável.

O referido software permite cinco tipos de análises, as textuais clássicas, as especificidades e análise fatorial de correspondência, método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análises de similitude e nuvem de palavras.

O IRAMUTEQ não é um método e os relatórios gerados pelo software não são em si análise dos dados, por isso requer do pesquisador conhecimento do tema específico do estudo <sup>113, 114</sup>. Nesta pesquisa utilizamos a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise de similitude.

Ao analisar o material das entrevistas, inicialmente organizado em 5 blocos, verificamos que dentre eles, os blocos 3 (categoria 2) e 5 (categoria 4) apresentaram maior conteúdo textual, portanto, oferecendo melhores condições para se trabalhar utilizando o instrumento de análise do IRAMUTEQ.

Vale destacar que os resultados foram apresentados e sistematizados conforme a Figura 4, porém cabe uma ressalva no que se refere à elaboração dos artigos 2 e 3.

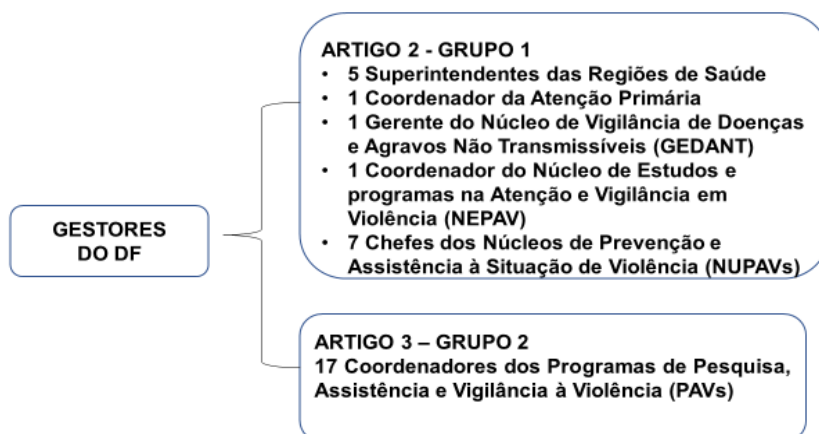


Figura 4 – Divisão dos gestores por grupos para elaboração dos artigos 2 e 3.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

No artigo 2 agrupamos os 15 gestores que desenvolvem função mais próxima do nível central, portanto não são gestores de serviços. No artigo 3 selecionamos os 17 gestores/coordenadores dos programas PAVs.

Esta escolha deve-se ao fato destes dois grupos realizarem funções gestoras em espaços bem diferentes e que certamente possuem visões diversificadas do tema em questão do estudo.

Nessa perspectiva, as escolhas feitas para instrumentalizar a análise dos dados, conforme apresentado na Figura 5, permitiram ampliar o nosso olhar sobre o objeto estudado, possibilitando a construção de resultados expressos na análise dos instrumentos de gestão e nos três artigos que compõem o capítulo a seguir dos resultados.

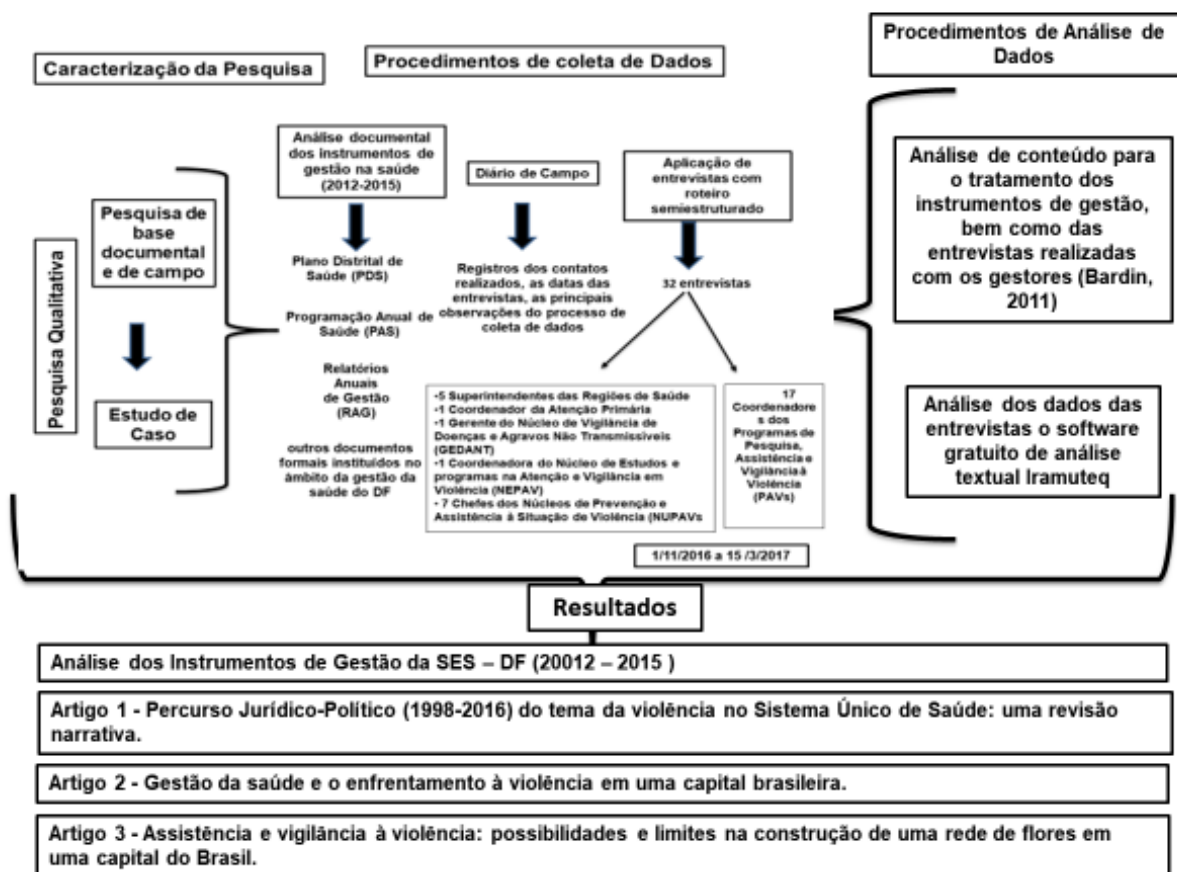


Figura 5 - Síntese do caminho metodológico da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

## 4 ESTUDO DE CASO - O DISTRITO FEDERAL

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (DF)

O Distrito Federal (DF) é uma Unidade Federativa atípica, apesar de apresentar semelhantes problemas das demais regiões metropolitanas brasileiras. Brasília, em sua origem, foi projetada como exemplo de organização urbana para abrigar uma população de 500 mil habitantes no ano 2000, número que foi atingido no fim dos anos 60<sup>115</sup>.

De acordo com o Censo 2010, atualmente Brasília possui uma população de 2.570.160 milhões de habitantes. De 2000 a 2010 houve um aumento populacional de 519.014 mil habitantes e está classificada como a quarta cidade mais populosa do Brasil. Hoje corresponde ao segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Brasil entre as capitais, superada apenas por Vitória<sup>116</sup>.

O DF compreende um quadrilátero com uma área de 5.789,16 Km<sup>2</sup>, que corresponde a 0,06% da superfície do Brasil e tem como limites naturais o Rio Descoberto, a oeste, e o Rio Preto, a leste. Ao norte tem como limites os municípios de Planaltina, Padre Bernardo e Formosa, ao sul está Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama, Valparaíso de Goiás e Cristalina, todos municípios do Estado de Goiás<sup>115</sup>.

Ao leste faz limites com o município de Cabeceira Grande, pertencente ao Estado de Minas Gerais, e Formosa, pertencente ao Estado de Goiás. A oeste faz limites com os municípios de Santo Antônio do Descoberto e Padre Bernardo, também do Estado de Goiás<sup>115</sup>.

O território do DF, por questões de gestão, foi dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs) estabelecidas por Leis Distritais aprovadas e publicadas, e por 7 regiões de saúde (Centro-Sul, Centro-Norte, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul)<sup>117</sup>. O DF possui em seu entorno características singulares que afetam na definição e execução das políticas públicas em todos os setores da gestão.

O DF possui o maior rendimento médio do país e se mantém na 7ª posição entre as maiores economias do Brasil, além de seu elevado PIB per capita, porém, destacam-se ainda as diferenças socioeconômicas entre as regiões administrativas.

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o mais elevado entre as 27 unidades da federação e possui a menor taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais<sup>117</sup>.

A região do DF abrange áreas dos territórios dos estados de Goiás, Minas Gerais e do próprio DF. Em 1988 foi publicada a Lei Complementar nº 94/1988 que criou a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF (RIDE/DF), que teve como base a integração de ações governamentais entre União, estados e municípios, visando a resolução dos problemas que atingem a população desses três territórios<sup>117</sup>.

A RIDE do Distrito Federal é composta por 19 municípios do Goiás, são eles: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa<sup>118</sup>.

É composta também por três municípios do estado de Minas Gerais, são eles: Unai, Buritis e Cabeceira Grande. Vale ressaltar que a população dos 22 municípios envolvidos na RIDE/DF mantém uma dependência quanto a atenção à saúde<sup>118</sup>.

A RIDE/DF tem como competência articular, harmonizar e viabilizar as ações administrativas da União, do Distrito Federal, dos estados de Goiás, Minas Gerais e dos municípios que a compõem. É responsável pela promoção de projetos que visem à dinamização econômica e provisão de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento em escala regional. Seu objetivo é buscar soluções para os problemas gerados pelo crescimento populacional e urbano desordenado das RAs do DF e de seu entorno. Essas regiões ao longo dos anos encontravam-se cada vez mais povoadas por migrantes em busca de melhores condições de vida, o que acabou pressionando os serviços públicos da capital do país<sup>118</sup>.

No que tange a RIDE/DF, é importante salientar que o Observatório de Violência (OV) do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (UnB), durante os anos de 2006 e 2007 firmou convênio com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde por meio da adesão ao edital Nº 3 de 11 de setembro de 2006, que forneceu assessoria aos 22 municípios da RIDE/DF na implantação dos Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde<sup>119</sup>.

Desses 22 municípios, 7 (Planaltina/GO, Cristalina/GO, Cidade Ocidental/GO, Alexânia/GO, Cocalzinho/GO, Cabeceira Grande/MG e Buritis/MG) manifestaram interesse em concorrer ao Edital Nº de 03 de 11 de setembro de 2006, publicado para destinar verbas para Projetos de Estruturação do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. Todos os municípios foram contemplados.

A equipe do OV assessorou os gestores e técnicos da vigilância dos 7 municípios na construção das propostas dos projetos, porém apenas 4 destes enviaram projetos, foram contemplados a Cidade Ocidental/GO, Alexânia/GO, Cocalzinho/GO e Buritis/MG. Nos editais seguintes lançados mais 4 municípios se inscreveram e foram contemplados, Abadiânia/GO, Águas Lindas/GO, Padre Bernardo/GO e Cristalina/GO<sup>119</sup>.

O Projeto de Estruturação, implementação e consolidação dos Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde estava em consonância ao que estabelece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Portaria GM/MS Nº 936/2004.

No relatório de avaliação deste Projeto, 8 dos municípios que compõem a RIDE/DF implantaram de fato o Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde<sup>119</sup>.

No que concernem às condições de saúde da população do DF em 2009, que constam no Plano Distrital de Saúde (2012-2015)<sup>115</sup>, foram registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) 54.744 nascimentos no âmbito do DF. Desse total, 80% (43.934 nascimentos) foram de filhos de mulheres residentes na região.

Na análise do número de nascidos vivos por faixa etária da mãe, no período de 2000 a 2009 observa-se o aumento no percentual de nascimentos de mães acima de 35 anos (de 8,0% para 13,2%). Proporcionalmente, houve a diminuição de mães adolescentes na faixa de 10 a 19 anos (de 19,0% para 13,6%). Nos anos anteriores as áreas economicamente menos favorecidas tiveram maior número de mães adolescentes, ao passo que as áreas economicamente mais favorecidas tiveram maior proporção de mães acima de 35 anos<sup>115</sup>.

O DF não se difere das outras unidades federadas do Brasil e dos outros países em desenvolvimento quanto à situação de saúde, que é denominada de tripla carga de doenças. A tripla carga de doenças se caracteriza por infecções,



desnutrição e problemas de saúde reprodutiva somada ao forte crescimento das causas externas (violências e acidentes) e ao desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, que se destacam como fator predominante de adoecimento e óbito<sup>115</sup>.

Considera-se que essas doenças e agravos podem estar relacionadas à exposição crônica a inadequadas condições de vida, que correspondem ao baixo acesso a infraestrutura, educação de qualidade, condições socioeconômicas e acompanhamento da situação de saúde da população, entre outros fatores.

Com relação aos dados de mortalidade, no ano de 2009 foram registrados 13.183 óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade do DF. Destes, 79% (10.452) foram óbitos de residentes da região. Do total de óbitos de residentes no DF, 81% dos casos ocorreram em hospitais. Das causas dos óbitos, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, com 27,7%, as neoplasias, com 18,6%, e as causas externas, com 18,6%<sup>119</sup>.

De acordo com os dados mais recentes do Informativo Epidemiológico de 01 de dezembro de 2016, disponibilizado no site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, quanto a Violência Interpessoal/Autoprovocada do Distrito Federal no período de 2011 a 2015, foram registrados um total de 11.541 notificações de violência.

Os maiores percentuais de residências com pessoa em situação de violência foram na cidade administrativa de Ceilândia, com 9,7% dos casos, seguidos pelas cidades administrativas de Samambaia, Gama, Taguatinga com 8,8%, 8,4%, 6,7%, respectivamente, e Recanto das Emas com 6,7%. Ressalta-se que as cidades de Samambaia, Taguatinga e Recanto das Emas fazem parte da mesma região de atendimento de saúde, a Sudoeste<sup>120</sup>.

Do total desses casos, 8.210 vítimas são do sexo feminino e 3.327 do sexo masculino, com variação entre as faixas etárias. O maior número das vítimas do sexo masculino tinha até nove anos de idade. Do sexo feminino, as vítimas variaram de 10 até 59 anos.

Quanto ao local de ocorrência da violência, do total dos casos 49% ocorreu na própria residência da vítima, 13,3% em via pública e 27,6% não foi especificado o local da ocorrência, o que mostra a necessidade de melhor se qualificar e coletar esta informação<sup>120</sup>.

Quanto ao tipo de violência, ainda pelos dados do SINAN SES/DF, especificamente no ano de 2015, houve um maior número de casos de violência física com 771 notificações, seguindo de 629 casos de violência sexual e 334 de violência psicológica ou moral.

É importante destacar que 31,2% das notificações, quanto ao quesito raça/cor, correspondem à parda e preta. Nesta variável há um destaque significativo, pois foram registrados 50,5% de casos com essa informação ignorada ou em branco.

Pode-se observar que o objeto do estudo desta pesquisa caracteriza-se por sua complexidade no arranjo Distrital e por ser a capital do Brasil, possuindo uma importante relevância no contexto nacional.

#### 4.2 ASPECTOS DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SES/DF

A gestão do Distrito Federal (DF) se difere dos demais entes federados por acumular competências e funções de estado e município, desde a execução direta de ações, serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde<sup>115,116</sup>.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) é o órgão do Poder Executivo do Distrito Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde. É função da SES dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades e agravos, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos moradores do DF e entorno<sup>121</sup>.

De acordo com o Plano Distrital de Saúde (2012-2015) em sua estrutura organizacional, a gestão do DF conta com Fundações, Autarquias e Órgãos Vinculados. São eles a Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) e o Laboratório Central (LACEN).

A saúde no DF caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Federal (SES/DF) e é composta por unidades ambulatoriais, hospitalares, de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que permitem uma variabilidade de ações e serviços da atenção básica, até as ações de média e alta complexidade.

Quanto aos equipamentos de saúde da SES/DF que constam no Plano Distrital de Saúde (2012-2015), destacam-se:

- Unidades básicas de saúde: 68 centros de saúde; 03 unidades mistas; 39 postos de saúde urbanos e rurais, além de 39 equipes do Programa Saúde da Família e 17 equipes de Saúde Bucal;
- 12 Centros de Atenção Psicossocial, estando 6 credenciados pelo Ministério da Saúde;
- 12 Unidades hospitalares regionais;
- 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- Unidades de apoio: 01 central de radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; 01 Hemocentro; e 01 Laboratório Central (LACEN);
- 19 núcleos de inspeção de saúde: 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de duas instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a ETESB, bem como da Coordenação de Desenvolvimento dos profissionais de saúde (CODEP); 01 Diretoria de Saúde Ocupacional (DISOC); e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento.

De acordo com o documento complementar do formulário 1 das considerações iniciais do RAG (2012), a SES/DF é o órgão de direção superior subordinado diretamente ao Governador do DF, foi reestruturada por meio do Decreto nº 33.384, de 05 de dezembro de 2011, para o fortalecimento da rede mediante uma gestão mais moderna, participativa e democrática<sup>122</sup>.

Integram a estrutura organizacional da SES/DF as seguintes instâncias: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde; Subsecretaria de Vigilância à Saúde; Subsecretaria de Planejamento em Saúde; Subsecretaria de Administração Geral; Subsecretaria de Gestão de Pessoas; e Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde.

Compondo o arranjo criado em 2016 vinculado as subsecretarias estão as superintendências divididas por regiões de saúde, conforme o organograma apresentado na Figura 6 a seguir:

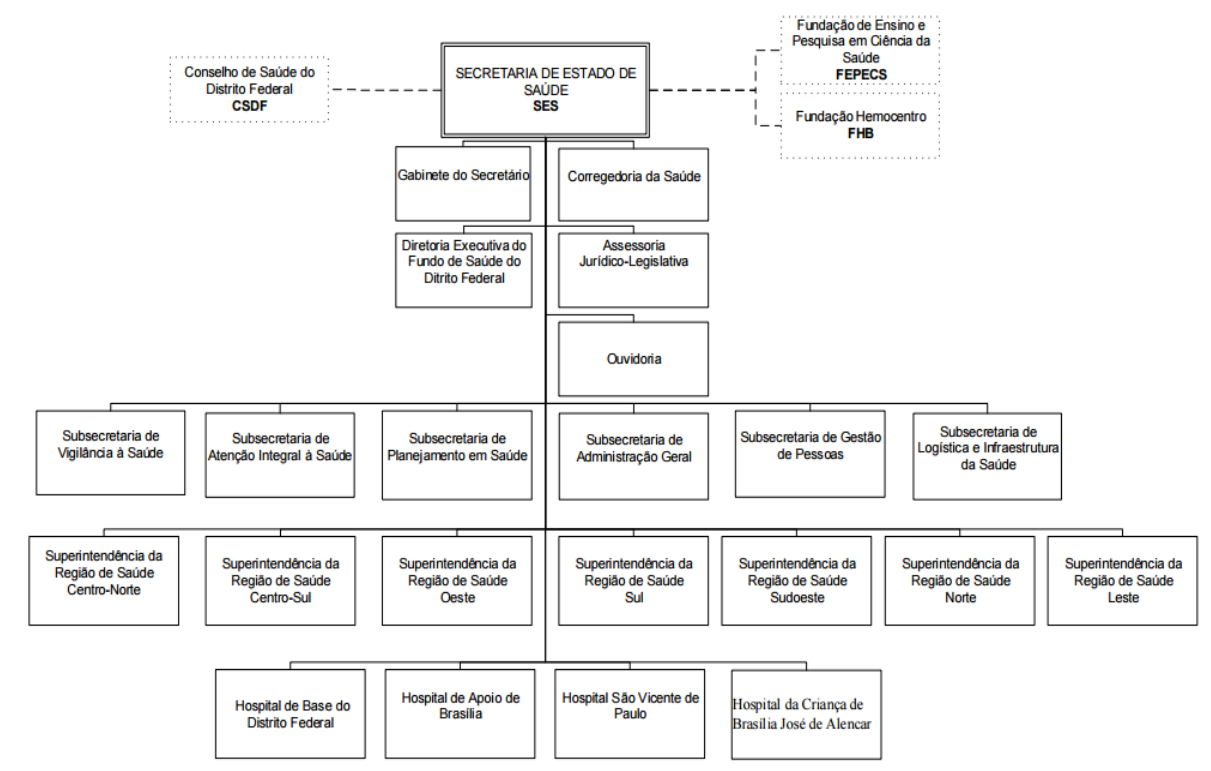


Figura 6 - Organograma da SES/DF

Fonte: Site oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, 2016<sup>121</sup>.

A SES/DF constituiu um Colegiado de Gestão regulamentado pela Resolução nº 35 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 11 de dezembro de 2007, que foi republicada no DODF Nº 107, página 12, de 05 de junho de 2008. Este é um espaço de decisão que tem por finalidade a identificação, a definição de prioridades e de pactuação de soluções, objetivando a implementação e operacionalização do SUS no âmbito do DF. O Colegiado atua dentro do contexto da RIDE/DF, organizando uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva<sup>121</sup>.

Em 2009 houve retificação e atualizações das Resoluções nº 27 do Conselho de Saúde do DF, de 05 de maio de 2009, a Resolução nº 35, de 16 de novembro de 2010, a Resolução nº 18 de 13 de setembro de 2011, e a Resolução nº 384, de 27 de março de 2012<sup>121</sup>.

Este Colegiado de Gestão foi reconhecido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na reunião do dia 26 de novembro de 2009, como uma instância que cumprirá as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) no que envolve a operacionalização do SUS, conforme Ofício nº 2.433 do MS/SE/GAB, de 30 de novembro de 2009.

Na composição deste Colegiado fazem parte as(os) sete superintendentes, o diretor executivo da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), o diretor executivo do Fundo de Saúde, o diretor-presidente da Fundação Hemocentro, o coordenador de cada colegiado de gestão da região de saúde do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o diretor geral do Hospital de Base do Distrito Federal<sup>121</sup>.

Quanto à regionalização da saúde, atualmente o DF apresenta-se com 7 regiões de saúde composta por 32 RAs<sup>117</sup>(p.18 e 19), são elas:

Região Centro-Norte: Brasília (Asa Norte), Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste/octogonal e Varjão;  
Região Centro-Sul: Brasília (Asa Su), Candangolândia, Guará, Lago Sul, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riancho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA- Estrutural);  
Região Norte: Fercal, Planaltina, Sobradinho I e Sobradinho II;  
Região Sul: Gama e Santa Maria;  
Região Sudoeste: Águas Claras, Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia e Vicente Pires;  
Região Leste: Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá, e São Sebastião;  
Região Oeste: Ceilândia e Brazlândia.

Cada região de saúde possui uma superintendência que atua de forma integrada, mas com relativa autonomia administrativo-financeira, sendo cada região de saúde responsável pela manutenção e aquisição de equipamentos. Os acordos de gestão são realizados entre a Administração Central e as superintendências com base em objetivos e metas de cada unidade que compõe sua região de saúde<sup>123</sup>.

O processo de monitoramento é de responsabilidade da gestão central da secretaria que, por meio de um Colegiado de Gestão da secretaria, acompanhará quadrimestralmente o desempenho das regiões em conjunto com os colegiados, o Conselho de Saúde do DF e os Conselhos Regionais<sup>123</sup>.

Compreendendo a importância dos espaços das Conferências de Saúde e que elas são deliberativas para que sejam pautados temas de relevância para

saúde, procuramos analisar como o tema da violência apresentou-se na última Conferência de Saúde do DF.

Conforme o relatório da 9ª Conferência de Saúde do DF realizada em 2015, das 31 RAs, apenas 13 realizaram pré-conferências regionais no período de abril a junho de 2015, são elas: Planaltina, Núcleo de Bandeirante, São Sebastião, Gama, Santa Maria, Sobradinho, Paranóia, Itapoã, Recanto das Emas, Taguatinga, Águas Claras, Ceilândia e Brasília (Plano Piloto - Asa Norte e Asa Sul)<sup>124</sup>.

As pré-conferências são consideradas ferramentas estratégicas, pois possibilitam que sejam apresentadas demandas específicas de cada região e propostas para a Conferência de Saúde do DF.

Durante as pré-conferências regionais os debates foram organizados em um Eixo Transversal que foi desmembrado em sete eixos menores, que são<sup>124</sup>:

- Eixo I - Direito à Saúde (71 propostas);
- Eixo II - Participação e Controle Social (38 propostas);
- Eixo III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde (69 propostas);
- Eixo IV – Financiamento do SUS e relação público-privado (59 propostas);
- Eixo V – Gestão do SUS e modelos de Atenção (81 propostas);
- Eixo VI – Educação e Política de Comunicação do SUS (67 propostas);
- Eixo VII – Ciências, tecnologia e inovação no SUS (24 propostas).

Foram totalizadas 415 propostas aprovadas, as quais foram levadas a plenária da 9ª Conferência de Saúde do DF que ocorreu nos dias 20 e 21 de julho de 2015.

No eixo I, que trata do direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade, foi pautado com destaque a formação e educação continuada de equipe de saúde, especialmente para atendimento da vítima de violência sexual com garantia de tratamento e seguimento psicossocial posterior a atenção primária. Também entrou em pauta a demanda pelo fortalecimento e estruturação dos PAVs (Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência) e o ressarcimento ao DF por parte dos municípios de outros estados, cuja população tem seus partos e procedimentos cirúrgicos realizados no DF.

No eixo V, que trata da Gestão do SUS e Modelos de Atenção, cabe a inclusão, mesmo que indiretamente, do tema da violência na proposta 4, que aborda a implementação e garantia ao acesso e a humanização nas unidades de saúde do DF. Em especial nas UBS, com atenção à demanda espontânea, de forma

qualificada e responsável, sem prejuízo às atividades preventivas e promoção à saúde.

É fundamental a participação dos gestores e trabalhadores no processo de construção e execução dessas conferências, especialmente das pré-conferências regionais onde são discutidas as prioridades loco-regionais.

#### 4.3 ASPECTOS REFERENTES AO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NA SES/DF

O Distrito Federal tem se destacado nacionalmente no enfrentamento à violência no âmbito da saúde, sendo um dos primeiros entes federados a implantar em 1996 em um dos seus hospitais o programa de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, o “Programa SOS Mulher”, onde eram priorizadas mulheres em situação de estupro com possibilidade de engravidar. Esse se tornou um serviço de referência até os dias atuais na realização de procedimentos de interrupção da gravidez, prevista em Lei de acordo com o Código Penal Brasileiro de 1940<sup>125</sup>.

No ano seguinte, na mesma unidade hospitalar foi criado o Programa de Proteção à Criança em situação de maus-tratos. Aos poucos o serviço foi sendo estruturado e foram realizadas capacitações dos profissionais de diversas categorias. Todo esse processo culminou na elaboração da Ficha da Notificação para maus-tratos contra criança e adolescente, no manual de orientação para profissionais de saúde no atendimento as crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, e na formação da Rede de Atenção às vítimas de violência<sup>125</sup>.

Devido à grande demanda por esse serviço, em 2002 foi decidida a descentralização deste Programa para outros serviços. E em 2003, por recomendação do MS, foi criado o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência (NEPAV) por meio do Decreto nº 23.812/2003<sup>125</sup>.

Em 2003, o Governo do Distrito Federal (GDF) instituiu formalmente, através do Decreto 23.812/2003, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência (NEPAV) que era subordinado à estrutura da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/DF). Na época este núcleo foi criado por orientação do MS com o objetivo de estruturar a PNRMMAV no DF, sendo, portanto, um núcleo central responsável pela coordenação dos Programas nas regionais de saúde<sup>125,127</sup>.

Em 2011, o NEPAV foi extinto da estrutura administrativa da SAS/DF e instituído no mesmo ano na Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS/DF), passando a integrar a Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/DF. O NEPAV se mantém em formato de Núcleo, porém desvinculado do aspecto dos acidentes, recebendo o nome de Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV)<sup>127, 36</sup>.

Posto isto, é importante destacar as competências de gestão da GEDANT, tendo em vista que o NEPAV está subordinado a essa gerência. De acordo com o Regimento Interno da SES/DF, aprovado por meio do Decreto nº 34.213/2013, em seu art. 94 específica essa instância como unidade orgânica de direção diretamente subordinada à Diretoria de Vigilância Epidemiológica de que compete<sup>128</sup>:

- I - planejar, apoiar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações de vigilância, promoção e prevenção dos fatores de risco das doenças não transmissíveis e agravos;
- II - coordenar e consolidar pesquisas de vigilância, promoção à saúde, prevenção de fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis; e
- III - desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Atualmente na Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF), a área que faz a gestão das ações de vigilância e prevenção de violência e promoção da saúde, de acordo com o Regimento interno da SES/DF, é a Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT), que atua por meio da coordenação do NEPAV, ambas subordinadas a Subsecretaria de Vigilância à Saúde.

Nesta estrutura, o NEPAV coordena tecnicamente as atividades de enfrentamento à violência no âmbito central da SES, conforme estabelecido no art. 97 do seu Regimento Interno, e apresenta como competências<sup>128</sup>:

- I - implementar e propor políticas de prevenção, recuperação e reabilitação de pessoas em situação de violência, em parceria com outros órgãos públicos do Distrito Federal;
- II - desenvolver e estabelecer estratégias para o enfrentamento da violência, em parceria com outros órgãos públicos do Distrito Federal;
- III - registrar, organizar, condensar, analisar e divulgar dados referentes à morbimortalidade por violência no Distrito Federal;
- IV - sistematizar e coordenar as metodologias de atuação das Coordenações Gerais de Saúde;



- V - implantar e acompanhar os programas de prevenção e atendimento à população em situação de violência no âmbito do Distrito Federal, em parceria com outros órgãos;
- VI - implantar, sistematizar e acompanhar as ações de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências nas Unidades de Saúde da Secretaria; e
- VII - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Na estrutura do NEPAV está o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) que foi criado formalmente na estrutura da SES/DF por meio da Portaria nº 141/2012<sup>iii</sup>. O programa tem como principais atribuições o atendimento às pessoas em situação de violência numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da cultura de paz e a vigilância dos casos de violência<sup>129</sup>.

Os PAVs estão distribuídos nas RAs das regiões de saúde e prestam assistência especializada por equipes multiprofissionais. Em sua estrutura os PAVs devem ter um coordenador e um vice coordenador. A sua equipe deve ser composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiro, ginecologista, psiquiatra, pediatra e demais profissionais com formação multidisciplinar, a exemplo do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional<sup>127</sup>.

Dentre as ações a serem desenvolvidas pelos PAVs, destacam-se: Acolhimento: atendimento humanizado; Vigilância: notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, análise epidemiológica da situação de violência; e atendimentos: atendimentos individuais, familiares ou em grupos<sup>117,129</sup>.

A gestão do DF, ao reorganizar a estrutura da SES em seu novo organograma, criou em 2016 a instância das superintendências nas regiões de saúde vinculadas a Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/DF). A formalização ocorreu por meio do Decreto nº 37.057/2016, que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal<sup>130</sup>.

Nesta nova estrutura foram instituídos os Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência (NUPAVs).

---

<sup>iii</sup> A Portaria nº 141/2012, formaliza a existência dos PAVs, porém, desde 1997 foram organizadas as ações de enfrentamento à violência no DF com a implantação do Programa de Proteção à Criança Vítima de Maus-tratos no Hospital Regional da Asa Sul, hoje chamado de Hospital Materno-infantil de Brasília (HMIB), onde também funciona o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), que possui 20 anos de existência e é referência para todo DF.

Estes núcleos trazem em sua composição de gestão chefias que estão subordinadas diretamente as superintendências de cada região de saúde e que tecnicamente estão vinculados ao NEPAV, que por sua vez situa-se na Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS/DF). Este arranjo de gestão nos mostra um pouco da complexidade da gestão do DF, que abrange funções gestoras de estado e município.

Por meio do Decreto 38.017 de 21 de fevereiro de 2017, ocorreu a aprovação do Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, retificado em 23 de fevereiro de 2017<sup>131</sup>. Em seu art. 4º estabelece as competências dos NUPAVs, são elas:

- I - planejar, executar, coordenar e avaliar ações de promoção, prevenção e atendimento à população em situação de violência na Região;
- II - prestar atendimento à população feminina e infanto-juvenil que sofre abuso físico, psicológico, sexual, relacionado a abandono, à negligência e à privação de cuidados;
- III - elaborar e divulgar material educativo e informativo relacionado ao enfrentamento das violências na Região de Saúde;
- IV - participar das ações de Vigilância Epidemiológica na notificação e análise de informação sobre violência e na sensibilização de profissionais dos serviços que compõem as redes de proteção na Região de Saúde;
- V - desenvolver e estabelecer estratégias para o enfrentamento da violência em atuação conjunta com a rede intra e intersetorial na Região de Saúde;
- VI - acompanhar, orientar e executar as ações de educação em saúde e capacitação técnica das redes de atenção da Região na temática da violência; e
- VII - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Se por um lado a publicação do Decreto institucionaliza os NUPAVs, por outro gera dúvida quanto suas competências ao destacar no item II deste artigo que o núcleo irá prestar atendimento à população feminina e infanto-juvenil que sofre algum tipo de violência, tendo em vista que esta é uma das competências dos PAVs que estão situados nos serviços de saúde das RAs, os quais realizam atendimento biopsicossocial às pessoas em situações de violência.

A criação dos NUPAVs nas regiões de saúde corresponde a um espaço de gestão responsável pela intermediação entre o NEPAV, PAVs e Superintendências. Consideramos neste sentido, um nível estratégico de gestão que certamente potencializa o trabalho desenvolvido localmente nos PAVs, além de facilitar a articulação intersetorial, um aspecto fundamental no enfrentamento à violência,

especialmente no que se refere às ações de promoção da saúde e prevenção de violência que ainda encontra fragilidade no território.

A seguir, a Figura 7 apresenta no mapa do DF a distribuição das regiões de saúde dos respectivos NUPAVs e PAVs.

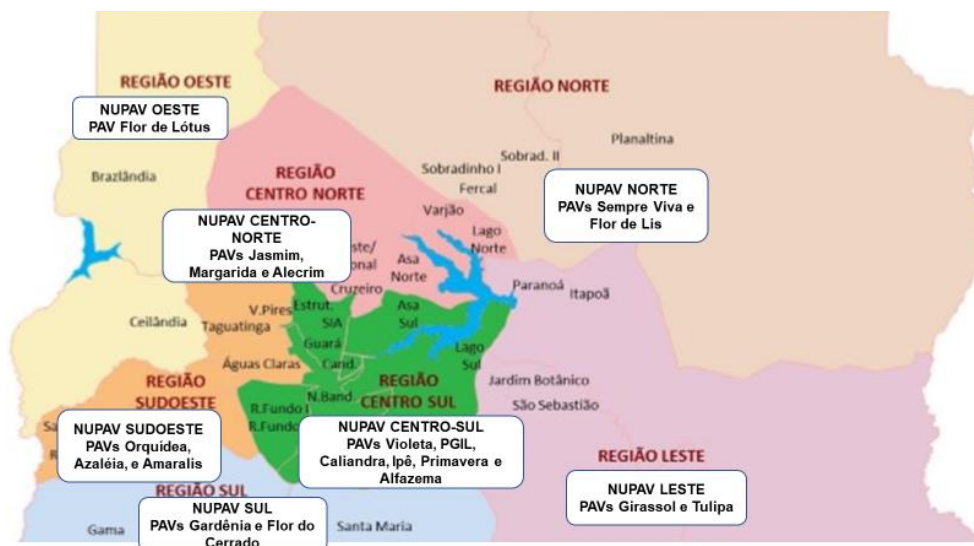


Figura 7 - Distribuição dos 19 Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAVs) nas Regiões de Saúde do Distrito Federal.

Fonte: Mapa adaptado do site da SES/DF, 2017<sup>121</sup>.

Seguindo a mesma linha do Governo Federal, o governo do DF estabelece marcos legais para organização das ações em rede, com vistas a prevenção de violências, promoção da saúde e da cultura de paz, assim como a atenção integral às pessoas em situação de violência. O quadro 6 sintetiza e destaca as principais normativas do Governo do DF.

Quadro 6 - Principais legislações e atos normativos de enfrentamento à violência no DF

LEGISLAÇÃO	CONTEÚDO	REFERÊNCIA
Decreto nº 23.812 de 03/junho/2003	Dispõe sobre a criação de unidades administrativas e de cargos comissionados na estrutura orgânica da diretoria de promoção e assistência à saúde, da subsecretaria de atenção à saúde, da secretaria de estado de saúde do distrito federal, e dá outras providências; Cria Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV)	Rede de Informação Legislativa e Jurídica
Decreto nº 28.011/2007	Dispõe sobre a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá	Decreto nº 28.011 de 30 de maio de 2007. Criação do

	outras providências. Criação do Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas (acidentes e violências)	Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas (acidentes e violências).
Decreto nº 32.925 de 11/maio/2011	Art. 2º Fica criado, sem aumento de despesas, o Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências na estrutura administrativa da Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF - SINJ-DF.
Lei nº 4.730 de 28/dez/2011	Cria a notificação compulsória de violência contra criança ou adolescente e dá outras providências.	DODF 29/12/2011
Portaria nº 141 de 17/julho/2012	Instituir o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à violência (PAV) no organograma da regional de saúde, subordinado diretamente ao coordenador geral de saúde e defini suas atribuições.	DODF 19/07/2012
Decreto nº 34.301 de 22/abril/2013	Cria o Comitê de Proteção da Criança e do Adolescente para grandes eventos no âmbito do DF.	DODF 23/10/2013
Decreto nº 35.991 de 11/Nov/2014	I Plano Distrital de Políticas para as mulheres, aprovado pelo Decreto nº 35.268, de 27 de março de 2014 e dá outras providências.	DODF 12/11/2014
Decreto nº 36.178 de 23/dez/2014	Institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Distrital de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e o Plano Distrital de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.	DODF 24/12/2014
Decreto nº 37.057 de 14/jan/2016	Dispõe sobre a estrutura administrativa da SES/DF, que especifica e dá outras providências; Criação dos NUPAVs.	DOUDF 14/01/2016
Decreto 38017 de 21/02/2017 Retificado em 23/02/2017	Aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	

Fonte: Adaptado do site da Secretaria de Estado da Saúde do DF – Legislação, 2016<sup>121</sup>.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente capítulo apresenta os resultados e discussão das análises das ações e estratégias de enfrentamento à violência que existem nos instrumentos de gestão, bem como as impressões dos gestores(as) responsáveis pela construção e operacionalização das ações desenvolvidas nos diferentes âmbitos de gestão da SES/DF.

### **5.1 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SES/DF (2012 – 2015)**

#### **5.1.1 O Plano Distrital de Saúde (2012-2015)**

Ao analisarmos mais detalhadamente de que forma o tema da violência está inserido nos instrumentos de gestão da saúde do DF no período delimitado de 4 anos, é possível verificar o grau de priorização dado ao tema ou a forma como este foi pautado nos documentos formais de gestão.

Inicialmente vale destacar que ao longo do período de 2012 a 2015 passaram pela Secretaria de Estado da Saúde do DF seis gestores que responderam pela pasta da saúde, situação que provavelmente trouxe descontinuidade aos processos de trabalho e na implementação das políticas públicas.

Conforme já mencionado, o Plano Distrital de Saúde (PDS), as Programações Anuais (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) que foram analisados neste estudo são referentes ao período de 2012 a 2015. Estes documentos foram acessados no site da SES/DF, pois todos eles são públicos e podem ser acessados por qualquer cidadão.

O PDS do período de 2012-2015<sup>115</sup> da SES/DF foi aprovado pelo Conselho de Saúde por meio da Resolução nº 395, em 14 de agosto de 2012 (ANEXO 2).

Desde sua elaboração, o PDS foi construindo dividido em 4 partes, são elas:

- Parte 1 - Análise Situacional: A Saúde no Distrito Federal;
- Parte 2 - Principais desafios, objetivos, diretrizes e metas;

- Parte 3 - Principais ações a serem desenvolvidas no período - 2012 a 2015: Compatibilização com o Plano Plurianual – PPA, Pacto Pela Saúde/Contrato Organizativo de Ação Pública e com o Mapa Estratégico da SES/DF; e
- Parte 4 - Planos das Coordenações Regionais de Saúde - objetivos, diretrizes e metas.

Verificamos que a gestão explicitou no PDS que foi priorizado os principais problemas e soluções de acordo com a análise situacional realizada, optando por agrupá-los por áreas de intervenção.

Nas análises realizadas no PDS, observamos com destaque a situação da saúde, onde os gestores abordam a existência de uma tripla carga de doenças, a qual é caracterizada por infecções, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva somada ao forte crescimento das causas externas e ao desafio das doenças crônicas e de seus fatores de adoecimento e morte.

A narrativa contida nesse plano explicita ao tratar da infraestrutura e acesso à saúde que “esses dados não devem ser tomados como verdades absolutas, uma vez que diversos fatores não são considerados no cálculo e influenciam as necessidades atuais e futuras de serviços”<sup>115</sup> (p.31).

Este PDS apresenta dois aspectos relevantes nesta análise:

- O aumento da expectativa vida com o progressivo envelhecimento populacional que eleva a prevalência de doenças crônico-degenerativas, em que seu controle está atrelado ao acesso a cuidados ambulatoriais e, devido a complicações, não poucas vezes requerem cuidados intensivos;
- O processo acelerado de desenvolvimento e a natureza da incorporação tecnológica em saúde admitem supor que as internações eletivas serão cada vez mais reduzidas em frequência e tempo de hospitalização. O avanço farmacêutico com medicamentos mais eficazes, procedimentos cirúrgicos mais avançados e outras formas de monitoramento de pacientes, indicam que teremos mais cuidados em domicílio.

Destacadamente o PDS traz a necessidade de se projetar cuidados terciários, devido ao aumento da concentração urbana e prevê o aumento dos casos de internações por violências e acidentes (causas externas).

Assim, podemos verificar no trecho abaixo a importância dessas causas no cenário sócio epidemiológico do DF:

[...] A mortalidade proporcional por grupos de causas indica a importância relativa de determinado grupo em relação aos demais. Em 2009, a maior proporção de óbitos foi a de doenças do aparelho circulatório – DAC (27,7%), seguida de neoplasias (18,6%) e de causas externas (18,3%). Analisando-se os dados de mortalidade estratificados por grupos de causas e faixa etária, observa-se que as causas externas, com destaque para homicídios e acidentes de transporte, como causa básica de óbito, são predominantes nas faixas etárias compreendidas entre 05 a 49 anos de idade <sup>115</sup> (p. 21).

Portanto, percebemos que a gestão sabe a real situação das causas externas da violência no DF, apesar de no plano aparecer periféricamente e sem muito destaque ao tema da violência. O referido plano possui três grandes objetivos os quais vinculam-se as diretrizes, são eles:

- 1 - busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população;
- 2 - o aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da SES; e
- 3 - a adequação da infraestrutura em saúde às necessidades da população, além de dezessete diretrizes.

Podemos verificar no que tange aos aspectos vinculados a violência que o objetivo 1 destaca-se por tratar da “busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população”<sup>115</sup> (p.41) e na sua diretriz 1.4 versa sobre expansão e qualificação da rede de urgência e emergências, como o apoio a implantação e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que se refere a ações que apontam para o enfrentamento à violência, mas de maneira pontual e fragmentada, como exposto no trecho abaixo:

No que se refere à promoção e prevenção, a SES atuará mais intensivamente no período no sentido de estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, em cooperação com outras Secretarias de Estado <sup>115</sup> (p.45)

A Parte 2 do PDS que refere-se aos “Principais desafios, objetivos e metas, diretrizes e metas”, especificamente na página 46, entre as metas para o período de 2012 a 2015 não foi listada nenhuma meta referente ao enfrentamento à violência, o que foi referido na parte 3 do plano que trata da principais ações a serem desenvolvidas no período de 2012 a 2015<sup>119</sup> (p. 87).

Encontramos no PDS um indicador vinculado ao enfrentamento à violência que refere-se ao “Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada”, que está vinculado diretamente a diretriz 1.4, cuja meta era de aumentar de 73 para 88 as unidades notificadoras até o término da gestão, tendo, portanto, um aumento 5% ao ano, conforme quadro 7, porém cabe uma ressalva, na descrição da ações 1, 2 e 3 não localizamos nenhuma ação referida que vinculasse a este indicador.

Quadro 7 - Demonstrativo do indicador do Plano Distrital de Saúde (2012-2015)

Denominação do Indicador	Unidade de medida	Índice mais recente	Apurado em Mês/Ano	Periodicidade apuração	Desejado				Fonte de informação
					1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	
Número de unidade de saúde com serviço de notificação de violência implantada	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência	73 unidades em 2011 Meta: aumento de 5% ao ano	Dez 2011	Anual	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	SINAN
					76	80	84	88	

Fonte: Parte 2 do Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal<sup>119</sup>.

Este indicador guarda uma relação direta com o indicador presente no rol dos indicadores universais construídos pelo MS em parceria com Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS).

Destaca-se o indicador da Diretriz 2, que trata do Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção<sup>132</sup>.



Os indicadores universais expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, considerando os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional, sendo, portanto, de pactuação comum e obrigatória no âmbito nacional<sup>132</sup>

Na Diretriz nacional citada anteriormente, seu Objetivo 2.1, que trata da implementação da Rede de Atenção às Urgências, tem como um dos indicadores (nº 12), o número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado. Apresenta-se como meta ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.

Portanto, cada ente pactua de acordo com seu contexto loco-regional, porém há recomendação como Parâmetro Nacional para Referência a ampliação anual em 20% do número de unidades de Saúde que notifiquem e que ao menos seja implantada uma unidade nos locais com inexistência de unidade de saúde notificante. Outra orientação para periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação é que o período de fechamento do banco de dados da base nacional seja o mês de janeiro, havendo periodicidade de monitoramento quadrimestral e avaliação anual<sup>132</sup>.

A partir da análise do indicador selecionado pela SES/DF no PDS, verificamos que apesar de estar em consonância com as orientações propostas pelo MS, não foi encontrada no plano nenhuma ação diretamente vinculada a ele.

Ainda em relação à análise do PDS, cabe destacar a Parte 4 que apresenta o detalhamento dos Planos das Coordenações Regionais de Saúde, onde constam as propostas específicas de cada coordenação regional com intervenções comuns e específicas.

O plano das coordenações é ordenado por três eixos, as Condições de Saúde da População, a Gestão e a Infraestrutura. Das 15 Coordenações Regionais de Saúde que expuseram suas prioridades, apenas 8 programaram ações voltadas para o enfrentamento a violência mesmo que de forma indireta, conforme apresentado no quadro 8 abaixo:

Quadro 8 - Coordenações Regionais de Saúde que programaram ações voltadas ao enfrentamento da violência

COORDENAÇÕES GERAIS DE SAÚDE	CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	INTERVENÇÕES (OBJETIVOS/ DIRETRIZES)	ALINHAMENTO COM O PDS
<b>ASA NORTE</b>	<p><b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População.</p> <p><b>Problema:</b> Elevada Taxa de Mortalidade infantil em algumas RA da Regional Norte de Saúde.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Reduzir a mortalidade Infantil.</p> <p><b>Diretriz:</b> Prestar assistência a toda criança vítima de violência.</p>	1.2 - Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
<b>SÃO SEBASTIÃO</b>	<p><b>Eixo:</b> Gestão.</p> <p><b>Problema:</b> Dificuldades no atendimento às vítimas de violência do PAV</p>	<p><b>Objetivo:</b> Ampliar a notificação dos casos pelos profissionais de saúde.</p> <p><b>Diretriz:</b> Sensibilizar e capacitar os servidores para o preenchimento das fichas de notificação.</p>	2.4 - Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES
<b>PARANOÁ</b>	<p><b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População.</p> <p><b>Problema:</b> Alta taxa de mortalidade por causas externas.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Ampliar a estrutura para atendimento de Urgências e Emergências.</p> <p><b>Diretrizes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhar em articulação com o Programa de Saúde na Escola e o Pró-Saúde para ações de educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito;</li> <li>- Estruturar as Unidades de Atenção Primária à Saúde para prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências.</li> <li>- Apoiar a implantação das UPAs e integração em rede com os demais serviços da Coordenação Geral de Saúde.</li> <li>- Garantir a classificação de Risco no Pronto Socorro do HRPA.</li> </ul>	<p>1.6 - Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.</p> <p>1.4 - Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF</p> <p>2.4 - Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em</p>

		- Capacitação (Educação Permanente) das equipes para atendimento a Urgência e Emergência.	saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
<b>PLANALTINA</b>	<p><b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População.</p> <p><b>Problema:</b> Alta taxa de mortalidade por causas externas.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Promover a conscientização através de campanhas sobre a violência na juventude.</p> <p><b>Diretriz:</b> Diminuir as taxas de mortalidade por violência.</p>	1.2 - Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
<b>SAMAMBAIA</b>	<p><b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População</p> <p><b>Problema:</b> Alta prevalência de sofrimento psíquico em pacientes de 25 a 49 anos.</p>	<p><b>Objetivos:</b> - Ampliar a assistência aos portadores de doença mental em todos os níveis de atenção; - Melhorar a cobertura e efetividade das ações de reabilitação e reinserção.</p> <p><b>Diretrizes:</b> - Atuar na prevenção e combate ao uso de álcool e drogas, e na redução da polipsicofarmacoterapia. - Atuar no combate à violência, com notificação dos casos, em parceria com instituições da educação e da segurança.</p>	<p>1.3 - Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.</p> <p>1.4 - Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.</p>
<b>SANTA MARIA</b>	<p><b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População.</p> <p><b>Problema:</b> Alto índice de transtorno mental/dependência química.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Facilitar e incentivar o acesso da população aos tratamentos psicológico, psiquiátricos e neurológicos.</p> <p><b>Diretriz:</b> Criar estrutura para melhor atender os pacientes vítimas de agravos externos.</p>	1.3 - Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
<b>TAGUATINGA</b>	<p><b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População</p> <p><b>Problema:</b> Falta de uma política regionalizada de enfrentamento dos principais agravos observados nos</p>	<p><b>Objetivo:</b> Consolidar as políticas públicas para o enfrentamento dos principais agravos observados pelos indicadores epidemiológicos de Taguatinga</p>	1.2 - Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.

	indicadores epidemiológicos de Taguatinga.	<b>Diretriz:</b> Definir os eixos estratégicos para a prevenção e enfrentamento dos agravos à saúde do idoso.	
<b>BRAZLÂNDIA</b>	<b>Eixo:</b> Condições de Saúde da População  <b>Problema:</b> Alta taxa de mortalidade por homicídios na população residente.	<b>Objetivo:</b> Melhorar a infraestrutura para o atendimento às emergências.  <b>Diretrizes:</b> - Adequação do espaço físico do hospital;  - Equipar a emergência;  - Capacitar os profissionais da emergência;  - Implantar classificação de risco na emergência.	3.1 - Melhorar a infraestrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.  3.1 - Melhorar a infraestrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.  2.4 - Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.  1.2 - Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, adaptado do PDS (2012-2015)

Apesar das RAs do Guará e de Santa Maria terem registrado aspectos referentes aos transtornos mentais e a dependência química como um dos problemas de saúde mais frequentes nestas regiões, e constar no PDS a diretrizes propostas de atuação no combate à violência através da notificação dos casos em

parceria com instituições da educação e da segurança, estas ações não foram incluídas no detalhamento da programação das Coordenações. Por este motivo não constam no quadro acima.

Das 8 coordenações regionais, 3 sobressaem-se pela característica do problema está vinculada a alta taxa de mortalidade por causas externas, são elas: Paranoá, Planaltina e Brazlândia.

No que se refere à natureza dos problemas, a posição da Coordenação Regional de São Sebastião foi a única que citou o eixo gestão e que destacou as dificuldades no atendimento às vítimas de violência no PAV como uma situação indesejável, elemento que foi encontrado uma única vez em todo o Plano.

Dentre as RAs do DF destacam-se as com maiores percentuais de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências no período de 2011 a 2015, as cidades de Ceilândia (9,7%), Samambaia (8,8%), Gama (8,4%), Taguatinga (6,7%) e Recanto das Emas (6,2%)<sup>120</sup>.

É útil esclarecer que, em que pese as proposições oriundas das coordenações, os processos de intervenção se refletem no âmbito do PDS de maneira periférica, tendo em vista que a forma utilizada para concretizar as ações é diretamente por meio do objetivo 1 e da diretriz 1.4, expresso no indicador do número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada, o que de fato não expressa a magnitude do problema, como exposto nos recortes das programações das coordenações.

### **5.1.2 Da Relação Plano Distrital de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) e as Respectivas Programações Anuais de Saúde**

Articuladamente ao Plano Distrital de Saúde (2012-2015), analisamos as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os respectivos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). É oportuno informar que a análise da PAS se deu de forma integrada aos RAGs (2011-2015) por estes contemplarem as PAS em seus conteúdos.

O RAG de 2012 que foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, conforme Resolução nº416, de 03 de dezembro de 2013, trouxe em suas considerações iniciais uma análise da situação de saúde no DF<sup>122</sup>.

Dentre as informações contidas neste relatório estão os dados referentes às notificações dos casos de doenças e agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no Distrito Federal (dados da época sujeitos à alteração), que totalizaram 25.851 mil casos. Destes, 1.814 casos foram de violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violência.

Outra referência foi o número de mortes por agressão (homicídio), que de 2006 para 2012 teve um aumento, passando de 660 óbitos para 942, o que representou um crescimento de 28,5% no coeficiente de mortalidade por esta causa.

Como destacado anteriormente, no Plano Distrital de Saúde a análise da mortalidade proporcional figura como uma das principais causas de mortalidade por causas externas, somando 18,3% dos óbitos (terceira causa). Ganham destaque os casos de homicídios e acidentes de transporte, como causa básica de óbito e predominância na variação das faixas etárias, compreendendo idades entre 5 e 49 anos<sup>115</sup>.

Nas considerações iniciais do RAG 2012 está aludido que a SES/DF vem investindo em projetos de prevenção a violência, a exemplo da realização da multiplicação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e suas famílias em situação de violências voltadas para integrantes da rede de cuidado e de proteção social no Distrito Federal.

Informa ainda que esta iniciativa, em longo prazo, promoverá impacto positivo na diminuição das mortes por violências e acidentes, gerando assim uma cultura de paz nas escolas que estão inseridas no Programa Saúde nas Escolas (PSE). Porém, não identificamos ações e estratégias que reflitam essa iniciativa.

No que diz respeito a Programação Anual da Saúde (PAS - 2012), destacamos o item que na nossa compreensão tem vinculação que apresenta-se como ação a “Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em medida socioeducativas de internação – Adolescentes em situação de risco pessoal e social - DF”, que é vinculada a diretriz “Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população”, inserida no objetivo 1.1 de “Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde da família”<sup>122</sup>.

A meta programada foi de assistir no ano de 2012 o quantitativo de 800 adolescentes, porém ao verificarmos os resultados, que se encontram expressos no texto, os mesmos não refletem um resultado contínuo e global com relação ao total

de adolescentes assistidos. Ou seja, não teve a meta atingida e o volume de recursos gastos representaram 35% do valor programado, configurando, portanto, uma baixa execução orçamentária<sup>122</sup>.

Oportuno mencionar que no campo “avaliação do objetivo”, que está diretamente vinculado a ação destacada anteriormente, encontra-se expresso o seguinte texto<sup>122</sup>:

“A reorganização da Atenção Primária é considerada eixo estruturante das redes integradas de atenção à saúde no Distrito Federal, colaborando com a reversão do modelo de atenção à saúde prestada pelo SUS no DF. Uma das principais propostas para o período é o fortalecimento e a qualificação das unidades e das equipes de atenção primária à saúde, para que possam atuar como porta de entrada efetiva no sistema de saúde, dotando-as ainda de instrumentos e métodos adequados para o encaminhamento dos pacientes aos demais níveis de atenção, em conformidade com as diretrizes de conformação das Redes de Atenção. Para que isso seja viável, faz-se necessária a reestruturação das unidades existentes, expansão de serviços e mudança na lógica de trabalho no setor. Nesse sentido, propõe-se a ampliação gradual da Saúde da Família. Programas de qualificação de servidores e de unidades de atenção primária, bem como sua multiplicação, serão implementados, com vistas à melhoria de qualidade e de cobertura dos serviços, em especial no que se refere às redes materno infantil, saúde mental e urgência e emergência”.

Observamos que não existe acima nenhuma menção temática referente à ação proposta no que se refere ao atendimento aos adolescentes em medida socioeducativas de internação e em situação de risco pessoal e social no DF, o que gerou dúvida sobre o real nível de priorização desse tema.

No item 6 do RAG, que trata dos “Indicadores da transição PACTO/COAP 2012” e que referem-se à implantação do processo de pactuação do Decreto nº7.508/11, sua Diretriz 2 “Aprimoramento da rede de Atenção às Urgências”, aponta a expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação articuladas às outras redes de atenção” (p.29) contempla o indicador “Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada”. Tendo como meta a ser atingida a quantidade de 76 unidades, e foi obtido o resultado de 88 unidades com serviço de notificação de violência implantadas, o que demonstra que a meta foi atingida no primeiro ano da gestão<sup>122</sup>.

A Diretriz supracitada está vinculada ao Plano Nacional de Saúde (PNS) e articula-se com a Diretriz 2 do Plano Distrital de Saúde.

Ainda na avaliação da Diretriz 2, cabe destacar que a meta era de crescimento de 5% ao ano do número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ou outras formas violências. Em 2012 a meta foi ultrapassada, obtendo-se um aumento de 13%.

Observamos que na avaliação da Diretriz 2 há o registro de que as metas foram alcançadas mediante a implantação de 14 PAVs, com um total de 70 profissionais de saúde que atendem em uma equipe multidisciplinar formada por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ginecologistas, pediatras, psiquiatras, técnicos administrativos, pedagogos, dentre outros, os quais realizaram 15.000 atendimentos no ano de 2012.

Foi observado também em 2012 que houve uma parceria com a Rede de Urgência e Emergência como estratégia de sensibilização para notificação dos casos de violência, houve também a publicação da Portaria nº141/2012 que criou o serviço dos PAVs nas Regionais de Saúde, subordinados a Coordenação Geral de Saúde, que atualmente estão configuradas como Superintendências das Regiões de Saúde.

Mesmo identificando um nível de análise das metas atingidas, não verificamos nenhum destaque sobre a situação referente ao enfrentamento à violência, o que limita a fazer inferências e emitir um juízo de valor sobre a situação.

A relevância desse indicador vem da possibilidade de acompanhamento da ampliação da cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências, para atender à legislação e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de risco. Também permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública.

No que concerne ao RAG 2013, o mesmo foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde do DF, conforme Resolução nº 436, de 18 de novembro de 2014<sup>133</sup>. Neste RAG o material disponibilizado por meio do SARGSUS não permitiu a identificação de informações que qualificassem a situação de saúde particularmente vinculada a morbimortalidade ou mesmo referentes aos processos vivenciados no ano anterior, o que configura uma desarticulação da gestão no momento do planejamento.

O item da Programação Anual da Saúde (PAS - 2013) que explicita como ação a "Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em medida socioeducativas de



internação – Adolescentes em situação de risco pessoal e social - DF” é vinculado a diretriz “Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população”, e compõe o objetivo 1.1 “Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde da família”<sup>134</sup> (p.8).

A meta programada para o ano de 2013 continua igual ao ano anterior, que foi contemplar 800 adolescentes. Porém, na PAS 2013 não está informada a programação para todos os meses, não esclarece se a meta foi atingida e também não estão disponibilizadas as informações de execução orçamentária.

Destaca-se, mais uma vez no âmbito da programação e pactuação de indicadores relacionados à Diretriz 2: “Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção”<sup>134</sup>(p. 12), com a pactuação do indicador “Unidades de Saúde com Serviço de Notificação de Violência Implantada”, houve alteração da meta para 92 e um alcance de 95, o que ultrapassa em mais de 7% a meta planejada para o último ano do plano.

Não encontramos nenhuma justificativa para a mudança da meta, tão pouco justificativas para o seu alcance nas análises individualizadas, como também não identificamos nenhuma menção ao tema nas considerações finais do relatório.

Sequenciando o processo de análise dos relatórios, temos o RAG 2014, aprovado com ressalva pelo Conselho de Saúde com o devido parecer, conforme Resolução nº 447, de 28 de julho de 2015<sup>135</sup>.

No item 2.2 do relatório que trata da mortalidade e morbidade no Distrito Federal, verificamos que as causas externas (acidentes e violências) representam a 3ª maior causa, com 16,52% dos óbitos registrados, atingindo principalmente pessoas de 15 a 59 anos<sup>13</sup>.

Dentre as causas externas destacaram-se os acidentes de trânsito e as agressões/homicídios como principais responsáveis por esta elevação dos índices. Dá-se destaque para a necessidade de manter e oferecer atendimento às vítimas desses agravos e que devem ser implementadas ações em parcerias com outros setores do governo e da sociedade civil<sup>13</sup>.

Identificamos no relatório a Diretriz 2 citada anteriormente, que a atuação do indicador “Unidade de Saúde com Serviço de Notificação de Violência Implantada”, teve a proposição de uma meta de 97 e foi obtido no resultado de 108 unidades.

Na análise realizada pela gestão da SES/DF é citado que “este indicador mede a suficiência e eficiência da atenção prestada à pessoa em situação de violência, antes e após chegada ao hospital, auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência”<sup>135</sup> (p.63), em que pese a importância do indicador, não encontramos ações que se articulem com outros processos, tão pouco uma análise crítica do seu desempenho e, conseqüentemente, uma reprogramação da mesma.

Outro esclarecimento que a gestão aponta é que o resultado não se soma ao final de cada quadrimestre, por tratar-se de unidades notificadoras que poderão ou não ter ocorrência no período e fazer uso da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

A variação de 11 unidades notificadoras representa a superação da meta pactuada em 11,34%, devido aos ajustes no banco de dados, após inclusão das notificações no SINAN e as 63 capacitações/sensibilizações realizadas para os profissionais da rede. Fazendo o comparativo de 2013 com 2014 o número de unidades aumentou 13,68%. A série histórica mostra um aumento constante de unidades notificadoras <sup>135</sup> (p.63)

Como nos anos anteriores, não encontramos nenhuma justificativa para a mudança da meta, nem tão pouco elementos que qualifiquem o seu alcance nas análises individualizadas e nem nas considerações finais.

Isto reforça a necessidade de um melhor detalhamento das informações e utilização de outras fontes de investigação para a identificação dos avanços e entraves ao processo estudado, principalmente pelo fato de que no RAG 2014 apresenta o resultado de um Indicador Complementar que foi inserido, inerente ao “número de profissionais atuando no atendimento às pessoas em situação de violência no PAV”, onde só foi atingido apenas 42,5% da meta PAV<sup>135</sup>.

Este indicador complementar não foi contemplado na PAS 2014, especialmente no Objetivo 1.4 de “Expandir e qualificar a rede de urgência e

emergências”, como o apoio a implantação e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192).

De acordo com a análise e considerações que constam nesse RAG, “segundo a área técnica houve dificuldade de acompanhamento do indicador devido à fragilidade na sua precisão e mensurabilidade (dados de difícil obtenção), considerando que não existem servidores lotados nos PAV como unidade de serviço”<sup>135</sup> (p. 63 e 64).

Constatamos que não foi referida nenhuma justificativa para o acréscimo deste indicador, apesar desta pesquisa nos revelar a insuficiência de profissionais para atuarem nos PAVs. Por fim, não identificamos nenhuma menção a este indicador nas considerações finais do RAG 2014.

A não lotação de servidores na estrutura organizacional dos PAVs apresenta-se com uma limitação importante para desenvolvimento das atividades desses serviços, tendo em vista que os PAVs estão instituídos formalmente por meio da Portaria nº141/2012. Ou seja, não apresentam condições para cobrir a demanda que chega aos serviços.

Esta informação alerta para a necessidade de uma melhor descrição das análises e considerações feitas, além de um investimento maior na temática no âmbito da gestão da SES/DF no que concerne a estruturação dos PAVs.

Por fim, analisamos o RAG 2015, que foi aprovado com ressalvas pelo Conselho de Saúde do DF, conforme Resolução nº 470, de 08 de novembro de 2016<sup>135</sup>.

Os achados no âmbito das considerações iniciais deste relatório mostram que os dados referentes à morbidade são procedentes do Sistema de Internação Hospitalar do SUS/DF, identificando como primeira causa de internação, de acordo com o CID-10, gravidez, parto e puerpério e como segunda causa as lesões, envenenamentos e causas externas.

Segundo as informações encontradas, “isto demonstra que as situações de violência (doméstica, no trânsito, no trabalho e outros ambientes sociais) transformam essa questão num problema de saúde pública, considerando a complexidade que ultrapassa os serviços específicos de saúde” <sup>136</sup>(p. 8).

Na Programação Anual de Saúde (PAS-2015), a Diretriz 2, destaca-se mais uma vez com a pactuação do indicador “Unidades de Saúde com Serviço de

Notificação de Violência Implantada”, havendo mais uma alteração da meta de 102 unidades para o alcance de 117. Houve o aumento de 15 unidades, superando em 14,71% as unidades notificadoras<sup>135</sup>.

No que diz respeito ao Indicador Complementar que apareceu no RAG 2014 referente ao “Número de profissionais atuando no atendimento às pessoas em situação de violência no PAV”, além de não ter atingido a meta em 2014, não identificamos a proposição deste indicador complementar em nenhum dos outros instrumentos de gestão da SES/DF.

Sendo assim, considerando a relevância do tema que é descrito, tanto no plano, quanto nos relatórios, as ações propostas denotam práticas ainda pontuais e isoladas, para as quais não são apresentadas justificativas plausíveis para mudanças e/ou incrementos. Fato que aponta a necessidade de um investimento maior e uma posição mais arrojada da gestão no que concerne ao desafio do enfrentamento à violência na SES/DF.

## 5.2 ARTIGO 1 - PERCURSO JURÍDICO-POLÍTICO (1998-2016) DO TEMA DA VIOLÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

### JURIDICAL-POLITICAL TRACK (1998-2016) OF VIOLENCE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: A NARRATIVE REVIEW

#### **Resumo**

A gestão do SUS vem construindo, ao longo dos anos, políticas públicas para o enfrentamento a violência devido ao impacto na vida individual e coletiva das pessoas. Este artigo tem como objetivo descrever o percurso jurídico-político da abordagem do tema da violência na gestão do SUS. Trata-se de um estudo documental, com levantamento de fontes secundárias dos principais marcos legais sobre o enfrentamento à violência no âmbito do SUS no Brasil no período de 1998 a 2016 com abordagem qualitativa por meio de uma revisão narrativa. Portanto, considerando as realidades loco-regionais da violência, o percurso normativo adotado aponta um conjunto de avanços e desafios inerentes a própria dinâmica da sociedade e dos aparatos institucionais envolvendo a ampliação de direitos e das responsabilidades governamentais no que concerne a promoção da atenção integral às pessoas em situação de violência.

**Palavras-chave:** Violência e Saúde; Marcos legais na saúde; Gestão no SUS.

#### **Abstract**

The management of SUS has been building, over the years, public policies to confront violence due to the impact on the individual and collective life of the people. This article aims to describe the juridical-political course of approach to the issue of violence in SUS management. This is a documentary study, with a survey of secondary sources of the main legal frameworks on violence against SUS within Brazil from 1998 to 2016 with a qualitative approach through a narrative review. Therefore, considering the loco-regional realities of violence, the normative path adopted points to a set of advances and challenges inherent in the very dynamics of

society and the institutional apparatuses involving the expansion of governmental rights and responsibilities in what concerns the promotion of integral attention to the people in situations of violence.

**Keywords:** Violence and Health; Legal milestones in health; Management in SUS.

## Introdução

A violência é um tema que vem sendo amplamente debatido e abordado nos mais diversos segmentos da sociedade, envolvendo aspectos sociais, históricos e culturais, revelando no cotidiano, a individualidade das relações pessoais e o contexto em que estão inseridas<sup>1</sup>.

Em decorrência da alta prevalência de violência em escala mundial e de seu impacto sobre a vida das pessoas e das coletividades, há um amplo reconhecimento de que a violência se transforma em um problema de saúde porque compromete a saúde individual e coletiva, necessitando de medidas de prevenção e tratamento, elaboração de políticas específicas e estruturação de práticas e de serviços próprios ao setor<sup>2</sup>.

Para Dahlberg e Krug<sup>3</sup>, a dor e o sofrimento humano não podem ser calculados, pois apesar da tecnologia ter tornado visível alguns tipos de violência ainda há muitos casos de violência invisíveis acontecendo nos ambientes domésticos, laborais, nas instituições sociais e de saúde.

Para Salcedo-Barrientos et al<sup>4</sup>, na saúde deve ser considerado o impacto que a violência causa na sociedade e nos seus serviços, e é importante investir em ações de prevenção, tratamento ou promoção de uma política de paz entre os indivíduos.

Neste contexto, é importante ressaltar que os dados epidemiológicos dimensionam este fenômeno, cuja visibilidade e conseqüente mudança em problema social aconteceram no âmbito das lutas sociais pelos direitos de cidadania, expressas através dos movimentos sociais<sup>5</sup>.

Desde a década de 1960, o quadro de mortalidade geral vem revelando uma transição das doenças infecto-parasitárias para as doenças e agravos não

transmissíveis, dentre os quais a violência, que toma uma dimensão epidêmica tornando-se um fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização<sup>6</sup>.

A expressão da violência pode ser se confirmada pelos dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), referentes ao ano de 2014, que por faixa etária, apresenta as causas-externas (violências e acidentes) predominantemente na faixa etária de 01 ano de idade a 49 anos, e as agressões aparecem como a primeira causa de morte em jovens de 10 a 39 anos<sup>7</sup>.

Dados preliminares do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2016 revelaram 273.100 casos de violências notificados nos serviços de saúde em todas as faixas etárias, cabendo destacar que nesses casos há mais de uma violência associada, com o registro de 173.236 de violência física, seguido de psicológica com 66.393, autoprovocada com 45.476, negligência com 32.946, 31.200 casos de violência sexual e 32.343 de outras formas de violências<sup>8</sup>.

Minayo e Souza<sup>6</sup> consideram que a violência representa uma forma própria da relação pessoal, política e cultural resultante das interações sociais e, por vezes, um componente cultural naturalizado, podendo ser definido como uma relação humana, compreendida também como um comportamento apreendido e culturalizado, dando a falsa impressão de integrar a natureza humana. Por sua multicausalidade, este fenômeno requer análise de vários valores e práticas, contextualizando-o em seus aspectos históricos, socioculturais, econômicos e subjetivos, tornando-o ainda mais complexo<sup>3</sup>.

Para Minayo<sup>9</sup>, as consequências da violência que chegam ao sistema de saúde, dentre outros aspectos, evidenciam aumento de gastos com assistência, especialmente na emergência e reabilitação, a autora acrescenta que lesões e óbitos causados por acidentes e violências trazem elevados custos emocionais, sociais e para a segurança pública.

Cabe destacar que no setor saúde convergem os casos de violência, pelo impacto que exercem em suas vítimas, especialmente nos serviços de assistência de emergência, atenção especializada, reabilitação, assistência psicológica e social<sup>4</sup>.

Muito embora seja difícil avaliar o custo da violência, este pode traduzir-se em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados em saúde, associados a

outros bilhões relativos às economias dos países, em relação aos dias não trabalhados e investimentos perdidos<sup>3,10</sup>.

A temática da violência, no SUS, ganha importância havendo a necessidade dos gestores organizarem espaços de decisão e pactuação para responderem às demandas dos movimentos sociais, resultando numa maior responsabilização em ofertar serviços às pessoas em situação de violência com qualidade e maior resolutividade.

De acordo com Robbins et al<sup>11</sup>, a tomada de decisão ocorre em decorrência a um problema, quando se verifica desconexão entre a situação atual de um referido evento e o que se é desejável. Portanto, a decisão é um procedimento de análise e escolha entre determinadas opções<sup>12</sup>. Fica claro que a conjunção de esforços no sentido de desvelar os condicionantes e determinantes dos problemas vinculados à violência, requer vontade política dos gestores, conhecimento da realidade local, sistematização de instrumentos e desenvolvimento de práticas que qualifiquem a tomada de decisão.

A trajetória que envolve a estruturação de acordos federativos no âmbito da gestão do SUS é marcada pela construção de normas, com destaque as Normas Operacionais Básicas (NOB) em 1993 e 1996, onde ocorreram movimentos para definição das atribuições e competências dos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal) no SUS, e com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, trazendo estímulo à regionalização da assistência por meio da organização de sistemas microrregionais de saúde, a partir da estruturação de redes de serviços que articulassem vários níveis de atenção<sup>13</sup>.

A gestão federal do SUS, em conjunto com Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em 2006, percebendo a necessidade de qualificar a responsabilidade dos gestores, construiu um acordo técnico-político, o Pacto da Saúde, estruturando um conjunto de compromissos por meio da assinatura de Termos de Compromissos com o intuito de implementar as políticas, programas e ações prioritárias na saúde<sup>14</sup>.

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, foram regulamentados aspectos da Lei nº 8.080/90, com ênfase nas necessidades de saúde da população, na definição de prioridades articuladas e integradas, buscando a melhoria do acesso às



ações e serviços de saúde, fortalecimento do planejamento regional, definição das redes de atenção à saúde, aperfeiçoamento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação nos três níveis de gestão para o aprimoramento da tomada de decisão<sup>15</sup>.

A discussão sobre a violência foi recebendo destaque no SUS nos últimos 20 anos, propiciando induções de políticas públicas voltadas para a atenção integral às pessoas em situação de violência, porém ainda com frágil implementação das ações de prevenção e promoção da saúde, exigindo que os gestores e a sociedade civil construam alternativas para além da assistência à saúde, ampliando a visibilidade sobre o tema e requerendo uma postura proativa tanto do Estado, quanto do cidadão.

Sendo assim, uma das estratégias para promover o enfrentamento a este problema no âmbito da saúde se dá através de discussões, proposições e construção de políticas públicas, no sentido de estabelecer princípios e diretrizes norteadoras das ações da gestão e atenção à saúde, bem como articulação intersetorial no intuito de promover a garantia de direitos às pessoas em situação de violência.

Diante da relevância do tema, o presente artigo tem como objetivo descrever o percurso jurídico-político da abordagem do tema da violência no período de 1998 a 2016.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo exploratório com levantamento de fontes secundárias dos principais marcos legais no Brasil sobre o enfrentamento à violência e especialmente no âmbito do SUS, utilizando a abordagem qualitativa por meio de uma revisão narrativa.

Para Gil<sup>16</sup>, a diferença entre pesquisa bibliográfica e documental está na natureza das fontes. A primeira disposta de forma a ter seu acesso potencializado e a segunda depende do conhecimento sobre o tema e da curiosidade do pesquisador.

O estudo ocorreu no período de julho a outubro de 2016, por meio da pesquisa nos sítios eletrônicos da Presidência da República, do Ministério da Saúde

e do Ministério da Justiça, sendo acessado também site do Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), o site da Biblioteca Virtual em Saúde do MS e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), minimizando, assim, perdas de registros.

Foram acessados decretos, leis, portarias, atos normativos, publicações no Brasil que formalmente subsidiam o processo de gestão no que concerne ao enfrentamento à violência no SUS, especialmente na atenção integral às pessoas em situação de violências. O material foi selecionado a partir da referência e pesquisa aos seguintes descritores violência: violência e saúde; gestão no SUS, dentre o período de 1998 a 2016.

### **Construção do percurso: Instrumentos legais e Políticas no SUS para o enfrentamento à violência**

É fundamental destacar inicialmente alguns marcos políticos internacionais, no que concerne aos direitos humanos e ao enfrentamento à violência, vinculados aos direitos das crianças, adolescentes e das mulheres, os quais culminaram em compromissos internacionais assumidos pelos Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU). Esses marcos influenciaram na construção de políticas públicas no Brasil, particularmente no âmbito do SUS, cita-se:

- Convenção sobre os Direitos da Criança<sup>17</sup> – Carta Magna para as crianças de todo o mundo em 20 de novembro de 1989, e, no ano seguinte, o documento oficializado como lei internacional;
- Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>18</sup> – 1948;
- Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher<sup>19</sup> - Cedaw, 1979, ratificada em 1984, considerada a carta de direitos humanos das mulheres, com força de lei no marco legal brasileiro;
- Declaração e Programa de Ação da 2ª Conferência Internacional de Direitos Humanos<sup>20</sup> - Viena, 1993, reconhecimento dos direitos humanos das mulheres e meninas como parte intransferível, integral e único dos direitos humanos universais;

- Declaração e Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento<sup>21</sup> - Cairo, 1994, definição do conceito de saúde reprodutiva, incluindo metas de redução de morte materna e infantil;
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher<sup>22</sup> - Convenção Belém do Pará, 1994, que estabelece a violência contra as mulheres como violação de direitos humanos e demonstração das relações de poder desiguais entre mulheres e homens;
- Declaração e Plataforma de Ação<sup>23</sup> - Pequim, 1995, define o conceito de gênero para a agenda internacional; e
- Declaração e Plano de Ação<sup>24</sup> – Durban, 2001, instrumento internacional direcionado ao enfrentamento ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e outras intolerâncias.

A Resolução 49<sup>a</sup> da Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra em 1996, abordou o tema da “Prevenção da Violência: uma prioridade de saúde pública”, em que a OMS declarou pela primeira vez que a violência é um dos principais problemas de saúde pública em âmbito mundial. Esta declaração ratificada posteriormente em 2002 revela a gravidade deste evento para a saúde das pessoas, formalizando a entrada da temática da violência como problema de saúde pública, portanto, requerendo atenção especial deste setor<sup>25, 26</sup>.

Apesar da complexidade do tema da violência, a OMS, em 2002, apresentou sua definição, como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. O relatório apresenta diretrizes e ações e destaca a tipologia da violência, categorizando o fenômeno como violência auto infligida, interpessoal (intrafamiliar e/ou doméstica e comunitária), coletiva e estrutural. Destacam-se, ainda, as diversas formas e naturezas da violência, tais como, física, psicológica, sexual e negligência/abandono<sup>26</sup>.

No Brasil, o tema da violência vem sendo abordado como objeto de intervenção desde meados do século passado, destacando a atuação de alguns pediatras no que concerne à violência contra crianças e adolescentes, identificando-

a e intervindo não apenas no cuidado a essa população, mas também considerando o aspecto preventivo das violências<sup>6, 9,27</sup>.

Entretanto, só na década de 80, a discussão do tema ganhou maior destaque a partir dos movimentos sociais relacionados aos direitos de grupos específicos, especialmente de mulheres, idosos, pessoas com transtornos mentais, entre outros. Também estava ancorada no crescimento dos índices das causas externas (acidentes e violências), situando-as entre as principais causas de internação e morte no Brasil<sup>28</sup>.

Ainda nesta década, as mortes por acidentes e violências corresponderam à segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral no Brasil, alimentando a discussão de que se tratava de um dos graves problemas de saúde pública a ser enfrentado<sup>29</sup>.

Um avanço foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, colocando o Brasil como o primeiro país a promulgar o marco legal direcionado a esta temática<sup>30</sup>. Em seu art. 13 determina que os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, tratamento cruel ou degradante e maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente informados ao Conselho Tutelar.

Em 1988, o primeiro marco importante no SUS foi a publicação pelo MS da 1ª Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, atualizada e ampliada em 2012.

Em 2001, destaca-se a Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV), que trouxe a pauta da intersectorialidade e multidisciplinaridade, agregando esforços, reunindo diversos segmentos da sociedade civil, da academia e dos serviços de saúde<sup>29</sup>. Esta política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelecendo diretrizes e responsabilidades institucionais, subsidiando, as ações loco-regionais em que está incluída a promoção da saúde e a prevenção dos acidentes e violências, por meio dos processos de articulação intra e intersectorial.

No mesmo ano, atendendo ao recomendado pelo ECA, foi elaborada a ficha para notificação da violência contra criança e adolescente no SUS, padronizando o fluxo da notificação no setor saúde e da comunicação obrigatória ao conselho tutelar<sup>32</sup> e elaborado o Caderno nº 8 da Atenção Básica com orientações aos profissionais

para prática em serviço, quanto a abordagem da violência doméstica considerando os ciclos de vida<sup>33</sup>.

Ao ampliar a discussão do tema da violência na saúde, outros grupos sem situação de vulnerabilidade foram sendo contemplados em medidas de proteção e de cuidado, e em 2003 foi sancionada a Lei nº 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, na perspectiva da garantia de direitos e proteção às pessoas com idade a partir dos 60 anos, estabelecendo que nenhuma pessoa idosa sofra qualquer negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, ou atentado aos seus direitos por ação ou omissão. Esta Legislação foi alterada pela Lei nº 12.461/2011, estabelecendo a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde<sup>35</sup>.

Ainda em 2003, foi aprovada a Lei nº 10.778 que instituiu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher<sup>36</sup>, processo que requereu do setor saúde a estruturação dos serviços e qualificação dos profissionais no intuito de promover uma atenção qualificada às mulheres em situação de violência.

Outro avanço importante foi a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 2004, propiciando a expansão e qualificação das redes de atenção integral e favorecendo a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, com melhoria na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no enfrentamento à violência doméstica e sexual<sup>37</sup>.

Com o intuito de propiciar uma estruturação de fluxo assistencial, maior articulação intra e intersetorial, organização da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência, foi publicada a Portaria GM/MS nº 936/2004, que trata da estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde em estados, no Distrito Federal e Municípios, estabelecendo as responsabilidades das três esferas de gestão no SUS com apoio das instituições acadêmicas<sup>38</sup>.

Ainda em 2004, por intermédio da Portaria nº 2.406 MS/GM foi instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, com implantação de instrumento e fluxo para notificação na saúde<sup>39</sup>.

No ano de 2005, por meio da Portaria GM/MS nº 1.508, estabeleceu-se o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS, sendo um desses casos a gravidez decorrente de estupro<sup>40</sup>.

No mesmo ano foi publicado o material pelo MS com orientações sobre os Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual com perguntas e respostas para profissionais de saúde, que teve a sua 2ª edição em 2011, abordando questões jurídicas relevantes quanto aos procedimentos no atendimento à saúde, facilitando, assim, a ação do profissional<sup>41</sup>.

Para o ciclo de 2006 a 2012, destacam-se duas políticas: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>42</sup>, por meio da Portaria GM/MS nº 648<sup>43</sup>, e revisada em nº 2011<sup>44</sup>; e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por intermédio da Portaria GM/MS nº 687<sup>45</sup>, revisada em 2014 pela Portaria GM/MS nº 2.446/2014<sup>46</sup>, contribuindo para a prevenção das violências e acidentes na perspectiva do desenvolvimento sustentável.

Em 2006, foi criado pelo MS o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), inicialmente em serviços sentinela para notificação dos casos de violências doméstica, sexual e outras violências, especialmente da violência contra criança, adolescentes, mulheres e pessoa idosa<sup>47</sup>.

Outro avanço foi a promulgação da Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que em seu art. 9º enfatiza que a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar deve ocorrer com articulação das diretrizes e princípios da Lei Orgânica da Assistência Social, do SUS e do Sistema de Segurança Pública<sup>48</sup>. Porém, ainda existe muita dificuldade no que tange ao tempo hábil das medidas protetivas e na execução plena desta lei, considerando ainda que muitas mulheres morrem após realizar a denúncia, revelando uma frágil proteção a essas mulheres.

Ainda em 2006, foi publicado o Decreto nº 5.948<sup>49</sup> que aprovou a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, sendo lançada em 2007. Teve como eixos temáticos a prevenção e repressão ao tráfico de pessoas e atenção à vítima. Devido à necessidade de ações intersetoriais, teve participação de nove ministérios sendo, portanto, uma construção com vários olhares da agenda de governo de forma mais consolidada.

Em 2009 ocorreram mudanças no arcabouço jurídico normativo no que se refere aos Crimes contra dignidade e a liberdade sexual, por meio da Lei nº 12.015/2009, que em seu art. 213 define estupro como ato de constranger alguém, por violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se perpetre outra ação libidinosa<sup>50</sup>. Esta redefinição requereu do setor saúde uma adequação ao novo conceito no ato de registrar os casos de violência sexual na ficha de notificação do SINAN, pois os casos incluídos como crime de atentado violento ao pudor foram abarcados na tipificação legal do estupro.

Em 2009, construída uma matriz pedagógica para formação de redes que tratam da Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, foram selecionados temas importantes a serem abordados durante a formação dos profissionais que atuam nas redes estaduais, municipais e distritais, para o enfrentamento da violência doméstica e sexual<sup>51</sup>.

A partir de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 2.472/2010, foi incluída a notificação de violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS). Em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 104/2011, a LNCS é atualizada e a notificação de violências tornou-se de caráter compulsório e universal para todas as unidades de saúde<sup>52,53</sup>.

Em 2010, o MS publicou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências<sup>54</sup>, constituindo-se numa estratégia para o alcance da integralidade do cuidado, que propõe articular a produção do cuidado desde a atenção básica até o mais complexo nível de atenção, requerendo uma interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

Com relação ao terceiro ciclo de 2012 a 2016, destacamos em 2013, o Decreto nº 7.958 que estabeleceu as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS<sup>55</sup>. Em seguida a Portaria GM/MS nº 528/2013, definindo regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS<sup>56</sup>, e a Lei nº 12.845/2013 que dispôs sobre o atendimento obrigatório e integral às mulheres em situação de violência sexual estabelecendo que os serviços de saúde não podem mais deixar de atender casos relacionados à violência sexual<sup>57</sup>.

Ainda em 2013, houve o lançamento do Programa Mulher, Viver sem Violência<sup>58</sup> que teve com objetivo integrar e ampliar os serviços públicos já existentes, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira.

No ano seguinte, a Portaria GM/MS nº 485/2014 redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS e seu cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)<sup>59</sup>. No mesmo ano a Portaria GM/MS nº 618/2014 trouxe a alteração da tabela de serviços especializados do SCNES para o serviço 165 de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual<sup>60</sup>. As adequações realizadas nas referidas portarias objetivaram uma melhor identificação dos serviços do SUS que ofertam atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

A notificação compulsória de violência foi reiterada no SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados nacionalmente, com a distinção dos conceitos de notificação e registro no sistema de informação<sup>61</sup>.

Em 2014, a Portaria GM/MS nº 2.446 atualizou a PNPS, apresentando valores fundantes, tais como: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social, trazendo como um dos temas prioritários a abordagem da violência e cultura de paz<sup>46</sup>.

Cabe destaque a Portaria GM/MS nº 2.415/2014<sup>62</sup> que regulamentou o atendimento multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, considerando a importância da atenção multiprofissional no contexto da integralidade do cuidado.

Em 2015 foi revisada a ficha de notificação de violência do SINAN (Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada), favorecendo uma melhor identificação das vulnerabilidades dos casos. No processo de revisão da ficha, participaram gestores e técnicos das Secretarias de Direitos Humanos (SDH), de Políticas para Mulheres (SPM), de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SPPIR), da Juventude, dos Ministérios da Saúde, da Assistência Social (MDS), da



Justiça (MJ), da Educação (MEC), do Turismo e do Trabalho e Emprego, processo estratégico devido ao caráter intersetorial que envolve o tema da violência.

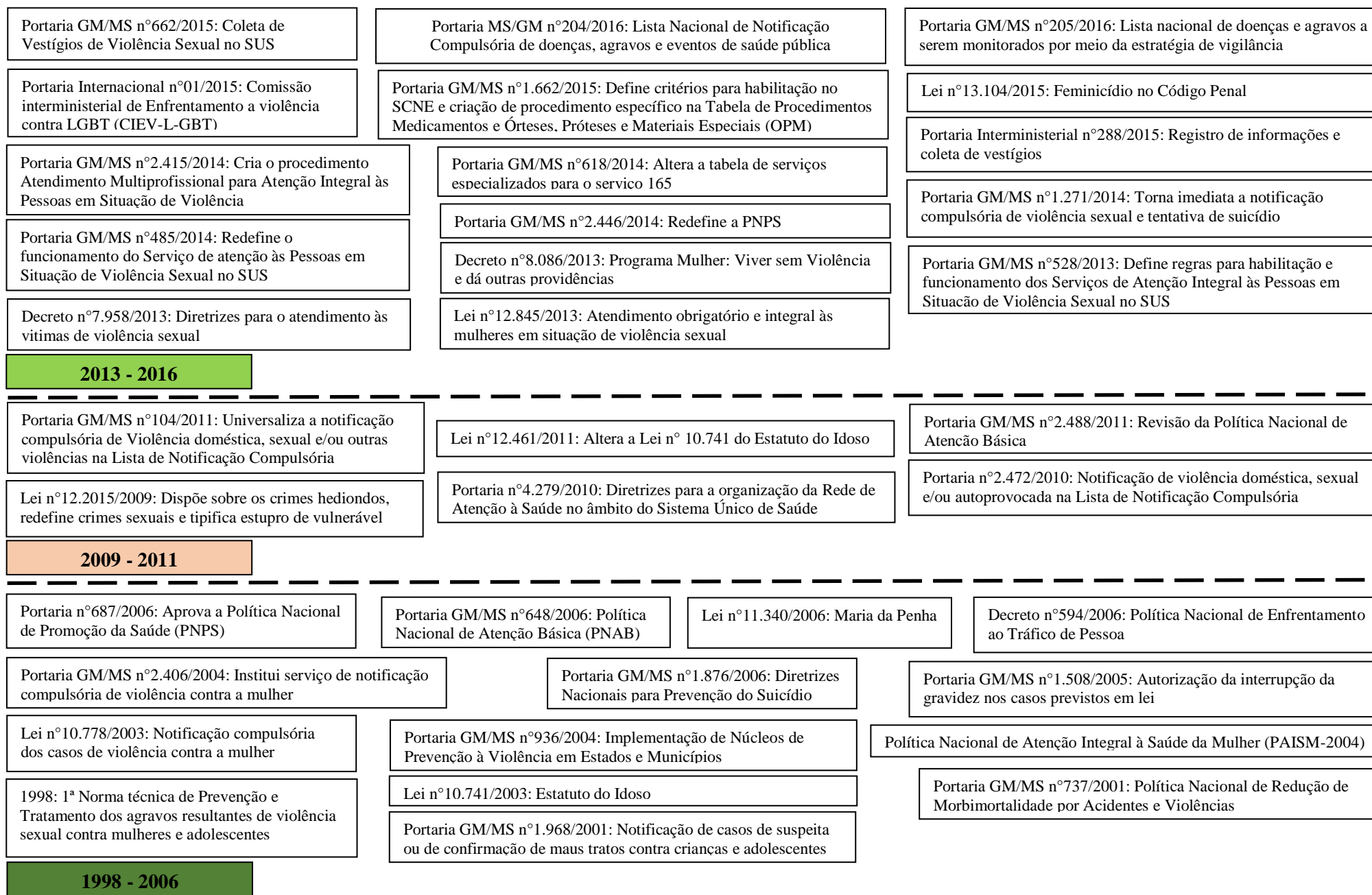
No mesmo ano foi publicada a Portaria Interministerial MS/MJ/SPM nº 288/2015<sup>63</sup>, que estabeleceu a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, com critérios definidos na Portaria GM/MS nº 1.662/2015, incluindo habilitação no SCNES e criação de procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM)<sup>64</sup>, articulando várias iniciativas realizadas pelo MS para garantir as ações propostas pelo Programa Mulher: Viver Sem Violência de 2013. Um dos produtos deste trabalho foi a publicação da Norma Técnica MS/MJ/SPM da Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de informações e coleta de vestígios<sup>65</sup>.

Instituiu-se em 2015, a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT)<sup>66</sup> composta por representantes da SDH, MJ, MS, SPM e Secretaria Geral da Presidência da República (SGPR). Teve a finalidade de prevenir, enfrentar e reduzir as diversas formas de violência praticadas contra a população LGBT, e que, junto com a Lei nº 13.104/2015 - Lei do Feminicídio, constituem dispositivos potentes para coibir a violência contra grupos vulneráveis<sup>67</sup>.

Finalmente, com as Portarias MS/GM nº 204 e nº 205/2016, foram redefinidas respectivamente a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, que reiterou a notificação compulsória das violências interpessoais e autoprovocadas<sup>68,69</sup>.

Cabe ressaltar que são muitos os desdobramentos e ações que cada legislação produz tanto no que se refere aos direitos humanos, quanto no setor saúde, aonde vem sendo incorporados às políticas pactuadas nacionalmente. Entretanto, há muitas lacunas a serem preenchidas, que vão desde o cumprimento da legislação em todos os seus aspectos, a organização das redes de atenção com a necessária melhoria da estruturação dos serviços de saúde, a qualificação dos gestores e profissionais para a adequada atenção prestada à população. Bem como a inclusão de ações de enfrentamento a violência nos instrumentos de gestão para melhor acompanhamento da implementação destas ações com a participação do controle social, propiciando a qualificação necessária para a tomada de decisão.

A seguir, a figura 1 sintetiza os principais marcos legais e atos normativos no que concerne o enfrentamento à violência entre o período de 1998 a 2016.



## Resultados e Discussão

Por meio da construção do percurso jurídico-político verificamos os diversos ciclos de gestão, desde 1998 a 2016, sendo possível constatar a produção de um conjunto de normativas, oriundas do processo de pactuação no âmbito do SUS e com outros setores do governo expressos em leis, decretos, normas, protocolos, notas técnicas, portarias e ampliando paulatinamente o entendimento e o escopo das concepções vinculadas ao enfrentamento da violência no setor saúde.

Cabe especial destaque as políticas vinculadas a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Promoção da Saúde e a implantação da estratégia das Redes de Atenção, com destaque para a Atenção Básica (AB) como estruturante para a organização da Rede de Atenção Integral às pessoas em situação de violência, tendo em vista que é neste âmbito que chegam os casos que não adentram os serviços de urgência e emergência. A AB é o *lócus* de maior aproximação com a comunidade, com capacidade de promover a ampliação das ações intersetoriais de prevenção de violência e de promoção da saúde vinculadas a temática.

Ressalta-se o conjunto de legislações que tomaram como base a ampliação dos direitos dos cidadãos com relação a situação de violência vivida, a releitura de conceitos, a implantação de novas regras e procedimentos, objetivando expandir os dispositivos de vigilância e as possibilidades de análise do perfil da violência atendida nos serviços de saúde, ampliar o olhar da gestão e do trabalhador, aumentar a capacidade de identificar e analisar melhor o problema e assim, ampliar e incrementar as formas de intervenção e do acesso aos serviços de saúde e da participação popular.

Outro ponto a ser enfatizado diz respeito a um conjunto de dispositivos legais vinculados a outros ministérios e ao arcabouço jurídico legal, que, nos últimos anos, ampliou a condição de intervenção do estado sobre as inúmeras e diversas formas de violência contra a mulher, a criança, adolescente, a pessoa idosa e às populações em situação de vulnerabilidade, a exemplo da população LGBT, população negra, dentre outras. O que mostrou a força que os avanços na participação social e na garantia de direitos trouxeram ao cidadão e como tudo induz às práticas de gestão. Mas, ainda há de se considerar que os avanços obtidos vêm

sendo ameaçados e isto requer maior envolvimento e participação nas novas reivindicações e construções de políticas.

Mesmo identificando avanços, ainda existem muitos entraves que vão desde a capacidade gestora, à dinâmica para a identificação dos casos de violência nos serviços de saúde, a subnotificação dos casos, a frágil relação com os demais setores para além da saúde, a incipiente sensibilização e a insuficiente capacitação dos profissionais da saúde para de fato assumirem esta pauta como parte da ação do cuidado que prestam.

Neste contexto é imprescindível destacar a importância da sensibilização, conhecimento e comprometimento por parte dos gestores de três políticas, a PNRMMAV, a PNAB e a PNPS como diretrizes norteadoras para a tomada de decisão, tendo a realidade do território como base para o estabelecimento do planejamento e execução de ações voltadas para o enfrentamento da violência.

### **Considerações Finais**

Desta forma, a elaboração de leis, decretos, portarias e normas destacam-se como dispositivos disparadores para que a Rede de Atenção à Saúde do SUS se organize e promova uma atenção integral às pessoas em situação de violência. Porém, há muito a avançar na construção de um conjunto de práticas de gestão e atenção, como também em ações intersetoriais por meio de uma abordagem interprofissional e multidisciplinar, pois este desafio fundamenta-se na articulação de diversas áreas, agregando necessariamente outros saberes, práticas, garantia dos direitos dos que sofrem violência cotidianamente em nosso país.

Sendo assim, o percurso normativo a temática da violência aponta para um conjunto de avanços, especialmente nos últimos anos, e desafios inerentes a própria dinâmica da sociedade e dos aparatos institucionais no que envolve a ampliação de direitos e das responsabilidades governamentais.

A construção dos marcos legais e normativos vêm induzindo mudanças de práticas nos processos que envolvem um conjunto de dispositivos assistenciais e de formação acadêmica, cuja sincronia é afetada por fatores técnicos, financeiros,

políticos, ideológicos, sociais e culturais, que determinam a intensidade de sua implementação e precisam ser ainda mais estudados.

Consideramos que apesar de todo aparato normativo ainda há necessidade de maior investimento das gestões do SUS para que as orientações no que concerne a implantação e organização dos serviços que prestam assistência às pessoas em situação de violência sejam efetivas.

### Referências bibliográficas

1. Medina ABC, Penna LHG. A Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem. jul-set, 2008; 17 (3): 466-73.
2. Organização Panamericana Da Saúde (OPAS). Violência y salud: resolución no XIX. Washington D.C; 1994.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Rev Ciên & Saú Colet. 2007; 11(Sup): 1163-1178.
4. Salcedo-Barrientos et al. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. Rev Avan en Enfer. jul-dic 2011; Xxix (2).
5. Minayo MCS, Deslandes SF. Acidentes e violências na pauta política do setor saúde: análise diagnóstica de institucionalização. Rio de Janeiro: Claves; 2007.
6. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. Rev Manguinhos: História, Ciências, Saúde. nov 1998; 4 (3): 513-531.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Dados preliminares do ano de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
9. Minayo MCS. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005: 9-33.
10. World Health Organization. Violence, Injuries and disability: Biennial Report 2008/2009. 2009.
11. Robbins S et al. Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro. 14.ed. São Paulo: Pearson; 2011.

12. Maximiano AC. A Introdução à Administração. 8.ed. Rev e ampl. São Paulo: Atlas; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasil: Ministério da Saúde; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Rev Ciên & Saú Colet. 2012; 17 (4): 901-911.
16. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6.ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
17. Fundo Das Nações Unidas Para A Infância. Convenção sobre os Direitos da Criança. [acesso em 2016 jul]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10120.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm)
18. Unesco. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [Internet]. 1948 [acesso em 2016 ago]. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>
19. Onu Mulheres. Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – Cedaw. [Internet]. 1979 [acesso em 2016 ago]. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao\\_cedaw1.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf)
20. Declaração e Programa De Ação Da 2ª Conferência Internacional De Direitos Humanos – Viena. [Internet]. 1993 [acesso em 2016 ago]. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_viena.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf)
21. Fundo De População Das Nações Unidas. Declaração e Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento-Cairo. [Internet]. 1994 [acesso em 2016 ago]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>
22. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher convenção de Pará. [Internet]. 1994 [acesso em 2016 ago]. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>
23. Onu Mulheres. Declaração e Plataforma de Ação -Pequim. 1995. [acesso em 2016 ago]. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)

24. Fundo de População das Nações Unidas. Declaração e Plano de Ação – Durban/2001. [Internet]. 2001 [acesso em ago 2016]. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_durban.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_durban.pdf)
25. Who. World Health Organization. Prevention of violence: a public health priority. Forty-Ninth World Health Assembly. Geneva; 20-25 may; 1996.
26. Organização Mundial Da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
27. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
28. Valadares FC, Souza ER. A violência que interroga a rede de saúde mental a partir da visão dos seus conselhos profissionais. Cad Bras de Saú Ment. 2015; 7 (16): 95-116.
29. Brasil. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS nº 737, de 16/ de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
30. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
31. Brasil. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e adolescentes. 1.ed. [Internet]. 1998 [Acesso em 2016 jul]. Disponível em: [https://jornalgggn.com.br/sites/default/files/documentos/norma\\_tecnica\\_9nov1998\\_0.pdf](https://jornalgggn.com.br/sites/default/files/documentos/norma_tecnica_9nov1998_0.pdf)
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1968, de 25 de outubro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
34. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: DF; 2003.
35. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Brasília: DF; 2011.
36. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília: DF; 2003.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº936 GM/MS, de 18 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.



39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.508, de 1 de setembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
48. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília: DF; 2006
49. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.948 de 26 de outubro de 2006. Brasília: DF; 2006
50. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Brasília: DF; 2009.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 104, de 24 de janeiro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência

Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

55. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Brasília: DF; 2013.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 528, de 1 de abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
57. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Brasília: DF; 2013.
58. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Brasília: DF; 2013.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 485, de 1 de abril de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 618, de 18 de julho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.415, de 07 de novembro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
63. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Brasília: DF; 2015.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.662, 2 de outubro de 2015. Brasília: DF; 2015.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica MS/MJ/SPM. Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
66. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Portaria interministerial nº 1, de 6 de fevereiro de 2015. Brasília: DF; 2015.
67. Brasil. Presidência da República. Casa Civil Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015. Brasília: DF; 2015.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

### 5.3 ARTIGO 2 - GESTÃO DA SAÚDE E O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL BRASILEIRA

#### HEALTH MANAGEMENT AND FACING VIOLENCE IN A BRAZILIAN CAPITAL

##### **Resumo**

O objetivo do presente artigo é analisar a percepção dos gestores, quanto ao enfrentamento à violência na construção de intervenções locais, destacando as principais possibilidades e limites da gestão da saúde. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa e definida como estudo de caso. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com a participação de 15 gestores da Secretaria de Estado da Saúde de Brasília, capital do Distrito Federal. Para a análise, utilizou-se da técnica de análise de conteúdo e como instrumento o software Iramuteq. Dentre as possibilidades de gestão levantadas destacaram-se o interesse da gestão, gestão do NEPAV, processo de regionalização, criação das superintendências e NUPAVs regionais, e servidores capacitados. Dentre as limitações observadas no setor saúde estão as equipes incompletas, estrutura física inadequada, frágil interação entre PAVs e Atenção Primária, adoecimento dos servidores, recursos financeiros insuficientes, dentre outras. Sendo assim, quanto ao comprometimento e qualificação das gestoras/es, ainda há pouca aproximação com os instrumentos de gestão e sua correlação com as práticas gestoras no âmbito do SUS local.

**Palavras-chave:** Violência e Saúde, Gestor da saúde; Enfrentamento à Violência.

##### **Abstract**

The objective of this article is to analyze the managers' perception regarding the confrontation with violence in the construction of local interventions, highlighting the main possibilities and limits of health management. The methodology used was of a qualitative nature and was defined as a case study. Data were collected through a semistructured interview with the participation of 15 managers from the State Department of Health of Brasília, capital of the Federal District. For the analysis, the

Iramuteq software was used as the instrument of content analysis and as instrument. Among the management possibilities raised were the interest of management, NEPAV management, regionalization process, creation of superintendencies and regional NUPAVs, and trained servers. Among the limitations observed in the health sector are incomplete teams, inadequate physical structure, fragile interaction between PAVs and Primary Care, illness of the servants, insufficient financial resources, among others. Therefore, regarding the commitment and qualification of the managers, there is still little approximation with the management instruments and their correlation with management practices within the local SUS.

**Keywords:** Violence and Health, Health Manager; Facing Violence

## **Introdução**

É reconhecido que a Saúde Pública tem contribuído significativamente no enfrentamento à violência devido sua abordagem interdisciplinar, pois fundamenta-se em conhecimentos de diversas áreas, agregando, assim, outros saberes e práticas.

São muitas as consequências da violência que chegam ao sistema de saúde e, apesar disto, é difícil fazer estimativas referentes ao custo real da violência. Sabe-se que ela custa às nações valores humanos e econômicos, extraíndo das economias mundiais a cada ano bilhões de dólares com cuidados em saúde, com gastos legais, com a ausência e produtividade afetava no trabalho, considerando ainda que a dor e o sofrimento humano não podem ser calculados<sup>1</sup>.

No Brasil, os acidentes e as violências (causas externas) têm um impacto significativo na vida das pessoas. Representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira causa na população na faixa etária de 1 a 49 anos. Nos anos de 2000 a 2013, dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) registrou um total de 1.874.508 mortes por causas externas. Verificou-se que entre início e o fim desse período teve uma elevação de

28,1%, passando de 118.397 óbitos em 2000, para 151.683 em 2013. No ano de 2013, os acidentes e as violências representaram 12,5% do total de mortes no país<sup>2</sup>.

No âmbito da gestão em saúde, existe a necessidade por parte dos gestores e trabalhadores de compreenderem e ampliarem o olhar no que concerne à temática da violência na perspectiva da atenção integral à saúde, considerando a transversalidade do tema em que as práticas intersetoriais são imprescindíveis.

Quanto ao processo de gestão do Sistema Único da Saúde (SUS) é indispensável que seja priorizado o Planejamento em Saúde que, além de ser uma função gestora, é requisito legal e um dos mecanismos importantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Portanto, para que as políticas públicas se efetivem é fundamental que as gestões locais realizem o diagnóstico da situação de saúde para que os planejamentos sejam efetivados de acordo com as necessidades loco-regionais.

O planejamento consiste na formalização de procedimentos para a obtenção de resultados articulados, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras<sup>3</sup>. É um modo de explicitação do que vai ser realizado, apontando quando, onde, como, com quem e para quem será realizado, ou seja, o planejamento é um compromisso com a ação<sup>4</sup>.

Neste sentido, o processo de elaboração do planejamento deve considerar o estabelecido na Lei nº 8.080/90, que explicita no Capítulo III, que o planejamento e orçamento do SUS serão ascendentes, do nível local até o Federal, ouvidos seus órgãos deliberativos e compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, estados e União. Cabe ainda um destaque ao art. 36 que afirma serem os planos de saúde a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e que o seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária<sup>5</sup>.

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei Complementar nº 141/2012 é priorizado o planejamento em saúde na agenda do gestor considerando as inovações políticas, gestoras e assistenciais, determinando, assim, a necessidade de revisão normativa, o aprimoramento dos instrumentos de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS<sup>6</sup>.

Desta forma, o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) são instrumentos para o planejamento e gestão no

âmbito do SUS que se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS<sup>7</sup>.

Considerando isto, o planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente público, no âmbito federal, estadual, distrital e municipal, conforme assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Os ciclos de gestão do DF produziram um conjunto de dispositivos jurídicos e de intervenção vinculados a temática da violência, com destaque para a criação do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV)<sup>8</sup>, do Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas (acidentes e violências)<sup>9</sup>, da notificação compulsória de violência contra criança ou adolescente<sup>10</sup>, dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAVs)<sup>11</sup>, do Comitê de Proteção da Criança e do Adolescente para grandes eventos<sup>12</sup> e, recentemente, a criação dos Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência (NUPAV)<sup>13</sup>.

A trajetória do enfrentamento a violência na saúde DF iniciou antes mesmo do MS, em 2001, ao lançar a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV) em âmbito nacional<sup>14</sup>.

As normativas locais foram publicadas a partir de 2003, e o seu processo organizativo atual institui dois âmbitos de gestão da saúde do DF vinculadas ao tema da violência o NEPAV, vinculado à Subsecretaria de Vigilância em Saúde, e o NUPAV, vinculado às Superintendências nas Regiões de Saúde da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, buscando articular-se tecnicamente cada um com suas respectivas atribuições dentro de uma estrutura de governança complexa e diversa, a qual está vinculada a uma estrutura federativa com características de Estado e Município.

A construção do processo de governança apresentou uma dinâmica que podemos denominar como centrípeta, ou seja, partiu da base dos serviços, se dirigindo ao nível central, NEPAV para SAS/DF em 2003, que, posteriormente, com o fortalecimento da agenda da regionalização, chega às regiões de saúde com a criação dos NUPAVs, conforme figura 1:

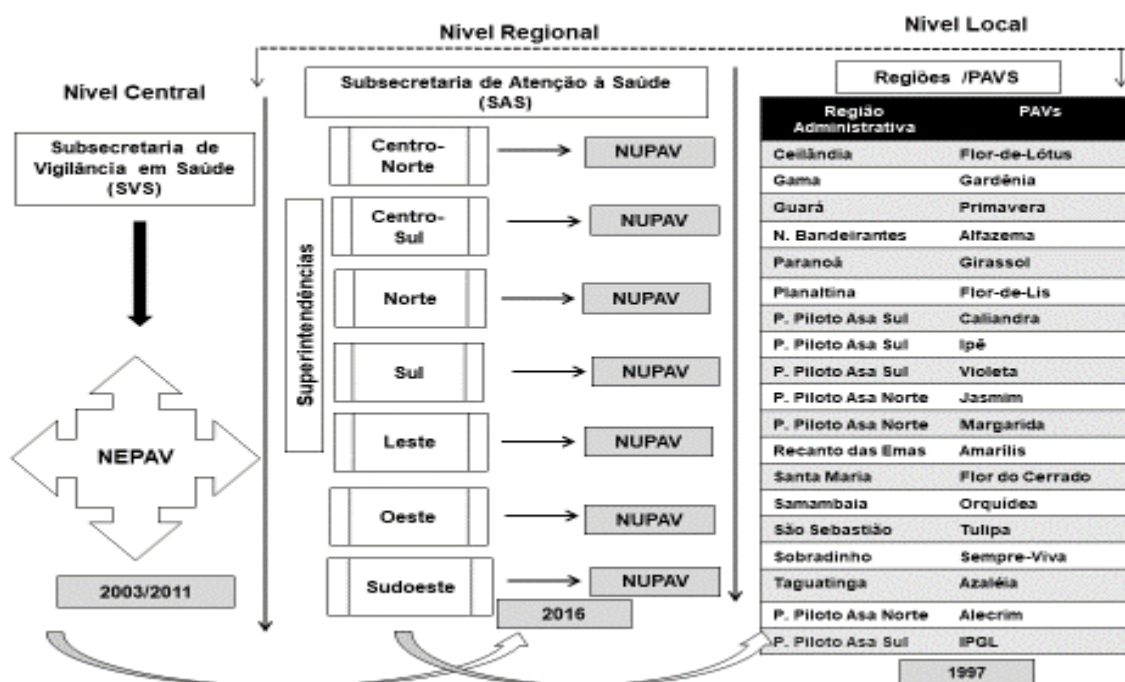


Figura 1: Modelo de governança de enfrentamento à violência – SES/DF

Fonte: Elaboração da pesquisadora.

O presente artigo tem como objetivo analisar a percepção dos gestores da SES/DF, quanto ao enfrentamento à violência na perspectiva da construção de intervenções locais, destacando as principais possibilidades e limites da gestão da saúde.

## Metodologia

Para ser realizada, a presente pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB.

Portanto, foi considerado o sigilo e o anonimato das informações, de acordo com o que estabelece a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>15</sup>. Os gestores foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa, autorizando, assim, a participação no estudo.

O estudo foi delineado em uma metodologia qualitativa, e foi definido como um estudo de caso. Utilizamos como instrumento de coleta de dados a entrevista guiada por um roteiro semiestruturado. O estudo de caso é uma investigação empírica que possibilita a coleta de dados relevantes e convenientes em campo e viabiliza análises que são observáveis na realidade, posto que o pesquisador esteja focado nesse espaço e tempo delimitado<sup>16, 17</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF). O critério de seleção dos participantes na pesquisa procedeu-se de acordo com o desenvolvimento das funções gestoras por eles desempenhadas na Secretaria. Foram selecionados os participantes que têm função gestora vinculada de alguma forma ao tema do enfrentamento à violência.

Inicialmente a amostra foi composta por 17 gestores da SES/DF, porém 2 gestores não participaram por não ter tido condições de compatibilizar horários para as entrevistas. No total, participaram 15 gestores neste recorte. Para realização das entrevistas foram feitos contatos prévios por telefone e/ou via e-mail para a marcação de horários e locais. Ressaltamos que todas as entrevistas ocorreram nos ambientes de trabalhos dos respectivos gestores.

A coleta dos dados (fonte primária) foi realizada no período de novembro de 2016 a março de 2017, mediante utilização de roteiro da entrevista semi-estruturado que foi organizado em 5 blocos.

As entrevistas duraram em média 50 minutos cada e, para garantir a fidedignidade, as falas foram registradas em gravador de voz digital da marca Sony Icd-Px 240 4GB, transferidas para texto através de gravações.

Para análise dos dados organizamos os 5 blocos das entrevistas. Um deles foi utilizado para a caracterização dos gestores e foi trabalhado de forma individualizado, garantindo o delineamento do perfil dos entrevistados. Os demais blocos foram divididos em quatro categorias para análise de conteúdo, resultando na seguinte estrutura:

- Categoria 1 - Organização da estrutura da SES/DF no enfrentamento à violência;
- Categoria 2 - Importância do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF;
- Categoria 3 - Inserção da temática do enfrentamento à violência nos instrumentos de gestão da SES/DF; e



- Categoria 4 - Possibilidades e limites da gestão no enfrentamento à violência.

Todas as categorias foram contempladas com o método de análise de conteúdo, que segundo Bardin<sup>18</sup>, é utilizada para obter o delineamento das estruturas de relevância dos conteúdos do estudo através de procedimentos sistemáticos e objetivos.

Tendo em vista que as categorias 2 e 4 possuem significativo conteúdo textual, também escolhemos para instrumentalizar a análise dos dados o software de Análise Textual IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), o qual utiliza a linguagem de programação Python, que possibilita diversos processamentos e análises estatísticas dos textos produzidos, sendo de fácil acesso por ser gratuito<sup>19</sup>.

O referido software permite cinco tipos de análises, as textuais clássicas, especificidades e análise fatorial de correspondência, método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análises de similitude e nuvem de palavras<sup>19</sup>. Para as categorias 2 e 4 utilizamos a CHD e a análise de similitude.

Os resultados foram expressos em um dendograma de CHD, que segundo Camargo e Justo<sup>19</sup>, possibilita que seja identificado o conteúdo lexical de cada uma das classes.

Nessa análise permitiu-se apreender as palavras pronunciadas pelas entrevistadas/os, analisando-as a partir de seus lugares na gestão e atuação. Outra forma de expressar os resultados foi por meio da análise de similitude, que se fundamenta na teoria dos grafos, permitindo identificar as coocorrências entre as palavras e contribuindo na identificação das estruturas de um corpus textual, diferenciando as partes comuns e as especificidades em função das variáveis selecionadas.

## **Resultados**

Dos 15 gestores entrevistados, doze (80%) são do sexo feminino e, por este motivo, a referência se dará no gênero feminino. E 93,3% das entrevistadas está na faixa etária de 33 a 50 anos.

Quanto ao nível de graduação das gestoras, 6 são psicólogas, 5 médicas, 2 enfermeiras, 1 nutricionista e 1 assistente social. Apenas uma delas não possui pós-graduação. Todas as gestoras são servidoras da SES, 80% possuem mais de 10 anos atuando no serviço público.

Quando questionadas a respeito do processo de organização da estrutura da SES/DF no enfrentamento à violência (categoria 1), a maioria das gestoras afirma ter conhecimento quanto à responsabilidade da gestão no processo de vigilância e atenção à saúde das pessoas em situação de violência, sendo possível perceber que todas conhecem a rede dos serviços locais e tem conhecimento da existência do NEPAV, apesar das superintendentes não saberem informar sobre o papel deste núcleo.

Ficou explícita, para a maioria das gestoras, a importância dos NUPAVs estarem vinculados ao nível de gestão das regiões de saúde, devido a maior capacidade gestora de facilitar processos administrativos e técnicos.

Quanto a inserção da temática do enfrentamento à violência na saúde nos instrumentos de gestão da SES/DF (categoria 3), das 15 gestoras apenas 2 souberam informar como o tema da violência apresenta-se no último Plano de Saúde (2012-2015) e destacaram a importância do acompanhamento sistemático para tomada de decisão no sentido de que essas informações, orientem o processo de trabalho, a capacitação dos profissionais e os atendimentos, na priorização de áreas e temas que necessitam maior ênfase dentro da rede de saúde local.

Foi possível identificar nas falas das gestoras, o desconhecimento sobre a Programação Anual de Saúde o Relatório Anual de Gestão (RAG). Das duas gestoras que souberam informar sobre o Plano de Saúde, apenas uma conseguiu informar de forma mais detalhada sobre a meta atingida referente à implantação de novas unidades notificadoras de violência.

Para as categorias 2 e 4 utilizamos a ferramenta CHD e a análise de similitude. O corpus foi constituído por 89 números de textos, divididos em 1.187 segmentos de texto, destes, 1.047 foram analisados, correspondendo ao aproveitamento de 88,21% do corpus, considerado o resultado satisfatório.

Procurando identificar a pluralidade da temática presente num conjunto de textos e com base nas análises da CHD, o material das categorias 2 e 4 foi organizado em 5 classes, conforme o dendograma exposto na Figura 2:

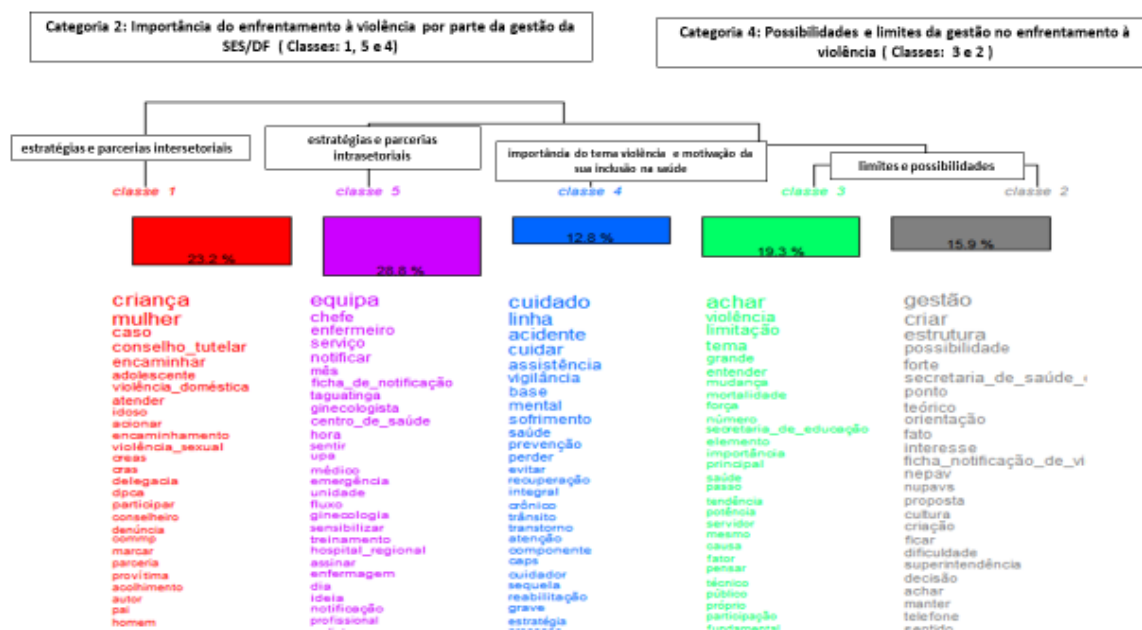


Figura 2 - Dendrograma com aspectos referentes às categorias 2 e 4  
Os respectivos resultados das análises das categorias 2 e 4 foram:

- Categoria 2 - Importância do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF: composto pelas classes: 1 (23,2%) com estratégias e parcerias intersetoriais; a classe 5 (28,8%) com estratégias e parcerias intrasetoriais; e classe 4 (12,8%) importância do tema da violência e motivação da sua inclusão na agenda da saúde e a
- Categoria 4 - Possibilidades e limites da gestão no enfrentamento à violência: composto pelas classes 3 (19,3%) e 2 (15,9%).

Da análise da categoria 2, quanto a classe 1, as gestoras relataram como potentes as parcerias, estratégias e ações intersetoriais, porém ainda consideram que são incipientes, especialmente com a educação.

Entre os principais parceiros intersetoriais, especialmente nos casos de violência doméstica e sexual, contra crianças, adolescentes, mulher e pessoas idosas, foram citados como estratégicos o Conselho Tutelar, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (Dpca), e outras

delegacias, a exemplo da Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (Deam) e também o Ministério Público (MP).

Segundo informações de algumas gestoras, em 2014 o Ministério Público estabeleceu a Recomendação n. 05/2014 para que a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do DF realizassem a recomposição e reestruturação da equipe dos PAVs para atendimento às pessoas que buscam estes serviços de saúde.

Esta recomendação estabeleceu que a gestão local deve recompor os quadros de profissionais de saúde, assistentes sociais e técnicos administrativos nos PAVs.

Entre as estratégias, foi citado que os servidores vêm compondo comitês intrasetoriais e intersetoriais relacionados à temática, participando de reuniões da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência. Nestes espaços são discutidos casos, fluxos e questões voltadas para o fortalecimento de ações que visam a garantia dos direitos das pessoas em situação de violência.

Dentre as principais articulações intrasetoriais citadas (classe 5), destacam-se as que envolveram os profissionais dos centros de saúde, das UPAs, dos Hospitais Regionais, especialmente das emergências e dos serviços de ginecologia e obstetrícia. Porém, a maioria das entrevistadas relatou que, apesar de toda articulação no setor saúde, há subnotificação dos casos de violência que adentram os serviços de saúde, não obstante o trabalho de capacitação que vem sendo realizado junto às equipes da saúde.

No que concerne às ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção de violência, elas ainda são bastante incipientes, e sendo realizadas apenas ações vinculadas a campanhas temáticas, a exemplo do dia 18 de Maio - Dia de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

Quanto à garantia de direitos, as gestoras consideram que ainda há muito a se fazer no que refere ao acesso aos serviços de saúde em tempo hábil a todas as pessoas, pois existem listas de espera para atendimento em alguns serviços.

Destaca-se uma impressão obtida das falas das gestoras, que expõe a respeito da importância das implicações da violência que tem pressionado o sistema de saúde, seja pelas internações e/ou pelo uso da máquina assistencial, repercutindo em custo para o estado. Sabe-se da relevância do tema por afetar a

saúde das pessoas, produzindo sofrimento físico e mental e demandando a procura aos serviços de saúde.

Nesse sentido, se posicionam por uma inserção efetiva do tema na agenda da gestão, configurando-se como expressão de Política de Estado e não como algo pontual (classe 4).

Quanto à motivação da inserção do tema da violência na agenda da saúde (classe 4), foi mencionado por 9 (60%) das 15 gestoras a importância da defesa e da luta de algumas técnicas mais envolvidas na temática da violência no final dos anos 90 e início dos anos 2000 que, paralelo ao lançamento da PNRMMAV no âmbito nacional, conseguiram sensibilizar os gestores da época para a criação dos primeiros PAVs e, posteriormente, sua ampliação. Também destacaram a criação do NEPAV, em 2003. Ressaltaram, ainda, que o processo foi embasado pelos números de casos de violência que adentram os serviços de saúde, considerando relevante a vigilância/notificação da violência no setor saúde.

Devido à importância dada pelas gestoras às articulações intrasetoriais e intersetoriais, selecionamos parâmetros para a construção da árvore de coocorrências, destacando as principais estratégias e parcerias, conforme Figura 3:

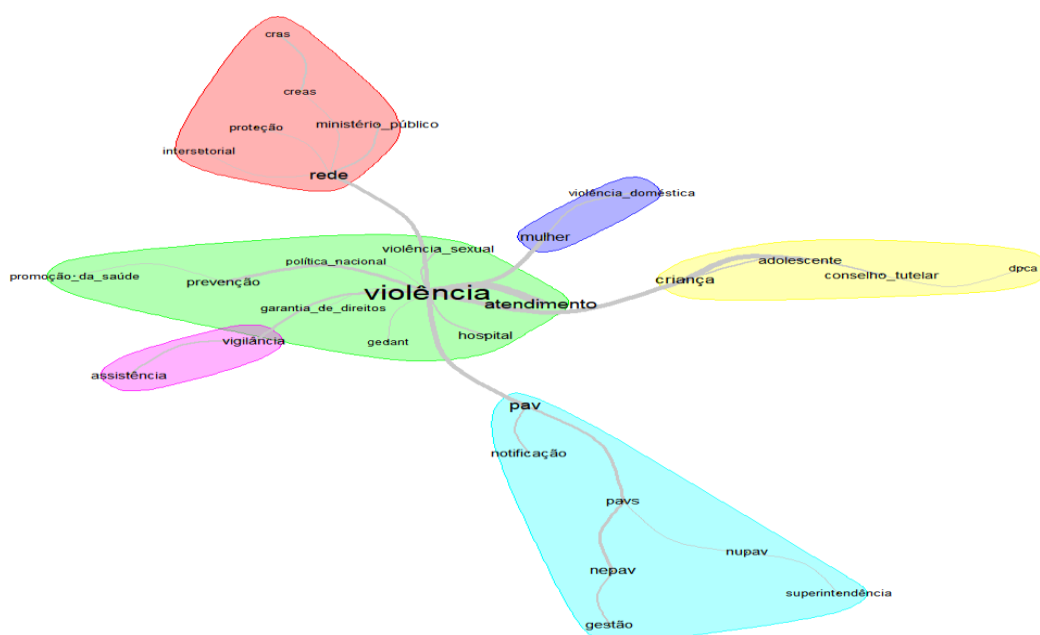


Figura 3 - Desenho da Rede de Atenção Integral às pessoas em situação de violência.

Foi mencionado que a articulação com a escola ainda é bastante incipiente e que as poucas ações que são desenvolvidas em algumas unidades da rede pública acontecem por iniciativas dos profissionais, porém ainda são pontuais, o que requer uma sistematização das ações em todos os PAVs.

Apenas uma das gestoras se referiu à articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), nos anos de 2012 e 2013, em que o NEPAV aproximou-se da equipe que coordena a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse contexto, foram realizadas algumas ações importantes na área de Promoção da Saúde nas escolas, tendo como foco crianças e adolescentes, porém sem continuidade.

Da análise da categoria 4, que trata dos limites e possibilidades da gestão no enfrentamento à violência (Classes 3 e 2). No tocante aos limites e desafios identificados pelas gestoras, destacam-se a necessidade do desenho de estratégias para efetivar as ações que estão previstas na Política Nacional, de modo a se obter êxito no apoio e na redução da morbimortalidade vinculada às questões da violência.

Ainda, foram aspectos recorrentemente ressaltados pelas gestoras: as equipes incompletas, devido a insuficiência de profissionais para demandas que chegam; a existência de lista de espera para atendimentos; a má distribuição dos profissionais nos serviços; a inadequada estrutura física (salas para os NUPAVs, para os atendimentos com espaço mais reservados etc.); a falta de apoio administrativo para os NUPAVs; e a logística insuficiente para os serviços (o funcionamento dos telefones, os transportes para visitas técnicas e demais deslocamentos, dentre outros).

Por fim, outras limitações na gestão da saúde a serem superadas dizem respeito a reduzida carga horária dos profissionais para os atendimentos nos programas, a incipiente interação dos NUPAVs e PAVs com a Atenção Primária, a baixa sensibilização dos profissionais da saúde, a subnotificação dos casos de violência que adentram aos serviços de saúde, o adoecimento dos servidores, os recursos financeiros insuficientes, a falta de cultura de monitoramento e avaliação local e a falta de decisão política.

Destacam-se como possibilidades o interesse da gestão, a estrutura da secretaria de saúde e a gestão do NEPAV, que fornece apoio técnico em suas atividades, especialmente, na realização de reuniões técnicas sistemáticas com os NUPAV e com os PAVs.

A criação no organograma da SES/DF das superintendências e dos NUPAVs nas regiões de saúde com vinculação direta às superintendências, a capacidade técnica dos servidores, ao processo de regionalização em curso, a existência de residências médicas e multiprofissionais nas unidades hospitalares, o que favorece a inserção do profissional no enfrentamento à violência. Esses são fatores que, na fala das gestoras, auxiliam na divulgação e implementação da PNRMMAV.

## **Discussão**

A SES/DF tem a vantagem de possuir um quadro de servidores concursados, podendo favorecer a continuidade do processo de trabalho, tendo em vista a baixa rotatividade dos profissionais, apesar das eventuais mudanças de setores de acordo com a necessidade dos serviços e/ou dos profissionais.

Observamos que devido ao arranjo da gestão distrital, o pouco tempo da criação dos cargos de superintendentes e das novas funções, existe uma leitura ainda confusa quanto ao papel do NEPAV por parte das superintendentes.

Ao mesmo tempo em que os NUPAVs e os PAVs no organograma estão vinculados às superintendências subordinadas a Subsecretaria de Atenção à Saúde, também estão ligados tecnicamente ao NEPAV, núcleo de gestão técnica da PNRMMAV, situado na Subsecretaria de Vigilância em Saúde, existindo, assim, um duplo comando.

Devido as superintendências e as chefias dos Núcleos das Regiões de Saúde NUPAVs serem espaços de gestão recém-criados no organograma da SES/DF (2016), percebemos que as ações desenvolvidas são incipientes no que concerne à sistematização do processo de trabalho e, conseqüentemente, as ações de enfrentamento à violência nestas instâncias, em que pese toda estrutura fornecida pelo NEPAV.

Diante do exposto, consideremos que é necessária uma maior interação entre as superintendências e a coordenação do NEPAV no sentido de aprimorar o planejamento da gestão com os NUPAVs para que as ações e estratégias sejam ainda mais sistematizadas e potencializadas, visando o fortalecimento dos PAVs localizados nos serviços de saúde.

A informação da única gestora que se referiu ao indicador e a meta atingida foi confirmada pelos resultados disponibilizados no RAG (2014), que apresentou aumento de 13% de unidades notificadoras em 2014 quando comparada ao ano de 2013.

Porém, cabe destacar que o indicador complementar que trata do aumento do número de profissionais atuando no atendimento às pessoas em situação de violência não teve sua meta atingida<sup>20</sup>. Na época da entrevista ainda não estava disponibilizado o RAG referente ao ano de 2015.

Assim sendo, em que pese todo o empenho e o comprometimento das gestoras em suas funções, ainda há pouca aproximação com os instrumentos de gestão, necessitando, por parte dos dirigentes da SES/DF, uma maior intensificação do envolvimento dos servidores no processo de planejamento da saúde, especialmente aqueles que ocupam cargos de gestão.

Por ser um tema complexo e multifacetado, muitas das entrevistadas se referiram à violência como um problema que afeta à saúde das pessoas, levando-as a procurar os serviços de saúde por diversos motivos. Esta importância é comprovada pelos elevados números dos casos que adentram os serviços de saúde e que trazem elevados custos para a saúde pública, assim como um custo social, conforme abordado por Dahlberg e Krug<sup>1</sup>, que reforçam que a dor e o sofrimento humano não podem ser calculados.

Ressaltamos que o processo de integração da assistência e vigilância da violência, especialmente a notificação da violência interpessoal e autoprovocada realizada nos PAVs, acontece de forma sistemática, porém a maioria das gestoras relataram algumas dificuldades em outros serviços da saúde. Isto reflete uma significativa subnotificação, sendo fundamental a intensificação de uma série de ações voltadas a sensibilizar e capacitar os profissionais, ampliando a corresponsabilidade para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência.

Na rede intersetorial ficou explícita a forte parceria construída entre os PAVs e os conselhos tutelares, processo fortalecido certamente devido à obrigatoriedade de comunicação nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescentes, conforme disposto no art. 13 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)<sup>21</sup>.



Fica patente a centralidade do tema da violência como carreadora de movimentos em torno de ações, estratégia e serviços para o atendimento à saúde de grupos populacionais vulneráveis, com destaque para as crianças, adolescentes e mulheres. Entretanto, na saúde pública, o enfrentamento à violência deve focar-se na prevenção, visto que o comportamento violento e seus efeitos podem ser evitados<sup>1</sup>.

Há de se considerar, que a PNPS traz um escopo ampliado das estratégias e formas de produzir saúde, na esfera tanto individual como coletiva, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial e buscando articular as ações com as demais redes de proteção social, com participação e controle social<sup>22</sup>.

Porém, percebe-se a necessidade de integração entre ações de promoção, prevenção, proteção, assistência e vigilância como elementos necessários para a integralidade da atenção à saúde e garantia de direitos, requerendo maior aproximação e sistematização das ações, especialmente com as instâncias da educação, da assistência social e da segurança pública. Também se mostra fundamental a articulação com a Atenção Básica e com os demais parceiros presentes nas regiões de saúde, a exemplo dos conselhos de saúde e das comunidades locais que certamente têm potencial para agregar e contribuir no enfrentamento à violência.

Deste modo, consideramos que ainda é frágil a articulação entre a Política de Redução e Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo em vistas que as ações locais ainda acontecem especialmente no âmbito assistencial.

Reconhecemos deste modo, que pela magnitude do fenômeno da violência há necessidade de incluir outros gestores da SES/DF nessa discussão, já que no período da coleta de dados não foi possível a participação de todos os gestores no estudo por questões de disponibilidade de agenda.

Como existem poucas referências na saúde sobre a correlação entre os processos e práticas da gestão na abordagem da violência, principalmente no que tange a utilização dos instrumentos de gestão no SUS, espera-se que as informações e reflexões apresentadas neste artigo possam servir de subsídio para outros estudos, a fim de que haja o aprofundamento do tema.

## **Considerações finais**

Os aspectos abordados neste texto reforçam a tese de que a violência atinge a vida individual e coletiva das pessoas, interfere na qualidade de vida, na saúde e na dignidade, constituindo-se como uma violação dos direitos humanos.

Cabe, portanto, ao Estado implementar políticas públicas para seu enfrentamento, de modo a agregar diversos setores da sociedade civil. A ênfase na prevenção deve considerar a realidade local, as relações existentes neste contexto e a ocorrência dos diferentes tipos de violência.

A SES/DF foi uma das pioneiras no Brasil a incluir espaços de cuidado às pessoas em situação de violência e a buscar soluções para que esse atendimento contemplasse as necessidades dos usuários.

Percebe-se que existe um caminho importante que já foi percorrido, mas ainda há muitas fragilidades. É explícita a necessidade de fortalecer as gestões do NEPAV e dos NUPAVs para que seja efetivada a atenção integradora quanto ao cuidado das pessoas em situação de violência, pois são instâncias gestoras estratégicas no fortalecimento da Rede de Atenção Integral às pessoas em situação de violência.

Neste contexto, observa-se ainda que, apesar de todos os esforços, as ações e estratégias vêm encontrando dificuldades para se consolidarem, especialmente, na promoção a saúde, prevenção das violências e garantia do acesso a todas as pessoas que procuram atendimentos nos serviços de referência locais.

No que envolve as ações e/ou estratégias intra e intersetoriais, é necessário que os gestores e os profissionais da saúde se apropriem mais dos aspectos e especificidades da violência, por meio de realização de estudos e análises para determinar causas e fatores correlatos ao fenômeno. É importante também que promovam a discussão articulada do planejamento técnico das intervenções elencadas como prioridades.

## **Referências bibliográficas**

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Rev Ciên & Saú Colet.* 2007; 11(Sup): 1163-1178.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. [Internet]. 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
3. Mintzberg H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2004.
4. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Rev Ciênc Saú Colet. 2003; 8 (2).
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 138 p.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para 2013-2015. [Internet] Brasília: DF; 2013. [acesso em 05 jan 2016] Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-04-2013-Metas-Indicadores.pdf>
8. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/Laurez Ferreira Vilela. Coletânea de artigos. Brasília: DF; 2005. 115p. (Série B Textos Básicos de Saúde).
9. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 28.011, de 30 de maio de 2007. Dispõe sobre a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Criação do Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas (acidentes e violências). [Internet]. Brasília: DF; 2007 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2007/06\\_Junho/DODF%20124%2029-06-2007/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20124.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2007/06_Junho/DODF%20124%2029-06-2007/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20124.pdf)
10. Governo do Distrito Federal. Lei nº 4.730 de 28 de dezembro de 2011. DODF 29/12/2011. Cria a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente. [Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2016 mai 10]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/70257/Lei\\_4730\\_28\\_12\\_2011.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/70257/Lei_4730_28_12_2011.html)
11. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012. [Internet]. Brasília: DF; 2012 [acesso em 2014 fev05]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>
12. Governo do Distrito Federal. Decreto Nº 34.301, de 22 de abril de 2013. Criação do Comitê de Proteção da Criança e do Adolescente para Grandes Eventos no

- âmbito do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DF; 2013 [acesso em 2017 out 20]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/74164/Decreto\\_34301\\_22\\_04\\_2013.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/74164/Decreto_34301_22_04_2013.html)
13. Governo do Distrito Federal. Decreto Nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. [Internet]. Brasília: DF; 2016 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto\\_37057\\_14\\_01\\_2016.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto_37057_14_01_2016.html)
  14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS nº 737, de 16/ de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
  15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília: DF; 2012 [acesso em 2014 jul 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
  16. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Sexta edição. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
  17. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
  18. Bardin L. Análise de conteúdo. 1.ed. São Paulo: Edições; 2011.
  19. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina. [Internet]. 2017. [acesso em 2016 set20]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais/view>
  20. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Relatório Anual de Gestão Distrito Federal - Período de janeiro a dezembro de 2014. [Internet]. Brasília: DF; 2014. [acesso em 2015 dez 11]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>
  21. Brasil. Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. [Internet]. Brasília: DF; 1990 [acesso em 2013 abri20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm).
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

#### 5.4. ARTIGO 3- ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA À VIOLÊNCIA: POSSIBILIDADES E LIMITES NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE FLORES EM UMA CAPITAL DO BRASIL

#### ASSISTANCE AND VIGILANCE TO VIOLENCE: POSSIBILITIES AND LIMITS IN THE CONSTRUCTION OF A NETWORK OF FLOWERS IN A CAPITAL OF BRAZIL

##### **Resumo**

O presente artigo analisa a visão dos coordenadores dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência, quanto ao enfrentamento à violência, as possibilidades e limites da gestão para o desenvolvimento da atenção integral à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa definida como um estudo de caso, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. O estudo teve a participação de 17 coordenadores do Distrito Federal. Para a análise dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo e como instrumento o software Iramuteq. Apesar de avanços, identificamos desafios importantes de ordem estrutural no uso e desenvolvimento dos instrumentos de gestão e na correlação de forças no âmbito da rede de atenção à saúde, necessitando um maior refinamento com relação a gestão, a fim de alcançar o aprimoramento dos processos e práticas de enfrentamento à violência.

**Palavras-chave:** Enfrentamento à violência; Violência e Atenção à Saúde; Gestão de serviços de saúde.

##### **Abstract**

This article analyzes the view of the coordinators of the Programs of Research, Assistance and Surveillance to Violence, regarding the confrontation with violence, the possibilities and limits of management for the development of integral health care. It is a qualitative research defined as a case study, whose data were collected through a semi-structured interview. The study had the participation of 17 coordinators of the Federal District. For the data analysis, the Iramuteq software was used as the instrument of content analysis and as instrument. Despite advances, we

identified important structural challenges in the use and development of management tools and in the correlation of forces within the health care network, requiring a greater refinement in relation to management, in order to achieve the improvement of the processes and violence.

**Keywords:** Facing violence; Violence and Health Care; Management of health services.

## Introdução

A violência no Brasil é uma das causas de iniquidade referente aos aspectos socioeconômicos, étnico-raciais e de gênero.

É importante destacar que os efeitos da violência que chegam ao sistema de saúde brasileiro, dentre outros aspectos, evidenciam o aumento de gastos com assistência, especialmente na emergência e na reabilitação, muito mais onerosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais<sup>1</sup>.

As lesões e os óbitos causados por acidentes e violências correspondem a elevados custos emocionais, sociais e para a segurança pública. Proporcionam, ainda, prejuízos econômicos por conta de possível ausência do trabalho, e danos mentais e emocionais incalculáveis provocados nas vítimas e em suas<sup>2</sup>.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em dados preliminares de 2016, revelaram 273.100 casos de violências notificados nos serviços de saúde, com o registro de 173.236 de violência física, seguido de psicológica com 66.393, autoprovocada com 45.476, negligência com 32.946, violência sexual com 31.200 casos e 32.343 de outras naturezas de violências, levando em consideração todas as faixas etárias<sup>3</sup>. Ressaltamos que nesses dados existem mais de um tipo de violência associado.

Neste sentido, o enfoque da saúde pública sobre a violência está baseado nos requisitos rigorosos do método científico, considerando quatro etapas importantes<sup>4</sup>:

- 1) Análise de todos os aspectos da violência considerando dados sobre sua abrangência, objetivo, características e as consequências local, nacional e internacionalmente;
- 2) Realização de pesquisas para diagnosticar causas e fatores correlatos à violência, os fatores que determinam o risco de violência e os fatores passíveis de serem alterados por meio de intervenções;
- 3) Investigação das formas de prevenção da violência, planejando, executando, acompanhando e avaliando as intervenções; e
- 4) Considerar as intervenções que parecem promissoras, divulgando amplamente a informação, bem como especificando o custo e os resultados dos programas.

O Distrito Federal (DF) é uma unidade da Federação totalmente atípica, porém com problemas semelhantes que afligem os demais estados brasileiros. A gestão do DF acumula competências e funções de estado e município, desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde, o que a torna, portanto, uma gestão complexa<sup>5</sup>.

Dados do Informativo Epidemiológico: Violência Interpessoal/Autoprovocada do Distrito Federal de 2016, entre o período de 2011 a 2015, apresenta 11.541 notificações de violência nos serviços de saúde. Os maiores percentuais por local de residência da pessoa em situação de violência foram na Região Administrativa (RA) de Ceilândia, com 9,7% dos casos, seguidos por Samambaia, Gama, Taguatinga, com 8,8%, 8,4%, 6,7%, respectivamente, e Recanto das Emas com 6,7% dos casos<sup>6</sup>.

Ressalta-se que as cidades de Samambaia, Taguatinga e Recanto das Emas fazem parte da mesma região de saúde, a Sudoeste. Do total dos casos, 8.210 mil vítimas são do sexo feminino, que variam nas faixas etárias de 10 a 59 anos, havendo maior porcentagem no sexo masculino até os nove anos de idade<sup>6</sup>.

Destacadamente o DF tem em sua história aspectos relevantes quanto ao cuidado à população em situação de violência, por esse motivo optamos por selecioná-lo para o presente estudo, pois foi um dos primeiros entes federados a

implantar, em 1996, em um dos seus hospitais, o programa de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, o “Programa SOS Mulher”<sup>7</sup>.

Nesse programa eram priorizadas as mulheres em situação de estupro e que podiam engravidar, o que o tornou um serviço de referência até os dias atuais quanto a realização de interrupção da gravidez prevista em lei de acordo com o Código Penal Brasileiro de 1940<sup>7</sup>.

Nesta mesma unidade, no ano seguinte, foi criado o Programa de Proteção à Criança em Situação de Maus-tratos. Todo esse processo culminou na elaboração da Ficha de Notificação, no Manual de Orientação para Profissionais de Saúde No Atendimento as Crianças e Adolescentes vítimas de maus-tratos e na formação da Rede de Atenção às Vítimas de Violência<sup>7</sup>.

Vale ressaltar que, devido à grande demanda por este serviço, em 2002 ocorreu a ampliação e descentralização do programa para outros serviços. E em 2003, por recomendação do Ministério da Saúde (MS), foi criado o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência (NEPAV)<sup>7, 8</sup>.

O NEPAV era vinculado a Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) sendo extinto em 2011 desta estrutura administrativa e criado no mesmo ano no organograma da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o nome de Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência. O seu funcionamento ocorre no sentido de adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de promoção, prevenção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência no Distrito Federal, sendo responsável pela coordenação e articulação dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV)<sup>9</sup>.

Os PAVs são identificados com nomes de flores e estão situados nos estabelecimentos de saúde das RAs do DF, e funcionam de acordo com a capacidade instalada de cada RA<sup>9</sup>. Mas foi apenas em 2012 que foram formalmente instituídos no DF por meio da Portaria nº 141, tendo como principais atribuições, o atendimento às pessoas em situação de violência, a abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da cultura de paz e a vigilância dos casos de violência<sup>10</sup>.

Importante ressaltar que, apesar dos PAVs só serem formalizados com coordenações na estrutura da SES/DF em 2012, o primeiro foi criado em 1997, com



a implantação do Programa de Proteção à Criança Víctima de Maus-tratos no Hospital Regional da Asa Sul, hoje denominado de Hospital Materno-infantil de Brasília (HMIB), onde também funciona o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL)<sup>7</sup>, que possui 20 anos de existência e é referência para todo DF.

Os PAVs operam como uma Rede de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência do DF que é composta por 19 PAVs, os quais atuam em modalidades diversas quanto ao público, tipos e natureza das violências. Estão distribuídos nas Regiões Administrativas (RAs) das sete regiões de saúde e se localizam nas unidades de saúde de maior capacidade das RAs.

É possível também identificar um conjunto de dispositivos de intervenção ligados ao tema da violência, são eles: Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas (acidentes e violências) em 2007<sup>11</sup>; a notificação compulsória de violência contra criança ou adolescente (2011)<sup>12</sup>; e o Comitê de Proteção da Criança e do Adolescente para grandes eventos (2013)<sup>13</sup>.

Como instrumentos de planificação, destacam-se o I Plano Distrital de Políticas para as mulheres (2014) e a Política Distrital de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2015)<sup>14,15,16</sup>.

Mais recentemente foi instituído, no âmbito da SES/DF, os Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência (NUPAV)<sup>17</sup> que estão vinculados diretamente às superintendências de cada região de saúde e que tecnicamente estão vinculados ao NEPAV. Este arranjo mostra o grau de complexidade da gestão do DF, tendo em vista apresentar, como citado anteriormente, um misto de funções gestoras de estado e município, conforme ilustrado na Figura1:

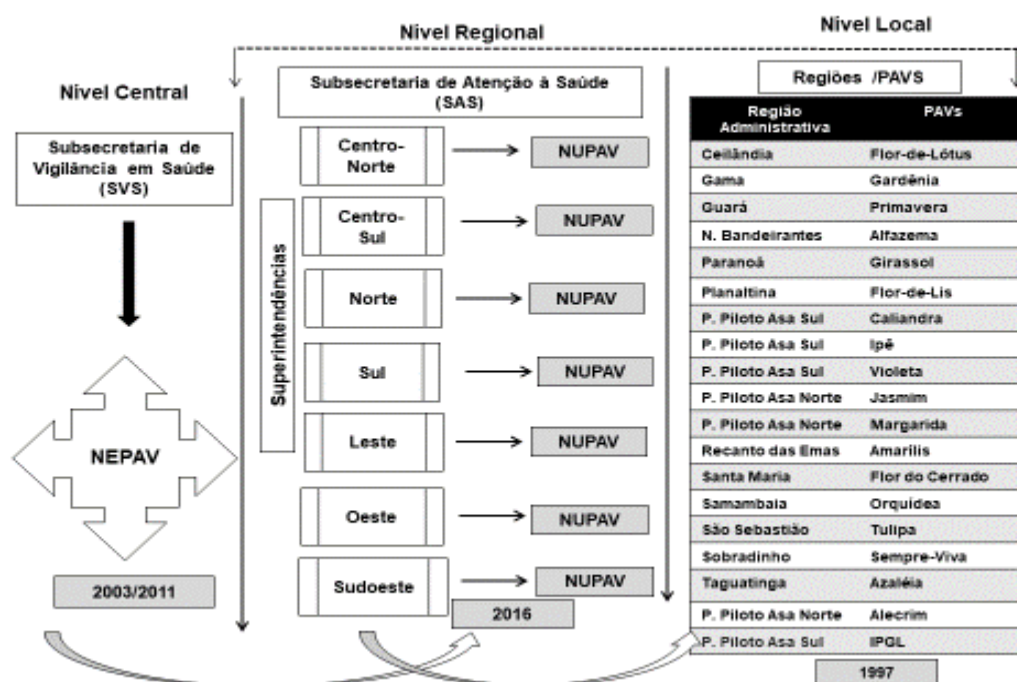


Figura 1 - Modelo de Governança do enfrentamento à violência na SES/DF.

Fonte: Elaboração própria pesquisadora

No que tange aos NUPAVs, destacam-se as seguintes competências: planejar, executar, coordenar e avaliar ações de promoção, prevenção e atendimento à população em situação de violência; participar das ações de Vigilância Epidemiológica na notificação e análise de informação sobre violência e na sensibilização de profissionais que compõem as redes de proteção; desenvolver e estabelecer estratégias para o enfrentamento da violência em atuação conjunta com a rede intra e intersetorial, acompanhar, orientar e executar as ações de educação em saúde e capacitação técnica das redes de atenção da região na temática da violência entre outras<sup>18</sup>.

Fica explícito que a trajetória do enfrentamento a violência no DF iniciou antes mesmo da criação do MS em 2001, ao lançar a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV)<sup>19</sup> em âmbito nacional, porém, suas normativas foram publicizadas a partir de 2003.

Seu processo organizativo atual é composto por dois âmbitos de gestão vinculados ao tema da violência, o NEPAV (vinculado a SVS) e os NUPAVs (vinculados às Superintendências nas Regiões de Saúde na SAS), buscando articular-se tecnicamente cada um com suas respectivas atribuições dentro de uma

estrutura de governança complexa e diversa, a qual está vinculada a uma estrutura federativa com características de estado e município.

A relevância da pesquisa está relacionada a possibilidade de reflexão crítica sobre o processo de enfrentamento da violência no espaço de gestão do SUS a partir da fala de gestores estratégicos, servindo de base para análise de outras experiências.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo principal analisar a percepção dos coordenadores dos PAVs sobre o enfrentamento à violência, bem como as possibilidades e limites da gestão para o desenvolvimento da atenção integral à saúde.

## **Metodologia**

Este estudo foi realizado na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e foram selecionados para participação os coordenadores dos PAVs. Estes serviços ficam localizados em unidades hospitalares ou centros de saúde que prestam atendimento à saúde das pessoas em situação de violência. A amostra foi composta por 19 coordenadores, dos quais 17 foram entrevistados, pois 1 dos PAVs estava temporariamente sem coordenador e com o outro não foi possível agendamento.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em 17 de outubro de 2016. Foi considerado o sigilo e o anonimato das informações, de acordo com o que estabelece a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>20</sup>. Os coordenadores foram esclarecidos sobre o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa, autorizando sua participação no estudo.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e foi definida como um estudo de caso<sup>21</sup>, sendo utilizada como instrumento a entrevista semiestruturada. A marcação das entrevistas ocorreu por meio telefônico e/ou por e-mail, sendo combinado dia, horário e local de acordo com a disponibilidade do coordenador.

O período de coleta dos dados foi de novembro de 2016 a março de 2017. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos e foi registrada em um gravador de voz digital da marca Sony Icd-Px 240 4GB.

O roteiro de entrevistas foi construído em cinco blocos, para organização do material, o primeiro correspondeu a caracterização das coordenadoras e os outros blocos foram decompostos em quatro categorias de análise:

- Categoria 1 - Organização da estrutura da SES/DF no enfrentamento à violência;
- Categoria 2 - Importância do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF;
- Categoria 3 - Inserção da temática do enfrentamento à violência nos instrumentos de gestão da SES/DF; e
- Categoria 4 - Possibilidades e limites da gestão no enfrentamento à violência.

Para o tratamento dos dados utilizamos a análise de conteúdo para obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, o delineamento das estruturas de relevância dos conteúdos para posteriores inferências e cruzamentos das informações<sup>22</sup>.

Com intuito de instrumentalizar a análise dos dados foi utilizado o software de Análise Textual IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), o qual é de fácil acesso por ser gratuito<sup>23</sup>.

Para esta análise selecionamos as categorias 2 e 4 por apresentarem maior conteúdo textual. Isto permitiu a realização de diversos processamentos e análises. Este software disponibiliza cinco tipos de análises: as textuais clássicas; as especificidades e análise fatorial de correspondência; o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD); a análises de similitude; e a nuvem de palavras<sup>23</sup>. Neste estudo utilizamos a análise de CHD.

Por meio de um dendograma de CHD foram expressos parte dos resultados, que segundo Camargo e Justo<sup>23</sup>, possibilita que seja identificado o conteúdo lexical de cada uma das classes.

Neste estudo, foi possível captar as palavras e expressões ditas pelos coordenadores, analisando-as a partir de seus lugares na gestão e na assistência, tendo em vista atuam como coordenadores, mas também realizam atendimento às pessoas em situação de violência.

## **Resultados e Discussão**

Quanto ao perfil dos coordenadores, dos 17 entrevistados apenas 1 era do sexo masculino, motivo pelo qual trataremos todos os termos relacionados pelo gênero feminino.

Com relação a faixa etária, a maioria das entrevistadas possuem entre 33 e 56 anos. Quanto à formação profissional, 8 são assistentes sociais, 7 psicólogas, 1 enfermeiro e 1 com nível técnico de enfermagem. Apenas duas coordenadoras não possuem pós-graduação.

Todas as coordenadoras são servidoras da SES/DF. Dentre elas, 6 estão na função a menos de 1 ano. Outras 6 estão de 1 a 3 anos e 5 estão com mais de 4 a 5 anos no cargo. Então, a maioria tem até 3 anos na função gestora.

Este cenário apresenta por um lado um contingente de coordenadoras com estabilidade para conduzir suas ações, pois todos são servidoras de carreira, porém estão convivendo com a não institucionalidade do cargo de coordenador, o que leva a uma condição de significativa fragilidade no que tange as responsabilidades assumidas. Essa situação pode ser um dos fatores geradores da rotatividade na condução dos PAVs.

Na análise da categoria 1, verificamos que todas as coordenadoras ao responderem sobre a organização das estruturas da SES/DF no enfrentamento à violência apresentaram conhecimento sobre o organograma e o funcionamento da coordenação do NEPAV como núcleo central e sua vinculação a SVS. A maioria mencionou a importância deste núcleo na articulação política e técnica para contribuir na qualificação das ações de assistência às pessoas em situação de violência que são desenvolvidas nos PAVs e intermediadas pelos NUPAVs.

Importante ressaltar que os NUPAVs, criados em 2016, estão vinculados à SAS/DF por meio das superintendências nas regiões de saúde e, por isso, foram

citados no momento das entrevistas como estando em reorganização e sistematização do processo de trabalho.

Sobre o funcionamento da coordenação central da SES/DF, destacaram as reuniões sistemáticas mensais entre NEPAV, NUPAVs e PAVs para planejamento das ações de enfrentamento à violência, discussão sobre instrumentos e estratégias de trabalho, discussão de casos e da necessidade dos profissionais no que concerne a temas para capacitações, como espaços para trocas de experiências entre PAVs.

O desenho da governança do enfrentamento a violência no DF tem nas estruturas locais seu espaço de implementação com intervenções que começaram no final da década de 90, caracterizando um movimento que vem da base para o nível central com a criação do NEPAV institucionalmente no início dos anos 2000, vinculado à SAS/DF, em 2011, e vinculado a SVS/DF. Após um processo de reorganização surgem os NUPAVs, como estruturas regionalizadas ligadas a atenção à saúde.

Tendo em vista a complexidade dos processos vivenciados pelos PAVs, foi relatada a estruturação do PAV “Jardim” com funções de matricialmente, composto por uma equipe multidisciplinar que pudesse ofertar suporte técnico e assistencial às demandas vindas dos demais programas locais.

Outro aspecto a ser enfatizado, foi o reconhecimento do NEPAV no processo de capacitação dos profissionais para a vigilância da violência e assistência às pessoas, fornecendo, assim, condições técnicas para atendimento de qualidade nos programas locais.

Da análise da categoria 3, que trata da inserção da temática do enfrentamento à violência nos instrumentos de gestão da SES/DF, ficou constatado o desconhecimento por parte da maioria das coordenadoras, pois apenas 2 disseram conhecer como o tema da violência apresentava-se no Plano Distrital de Saúde (2012-2015) e o indicador alusivo ao número de unidades notificadoras de violência.

Quando perguntado sobre como este indicador vem sendo acompanhando pela gestão, a maioria não soube informar. Quanto à utilização deste indicador, 9 coordenadoras acham que o mesmo é utilizado para tomada de decisão dos gestores, 5 acham que os gestores não o utilizam e 3 não souberam informar.

Quanto ao conhecimento sobre a evolução das ações de enfrentamento à violência tendo como base o Relatório Anual de Gestão (RAG), apenas uma coordenadora relatou brevemente sobre o cumprimento da meta em relação à notificação.

Quanto ao conhecimento da forma como o tema da violência foi abordado na última Conferência Distrital de Saúde, nenhuma coordenadora soube responder, pois não participaram do evento.

Estes quatro aspectos denotam um razoável afastamento dos gestores das práticas de planejamento e programação, situação que é considerada como inadequada, tendo em vista a natureza do objeto com o qual lidam e que necessita de permanente leitura estratégica para o seu efetivo enfrentamento.

No intuito de conhecer como ocorrem a comunicação e disseminação das informações em seus espaços de trabalho foi perguntado quais os instrumentos ou meios que as coordenadoras utilizam entre si, entre os NUPAVs, NEPAV e também com os demais parceiros intra e intersetoriais.

A maioria das coordenadoras relatou como principais instrumentos e formas de comunicação a utilização de aparelhos celulares particulares, as redes sociais, principalmente os grupos de whatsapp, o site da SES/DF, os relatórios entregues ao NEPAV, os encontros mensais entre PAVs, NUPAVs e NEPAV. Ressaltamos que no momento das entrevistas a maioria relatou que estavam sem acesso a telefone fixo e internet por problemas administrativos.

Ficou explícita a fragilidade no uso dos referidos instrumentos, o que interfere diretamente no trabalho que realizam, pois há necessidade de frequentes interlocuções com outros setores no sentido de promover agendamento de visitas e reuniões, além de contato com os órgãos de garantia de direitos, especialmente com o Conselho Tutelar, e outras atividades que requerem uma comunicação otimizada.

Outro aspecto citado como incipiente, foi a comunicação com a população, sendo destacado que aproximação é feita apenas após a entrada dos usuários aos serviços de atendimento.

Para análise dos dados das categorias 2 e 4 utilizamos a CHD. O corpus foi constituído por 102 textos, divididos em 1.012 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 858 de STs, o que correspondeu a 84,78% do corpus. Do total emergiram 5 classes, que foram divididas em 2 categorias, são elas: A categoria 2:

Importância do enfrentamento à violência por parte da gestão da SES/DF que trata desde da compreensão da importância para o gestor da inclusão do tema da violência até as estratégias/ações intra e intersetoriais, composto pelas classes: 1 (23,3%), 3 (17,9%) e 4 (21,1%); e a categoria 4: Possibilidades e limites da gestão no enfrentamento à violência, composto pelas classes 5 (17%) e 2 (20,6%), conforme dendograma abaixo (Figura

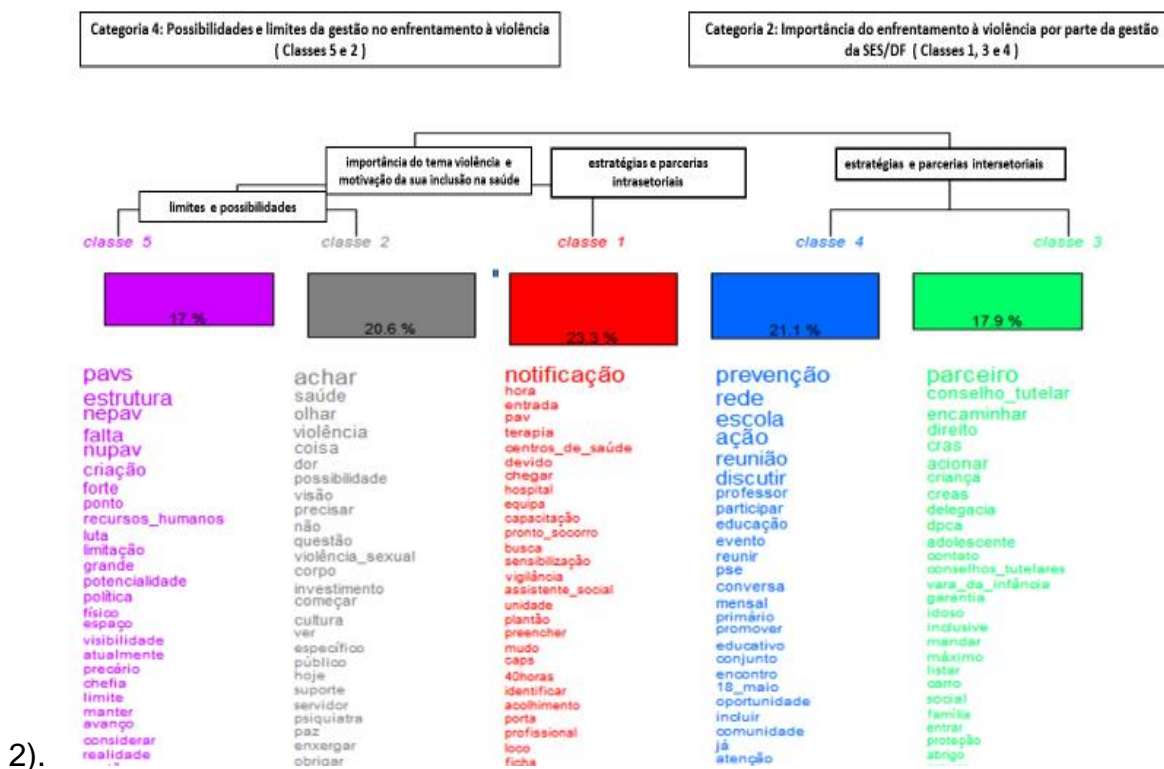


Figura 2 - Dendograma com aspectos referentes às categorias 2 e 4.

No intuito de identificar a multiplicidade da temática presente num conjunto de textos e com base nas análises da CHD, a partir da Categoria 4, analisamos da esquerda para direita as Classes 5 e 2 que apresentam as principais limitações e possibilidades da gestão que refletem diretamente no atendimento às pessoas em situação de violência.

Dentre as limitações, destacaram-se os recursos humanos insuficientes em todos os PAVs, pois em muitos deles há lista de espera para atendimento, espaço físico precário, para que seja garantida a privacidade da pessoa que está sendo atendida, e a insuficiente visibilidade do trabalho executado nos PAVs.

Ainda em relação às limitações, foi ressaltada a necessidade da ampliação do olhar para a identificação dos casos de violência, pois apesar dos PAVs realizarem



notificação de todos os casos que recebem, ainda existe elevada subnotificação nos demais setores da saúde, o que ocorre tanto por desconhecimento da importância da vigilância de violência, quanto pelo receio por parte do profissional em fazer o registro.

Observa-se que há dificuldades na articulação intrasetorial, as ações de prevenção de violência e promoção da saúde são incipientes e há fragilidade da rede intersetorial no seguimento do cuidado especialmente no entorno do DF, também se destaca a situação de servidores desmotivados e adoecidos. Uma das coordenadoras citou necessidade do MS revisar a PNRMM de 2001 e elaborar diretrizes para o atendimento ao autor da violência, pois existe uma lacuna nesta abordagem.

Dentre as possibilidades, ressaltaram-se: existência da coordenação do NEPAV, a capacidade de articulação política e de identificação dos parceiros estratégicos para a pauta do enfrentamento à violência, a recente criação dos NUPAVs no organograma da SES e sua vinculação às superintendências nas regiões de saúde, a própria existência dos PAVs (Rede das flores), o quadro permanente dos servidores, seu comprometimento e capacitação para o atendimento, o processo de regionalização, o Ministério Público que recomendou e do governo local estruturação dos PAVs, as capacitações promovidas pelo NEPAV, a frequência das reuniões mensais entre NEPAV, NUPAVs e PAVs, a existência de fluxo de encaminhamento geral das pessoas em situação de violência nos serviços de saúde do DF, a participação dos técnicos dos PAVs em reuniões de Rede Intersertorial, a possibilidade da criação do PAV Jardim que atuaria com equipe matricial para fornecer suporte aos demais PAVs e o apoio entre os PAVs.

Destacamos que a classe 2 tem uma forte aproximação com os conteúdos da classe 1 que, apesar de estar em outra categoria, apresenta conexões de conteúdo, apontando a violência como uma questão de saúde que vem sendo visibilizada dando maior importância aos casos que adentram os serviços de saúde e pelos registros das notificações de violência.

Durante a realização das entrevistas podemos compreender pelas falas das coordenadoras que a motivação quanto a pauta da violência junto à saúde do DF deve-se a visibilidade e impacto que o tema vem apresentando na vida e saúde das pessoas, como também pelos números de notificação que vem sendo apresentados

aos gestores. Estes fatores fazem com que este tema seja inserido mesmo que de forma incipiente nos instrumentos de gestão. As entrevistadas ainda citaram que muito também se deve ao “*advocacy*” feito por algumas técnicas nos anos 90 que, ao buscarem qualificar a atenção às pessoas em situação de violência, precisou intensificar a sensibilização dos gestores para que tivessem um olhar diferenciado sobre a pauta da violência.

Um destaque relevante é a necessidade de mais investimentos em contratação de recursos humanos na qualificação, bem como na estrutura física, para que os setores consigam desenvolver suas atividades com mais qualidade.

A análise da categoria 2 (classe 1) demonstra as ações/estratégias intrasetoriais, destacando a importância da notificação da violência no setor saúde dos casos que dão entrada e buscam terapia nos centros de saúde, nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), nas UPAs, nas urgências e emergências dos prontos-socorros dos hospitais regionais. Cabe destacar que a leitura desta classe apresenta conectividades entre os conteúdos das Classes 5 e 2 (ambas as classes da categoria 4) o que é constatado pela proximidade da Classe 1.

Outra ênfase dada pelas coordenadoras foi relacionada ao processo de capacitação que, apesar da coordenação do NEPAV estar investindo, ainda há necessidade de intensificação na formação e sensibilização da equipe da saúde para identificar e notificar os casos de violência que adentram pelos centros de saúde ou pelas unidades de urgência e emergência. O que enfatiza a importância da vigilância em saúde no sentido de fornecer dados que representem melhor a realidade local.

Apesar dos avanços, ficou perceptível a dificuldade no estabelecimento de fluxos de atendimento entre os PAVs e os demais serviços da saúde, assim como com outros setores. Uma das dificuldades apontadas foi quanto à comunicação e a circulação das informações entre os núcleos voltados para a gestão do enfrentamento à violência e os demais setores da saúde.

No que concerne as ações intrasetoriais, ficou evidente a frágil articulação dos PAVs com a AB e CAPs que são espaços estratégicos, pois possibilitam conhecer a dimensão da violência que não geram internações ou óbitos e permitem a identificação dos casos em territórios distintos e em tempo oportuno, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais e de Promoção da Saúde.

Nesta linha, analisando as falas das coordenadoras, fica evidente a importância da AB por ser o primeiro ponto de atenção e porta de entrada principal no sistema de saúde, tendo em vista que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde<sup>24</sup>.

Percebemos que há necessidade estratégica de alinhamento na articulação e aproximação com os CAPs, visto que é neste espaço no DF que são atendidos casos de violência autoprovocada, o que requer uma maior sistematização das ações PAVs-CAPs-AB, considerando que muitos desses casos também podem ser decorrentes de outros tipos de violência vivenciadas pela vítima.

Outro aspecto que requer atenção é a situação destacada nos discursos das entrevistadas quanto a existência de lista de espera em muitos PAVs, uma situação que denota entrave para a garantia do direito ao acesso à saúde. Isso faz com que muitos usuários não retornem ao serviço posteriormente e também amplia a possibilidade dos profissionais perderem de “vista” essas pessoas, o que pode ocorrer, por exemplo, quando os envolvidos mudam local de residência.

Percebemos que esta situação reflete como insatisfação, gera sentimento de impotência e de certa angústia nas coordenadoras que, apesar das dificuldades, continuam buscando desempenhar suas funções e realizar o atendimento da melhor forma que é possível.

Ainda da análise da categoria 2 (classes 4 e 3), as falas proferidas pelas coordenadoras demonstraram relevância no que envolve as ações, estratégias e parcerias intersetoriais para o enfrentamento à violência.

Na classe 4, destacam-se os aspectos das ações de prevenção junto a escola, apesar de reconhecerem que são bastante incipientes, especialmente as atividades vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE). Neste sentido, ficou claro o caráter ainda preliminar na relação com a educação por meio das escolas e do PSE. Não obstante, o espaço que o setor tem na construção da Rede de Proteção que se organiza nas RAs do DF ainda é precário, o que pesa por ser um setor estratégico especialmente no atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Outro ponto ressaltado foi quanto a realização de reuniões da Rede de Proteção que geralmente acontecem mensalmente nas RAs do DF e que contam com a participação dos técnicos dos PAVs. Dentre as atividades organizadas,

destacaram-se as ações voltadas para as campanhas, a exemplo do dia 18 de maio que foi determinado como o dia de combate à exploração sexual de crianças e adolescentes e combate à violência contra mulher e pessoa idosa, que apesar de ser uma estratégia pontual, reflete o movimento de parceria entre setores.

É oportuno salientar que cada rede possui configuração própria e arranjo em conformidade com as necessidades loco-regionais, o que amplia ainda mais o grau de complexidade no desenvolvimento de ações intra e intersetoriais.

Na classe 3, dentre os principais parceiros da Rede de Proteção foram destacados o Conselho Tutelar, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) e outras, a Vara da Infância e outros órgãos.

Um dos importantes parceiros também citados na maioria da fala das coordenadoras foi o Ministério Público, que vem exigindo do governo do DF que regularize a composição da equipe profissional e da infraestrutura, ampliando as condições para atendimento das pessoas que procuram os serviços de saúde.

Foi citado por alguns coordenadores que a articulação intersertorial muitas vezes torna-se mais fácil do que a articulação na própria saúde, que com a criação do NUPAV pode vir a potencializar estas ações na região, qualificando e aprimorando este processo.

Na abordagem intersertorial é importante ressaltar as atribuições dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, instituídos pelo Ministério da Saúde em 2004, que reforça que estes núcleos devem promover e participar de políticas e ações intersertoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde<sup>25</sup>.

Portanto, considera-se a rede intersertorial a articulação objetiva das ações interinstitucionais e a articulação entre seus integrantes, com canais definidos de comunicação entre os serviços que a compõem<sup>26</sup>.

Quanto as possibilidades de melhoria no setor ressalta-se a condição de todos os técnicos serem servidores, o que dá maior possibilidade de continuidade na atenção ao serviço; a capacitação técnica e comprometimento dos técnicos que compõem os programas, os quais ao longo dos anos vem atuando em uma área de difícil execução, tanto pela complexidade do próprio tema, quanto por questões

administrativas e de gestão; a regionalização; a criação do NUPAV, que surge como uma potência para facilitar a interlocução com o nível central de gestão; facilidade de articulação com o NEPAV mesmo este vinculado a outra secretaria, a SVS; e, por fim, a implementação de um conjunto de agendas loco-regionais que pode ampliar a capilaridade do tema no âmbito da gestão.

### **Considerações Finais**

Podemos verificar que existem avanços no processo de enfrentamento à violência, mas ainda são muitos os desafios de ordem estrutural, de concepção, de definição e percepção do objeto, no uso e desenvolvimento dos instrumentos de gestão, na leitura interna e na correlação de forças que constituem os campos de atuação no âmbito da SES/DF.

São considerados aspectos a serem priorizados para uma efetiva implementação da PNRMMAV, as fragilidades em compor as equipes, seja em quantidade e/ou qualificação, para lidar com a temática, a construção de espaços de diálogo com outros atores, os mecanismos de comunicação a serem estabelecidos com os demais profissionais e com a população, e a não formalização de cargos de coordenação dos PAVs, o que fragiliza a atuação da (s) gestora (as).

Os relatos e considerações feitas pelas coordenadoras dos PAVs forneceram subsídios para o reconhecimento das principais dificuldades na constituição, articulação e manutenção da rede intra e interserorial. Também, para a sinalização das principais possibilidades existentes localmente, considerando todo o avanço na rede de proteção no DF, mas não deixando de identificar as necessidades de maior institucionalização e definição dos fluxos de forma mais qualificada.

Neste sentido, se faz necessário um maior refinamento da estrutura e da relação de governança entre o NEPAV, NUPAVs e PAVs, para que as estratégias de enfrentamento à violência tenham maior visibilidade e resolutividade na rede de atenção à saúde e junto aos outros setores ligados.

Os desafios citados anteriormente, somam-se ao incipiente processo de planejamento no enfrentamento à violência na saúde, ampliando a distância entre a leitura das necessidades e a efetiva implementação das ações.

Outro ponto que merece destaque é baixa priorização política na abordagem ao tema, onde é predominante um consenso no discurso sobre a importância, mas patente o dissenso das ações no campo da prática das autoridades governamentais em tempos e dimensões distintas.

Por fim, destacamos que, pela dimensão do tema, é necessário o aprofundamento da discussão em torno das categorias abordadas, assim como de outras experiências que possam auxiliar no desvelamento dos caminhos a serem percorridos para a efetiva institucionalização do enfrentamento a violência como uma prática cotidiana de caráter central no âmbito da gestão do SUS.

### Referências Bibliográficas

1. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
2. Minayo MCS, Deslandes SF. Acidentes e violências na pauta política do setor saúde: análise diagnóstica de institucionalização. Rio de Janeiro: Claves; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Dados preliminares do ano de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
4. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Rev Ciên & Saú Colet. 2007; 11(Sup): 1163-1178.
5. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015. [Internet]. Brasília: DF; 2012. [acesso em 2014 jan10]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/pla\\_nodesaude\\_2012\\_2015%201.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/pla_nodesaude_2012_2015%201.pdf)
6. Governo do Distrito Federal. Informativo Epidemiológico: Violência Interpessoal/Autoprovocada nº 1 Dezembro de 2016. [Internet]. Brasília: DF; 2016 [acesso em 2017 mar 10]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/BOLETIM\\_NEPAV\\_DEZ2016\\_VE\\_RSAO\\_FINAL\\_.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/BOLETIM_NEPAV_DEZ2016_VE_RSAO_FINAL_.pdf)
7. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Laurez Ferreira Vilela. Coletânea de artigos. Brasília: DF; 2005. 115p. (Série B Textos Básicos de Saúde).
8. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 23.812, de 03 de junho de 2003. Dispõe sobre a criação de cargos comissionados, na estrutura orgânica da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DF; 2003

- [acesso em 2016 abri 10]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2003/06\\_Junho/DODF%20-%20106%20-%2004-06-2003/Se%C3%A7%C3%A3o1.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2003/06_Junho/DODF%20-%20106%20-%2004-06-2003/Se%C3%A7%C3%A3o1.pdf)
9. Silva MMD, Stroher LMC, Andréev WGA. Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e avaliação. *Rev Saú Deb.* mar 2017; (41): 372-386.
  10. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012. [Internet]. Brasília: DF; 2012 [acesso em 2014 fev 05]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>
  11. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 28.011, de 30 de maio de 2007. Dispõe sobre a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Criação do Núcleo de Prevenção de Agravos por Causas Externas (acidentes e violências). [Internet]. Brasília: DF; 2007 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2007/06\\_Junho/DODF%20124%2029-06-2007/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20124.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2007/06_Junho/DODF%20124%2029-06-2007/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20124.pdf)
  12. Governo do Distrito Federal. Lei nº 4.730 de 28 de dezembro de 2011. DODF 29/12/2011. Cria a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente. [Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2016 mai 10]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/70257/Lei\\_4730\\_28\\_12\\_2011.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/70257/Lei_4730_28_12_2011.html)
  13. Governo do Distrito Federal. Decreto Nº 34.301, de 22 de abril de 2013. Criação do Comitê de Proteção da Criança e do Adolescente para Grandes Eventos no âmbito do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DF; 2013 [acesso em 2017 out 20]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/74164/Decreto\\_34301\\_22\\_04\\_2013.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/74164/Decreto_34301_22_04_2013.html)
  14. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 35.268 de 28 de março de 2014. I Plano Distrital de Políticas para as Mulheres. [Internet]. Brasília: DF; 2014 [acesso em 2015 out 20]. Disponível em: <http://www.mulher.df.gov.br/menu-de-teste/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contras-mulheres/ipdpm.html>
  15. Brasil. Decreto nº 35.991 de 11 de novembro de 2014. Altera o I Plano Distrital de Políticas para as Mulheres, aprovado pelo Decreto nº 35.268, de 27 de março de 2014. [Internet]. Brasília: DF; 2014 [acesso em 2015 out 15]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/78401/Decreto\\_35991\\_11\\_11\\_2014.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/78401/Decreto_35991_11_11_2014.html)
  16. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 36.178, de 23 de dezembro de 2014. Institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Distrital de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e o Plano Distrital de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. [Internet]. Brasília: DF; 2014 [acesso em 2015 ago 15]. [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/78740/Decreto\\_36178\\_23\\_12\\_2014.pdf](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/78740/Decreto_36178_23_12_2014.pdf)
  17. Governo do Distrito Federal. Decreto Nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

- Federal, que especifica e dá outras providências. [Internet]. Brasília: DF; 2016 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto\\_37057\\_14\\_01\\_2016.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto_37057_14_01_2016.html)
18. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 38.01, de 21 de fevereiro de 2017. Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DF; 2017 [acesso em 2017 mai 20]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02\\_Fevereiro/DODF%20038%2022-02-2017/DODF%20038%2022-02-2017%20INTEGRA.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20038%2022-02-2017/DODF%20038%2022-02-2017%20INTEGRA.pdf)
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
  20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília: DF; 2012 [acesso em 2014 jul 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
  21. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
  22. Bardin L. Análise de conteúdo. 1.ed. São Paulo: Edições; 2011.
  23. Camargo B V, Justo AM. Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina. [Internet]. 2017. [acesso em 2016 set 20]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais/view>
  24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2014 jun 08]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
  25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936/GM, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
  26. Kiss LB, Schraiber LB, D'oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Rev Interface - Comunic., Saúde, Educ. set/dez, 2007; 11 (23): 485-501.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção desta pesquisa nos colocou de frente com a dinâmica de implantação de uma política pública detentora de desafios significativos. Desafios que vão desde a complexidade do tema, e conseqüentemente, as suas inúmeras formas de interpretação. A análise de um processo desta ordem por meio de uma leitura de práticas no âmbito de instâncias do SUS com as características do DF também foi outro desafio.

O DF por seu arranjo como unidade federada, e capital do Brasil, apresenta singularidades, pois traz ao mesmo tempo aspectos de estado e município, portanto, possui uma dinâmica organizacional diferenciada dos demais entes federados. Mesmo compartilhando em seu território das estruturas de gestão federal para muitos casos, está distante de algumas agendas prioritárias que poderiam ampliar as mudanças necessárias.

No que tange as práticas de gestão, um dos pontos escolhidos para a nossa trajetória foi a análise dos instrumentos de gestão, composto pela tríade do Plano Distrital, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Optamos por este caminho pela possibilidade de podermos compreender a dinâmica utilizada pela gestão do DF na definição de suas prioridades na saúde, em particular no enfrentamento à violência.

Ficou evidenciado que a estrutura de enfrentamento à violência no âmbito da SES/DF teve seu desenho de governança montado ao longo dos últimos 20 anos, com seu trabalho iniciado entre 1996 e 1997 nos serviços de atendimento às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência em um hospital regional do plano piloto, progredindo para sua institucionalização com a criação do NEPAV, em 2003, e mais recentemente ao estruturar os NUPAVs, em 2016.

Da leitura e análises da situação dos instrumentos de gestão e conseqüente priorização, podemos observar a articulação entre os objetivos, diretrizes, metas e ações a serem desenvolvidas, subsidiando a construção das programações anuais e conseqüentes resultados expressos nos RAGs.

Este movimento nos deu a ideia geral de como a gestão pública observou a situação de saúde e sob ela tomou as decisões.

Ficou explícito que do ponto de vista da estrutura dos instrumentos, os mesmos trazem coerência técnico-burocrática com o que está recomendado nas normativas do SUS. Porém, com relação ao enfrentamento à violência existe uma distância entre os aspectos priorizados no PDS e os dados que revelam ser este problema um dos mais graves no DF, ocupando o 3º lugar no ranking da mortalidade, afetando principalmente os jovens.

É oportuno ressaltar que esse ranking refere-se aos casos que apresentaram desfecho fatal, porém a de considerar os outros inúmeros casos silenciosos que adentram aos serviços de saúde, os quais geram processos de adoecimento de diversas ordens e muitas vezes deixam sequelas emocionais e físicas.

Quanto ao indicador proposto pelo Ministério da Saúde - Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, a SES/DF conseguiu superar a meta anual durante os 4 anos avaliados. Mas quanto ao indicador complementar, que diz respeito ao aumento do número de profissionais atuando no atendimento às pessoas em situação de violência, foi proposto apenas na PAS de 2014 e não teve sua meta atingida.

Em que pese a magnitude do problema, os instrumentos trazem de forma incipiente o tema da violência, tendo em vista a história do DF no cuidado às pessoas em situação de violência.

Para dar vazão a pesquisa, aplicamos o método de entrevista com intuito de conhecer o perfil dos gestores, suas percepções quanto a estrutura organizacional da SES/DF no enfrentamento à violência, a importância dada ao tema pela gestão, a inserção deste tema nos instrumentos de gestão, e apresentando com destaque as possibilidades e limitações da gestão nesta pauta.

Quanto ao perfil dos entrevistados, destaca-se a maior parcela ser do sexo feminino e com pouca experiência na gestão, particularmente as superintendentes e algumas coordenadoras dos PAVs.

Os cargos de superintendentes, por terem sido criados mais recentemente e em um período muito próximo do momento da realização das entrevistas, deixam claro que estes gestores possuem pouco conhecimento sobre o funcionamento da

gestão no que se refere a coordenação das ações/estratégias de enfrentamento à violência, especialmente as funções desenvolvidas pelo NEPAV.

Identificamos por meio das entrevistas realizadas, certo distanciamento entre o que foi encontrado nos instrumentos e nas falas dos gestores entrevistados, onde a prática gestora do nível central da SES/DF, particularmente as superintendentes das regiões de saúde, revelou que a maioria tem desconhecimento da PNRMMAV, bem como uma incipiente apropriação dos instrumentos de gestão. Esse fato interfere nas práticas desenvolvidas nos serviços de enfrentamento a violência.

A construção do processo de governança apresentou uma dinâmica que podemos denominar como centrípeta, ou seja, partiu da base dos serviços, se dirigindo ao nível central, NEPAV para SAS/DF em 2003, que, posteriormente, com o fortalecimento da agenda da regionalização, chega às regiões de saúde com a criação dos NUPAVs.

Nas narrativas de muitas gestoras foi ressaltado que o processo de construção da rede de atenção às pessoas em situação de violência na SES/DF, também denominada Rede de flores, aconteceu inicialmente devido aos casos que chegavam aos serviços precisando de atendimento, e que isto, de certo modo, “exigiu” que a saúde respondesse a essas demandas no sentido de qualificar os profissionais para prestar assistência adequada, bem como estruturar os serviços para realizarem a notificação dos casos.

Outro ponto enfatizado durante as entrevistas foi que muito dessa construção deve-se ao *advocacy* feito por algumas técnicas da saúde nos anos 90, que insistentemente, por apresentarem os números de casos atendidos e notificados, conseguiram sensibilizar a gestão quanto a importância deste tema na saúde do DF.

Em seus relatos, as gestoras destacaram que embora existam dificuldades quanto a estrutura física e conformação de equipe, muito é realizado pelos técnicos no que concerne aos atendimentos prestados, que ocorre bem mais do que as condições ofertadas pela gestão para o desempenho das suas funções permitem.

É evidente que o tema da violência é complexo e a maioria das gestoras consideraram como estratégico a articulação intersetorial para o seu enfrentamento. E que as parcerias feitas ainda precisam ser fortalecidas para que a Rede de proteção local seja mais integrada e efetiva. Neste sentido, identificamos uma alta

expectativa no que se refere à articulação intra e intersetorial, que é considerada pelas coordenadoras como de atribuição e responsabilidade dos NUPAVs.

A dupla vinculação das estruturas de intervenção ao enfrentamento à violência situa-se nas RAs e regiões de saúde, as quais se “dividem” e “integram-se” por meio da gestão de 2 subsecretarias, situação que na nossa análise gera certa confusão no que tange o processo de trabalho desse setor. Pois ao mesmo tempo em que os NUPAVs e PAVs estão subordinados administrativamente a SAS/DF, tecnicamente estão vinculados a SVS/DF. Entretanto, cabe destacar que nenhuma gestora dos NUPAVs e dos PAVs referiu dificuldades com esta situação.

Os aspectos identificados sobre os limites e possibilidades trouxeram à tona um conjunto de fatores inerentes aos processos, que vão desde a melhoria das práticas de gestão aos processos relacionados a própria dinâmica da sociedade no enfrentamento a violência.

Existem muitos limites a superar, dentre eles a necessidade de uma maior sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais da saúde direcionadas para atenção integral com a abordagem sobre o tema da violência. Destacam-se como fatores limitantes do avanço dessa discussão, a insuficiência de profissionais para compor equipe dos PAVs e a baixa carga horária dos que já compõe o programa, o que leva a sobrecarga de quem atua nos serviços.

O fato dos PAVs não possuírem equipes exclusivas para atuarem nesses programas, apresenta-se como um limitador significativo na priorização e qualificação das atividades desenvolvidas nesses espaços. Como consequência, 2 dos 19 PAVS não realizam atendimento ao público, apenas realizam a vigilância dos casos, isto se deve a insuficiência de profissionais para compor a equipe.

Tendo em vista a situação exposta acima, tivemos o conhecimento que o Ministério Público estabeleceu a Recomendação n. 05/2014 para que a Secretaria de Estado da Saúde juntamente com a Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento fizesse a recomposição e reestruturação da equipe que compõe os PAVs para atendimento às pessoas e, conseqüentemente, impacte na redução da lista de espera para os atendimentos.

Confirmamos que esta recomendação feita em 2014 ainda não estava sendo cumprida, pois havia déficit de profissionais para atuarem no PAVS, sendo identificado que em alguns deles existiam listas de espera para atendimento, o que

não condizia com a garantia do acesso no momento da procura aos serviços de saúde e dos 19 PAVS dois deles realizavam apenas vigilância dos casos de violência devido a não composição da equipe.

Apesar da rede já estar avançada, há necessidade de maior disponibilização de serviços 24hs para atendimento integral às pessoas que procuram os serviços de saúde. Assim como maior investimento para os PAVs, tendo em vista que geralmente só se encontram abertos de segunda a sexta-feira em expediente comercial.

Ainda deixa a desejar a estrutura dos serviços que atendem as pessoas em situação de violência, seja física, logística e/ou ambiência, especialmente para que seja garantida maior privacidade desde o momento do acolhimento até o seguimento da assistência nos demais atendimentos.

Os recursos financeiros destinados aos trabalhos com a temática da violência são insuficientes e quase nulos ou diluídos em outras ações supostamente similares.

A subnotificação dos casos de violência é outro componente desafiador, pois além de aumentar a invisibilidade do problema, especialmente das violências menos graves e de repetição, dificulta uma real programação de ações e estratégias, alimentando ideia da difícil mensuração dos casos.

Na nossa compreensão o problema da subnotificação poderia ser reduzido se houvesse uma maior articulação e interação entre os coordenadores e técnicos dos PAVs e da Atenção Básica, tendo em vista que é nesse *lócus* que podem ser identificados os casos suspeitos ou confirmados de violência crônica (de repetição). Portanto, os NUPAVs possuem a missão de buscar aprimorar esta aproximação e articulação de ações e estratégias, qualificando ainda mais a rede de atenção integral às pessoas em situação de violência.

Além da subnotificação dos casos de violência que chegam a outros setores da saúde, conjugadas a falta de estruturação para coleta de vestígios e as incipientes ações de prevenção e promoção da saúde, potencializam ainda mais as dificuldades da rede de proteção.

Vinculado aos desafios anteriores, somasse a baixa capacidade de planejamento das gestões que, junto com uma incipiente cultura de monitoramento e avaliação, ampliam a distância entre a leitura das necessidades e a efetiva implementação das ações intra e intersetoriais.

Apontamos a necessidade de maior participação dos técnicos da área responsável pelas ações de enfrentamento à violência na discussão e na elaboração dos instrumentos de gestão da saúde, no sentido de escutá-los e corresponsabilizá-los no processo de planejamento e consequente cumprimento das metas, bem como na ampliação de indicadores, nas adequações necessárias das PAS, levando em conta que este é um instrumento previsto para ajustar o PDS.

Outro aspecto que merece destaque é a baixa decisão política na abordagem prioritária ao tema, onde é predominante um consenso no discurso sobre a importância, mas evidente o dissenso das ações no campo da prática das autoridades governamentais efetivamente.

A logística precária para atendimento, a falta de telefones (que estavam cortados no período das entrevistas), a falta de internet para acessar e-mails e a falta de transporte para fazer visitas técnicas e para participar de reuniões em outras regiões, afetam a dinâmica das estruturas de serviço.

Foi citado por uma das gestoras que o MS precisa avançar na elaboração de diretrizes para o atendimento ao autor de violência, trabalhando a normatização sobre este atendimento, assim como revisar a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências que é de 2001 e precisa ser atualizada.

Cabe ressaltar, que a SES/DF possui um dos poucos serviços em âmbito nacional que presta atendimento psicossocial aos autores de violência sexual e suas famílias. Foi mencionado pela gestora que inicialmente a gestão teve dificuldades para estruturar o serviço devido à falta de diretrizes nacionais que norteassem a assistência a ser prestada. Ela referiu ainda que as atividades desenvolvidas buscam interromper o ciclo da violência e que apesar das dificuldades vivenciadas o serviço tem tido boa visibilidade localmente.

No que diz respeito às possibilidades, foi possível identificar durante o diálogo com as gestoras que a SES/DF conseguiu colocar na agenda política o tema da violência e a progressiva construção de articulações com outras instituições vem sendo um ponto positivo.

A existência da coordenação do NEPAV com boa capacidade de articulação política e capacidade de capilarizar os parceiros importantes, a criação dos NUPAVs no organograma da SES e estes núcleos estarem vinculados às superintendências e a existência dos PAVs (Rede de flores), ampliaram a capacidade de ação da rede de

atenção às pessoas em situação de violência, o que ressaltou também a importância dada para institucionalização dessas instâncias.

Também destacado nas narrativas como um aspecto positivo, foi o comprometimento e capacitação dos servidores para o atendimento às pessoas em situação de violência. Todos eles fazem parte do quadro permanente de servidores, permitindo assim, uma maior continuidade das ações desenvolvidas, a existência do fluxo de encaminhamento geral das pessoas em situação de violência nos serviços de saúde do DF, a realização de cursos/capacitações frequentes e de reuniões sistemáticas realizadas mensalmente com o NEPAV, NUPAV e PAVs.

O recente incremento na agenda da regionalização trouxe à tona a prática da territorialização, propiciando a criação da proposta de uma equipe matricial por meio do PAV Jardim, que atualmente está em funcionamento e a organização da Rede Intersetorial que apesar de necessitar incremento, em algumas regiões segundo os relatos tem feito a diferença.

Cabe destacar que o caminho percorrido na tese também trouxe um conjunto de reflexões sobre a nossa própria prática e vivência com relação a implementação da PRMMAV no âmbito do governo federal, o papel do MS na relação com os gestores e no monitoramento da política, o que deixa evidente a existência de uma distância razoável entre a nossa pro-atividade em pactuar uma política e nossa ação cotidiana em monitorá-la, avaliá-la e, acima de tudo, em construir uma agenda de cooperação mais efetiva.

O DF estava aqui do nosso lado, ou melhor dizendo estávamos dentro do território do DF e de certa forma não tínhamos a ideia da riqueza e das dificuldades vivenciadas pela gestão

Com base neste estudo é importante pensar em ampliar esta análise no próprio DF, incluindo além de gestores, atores estratégicos que não estão mais na SES/DF, mas que por terem participado de todo o processo de implantação da PNRMMAV, trazem em sua memória o registro do percurso de construção da rede de atenção à saúde às pessoas em situação de violência.

Destacamos isso, pois ao estudar o tema, percebemos que existem poucos estudos e referências sobre a correlação entre os processos e práticas da gestão na abordagem da violência, principalmente com a utilização dos instrumentos de gestão no SUS.

Esperamos que os resultados e discussões apresentados nesta tese possam servir como subsídios para outros estudos e pesquisas no intuito de aprofundar o tema. Pela magnitude identificada do problema, se faz necessário a realização de estudos dessa natureza em outros estados e/ou municípios estratégicos, contemplando as mais diversas realidades e contextos no território nacional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Rev Ciênc & Saú Colet. 2007; 11(Sup): 1163-1178.
2. Minayo MCS. Violência e Saúde. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p.
3. Minayo MCS, Deslandes, SF. Trajetória Histórica de Inclusão da Violência na Agenda do setor Saúde. In: Acidentes e violências na pauta política do setor saúde: análise diagnóstica de institucionalização. Rio de Janeiro: CLAVES; 2007.
4. Medina ABC, Penna LHG. A Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. Text Cont Enfer. jul-set, 2008; 17 (3): 466-73.
5. Rifiotis T. Nos campos da violência: diferença e positividade. Florianópolis: PPGAS/UFSC. 1995; 19.
6. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Rev. Ciênc & Saú Colet. 1999.
7. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. Rev Saú Públ. 2006; 40 (N Esp): 112-20.
8. Almeida LCG, Diniz NMF. Violência sexual: desvelando a realidade que acomete as Mulheres. Rev de Enferm da UERJ. 2004; (12): 88-94. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a15.pdf>
9. Foucault, M. Microfísica do Poder. 18.ed. Rio de Janeiro: edições Graal; 2003.
10. Coelho MC. O Poder Invisível. Rev Ágo Vit.2012; (15): 1-10.
11. Bordieur P. O poder Simbólico. 13.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
12. Porto MSG. Sociologia da violência: do conceito as representações sociais. Brasília: Francis; 2010.
13. Who. Prevention of violence: a public health priority. World Health Organization. Forty-Ninth World Health Assembly Geneva. may, 1996: 20-25. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA49\\_25\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA49_25_eng.pdf)
14. Who. World report on violence and health. Geneva. 2002: 3-21. In: Krug E G, Dahlberg L L; Mercy J A; Zwi, A B; Lozano R. Violence: a global public health problem.

15. Organização Panamericana Da Saúde (OPAS). Violência y salud: resolución no XIX. Washington D.C; 1994.
16. Organização Mundial Da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
17. Minayo MCS. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005: 9-33.
18. Minayo MCS. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ESNP; 2013. 420 p.
19. Velloso ISC, Araújo MT, Rocha ADM, Alves MA. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma Unidade Básica. 2005. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/476>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
21. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017; 3. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/05/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2017-Volume-3.pdf>
22. Santino, EP. et al. Direitos humanos: classificação dos tipos de violência contra a mulher e diplomas legais de amparo e prevenção. [Internet]. Âmbito Jurídico. 2012; 15. [acesso em 2015 dez 12]. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12273](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12273).
23. Domenach JM. La violencia. In: Unesco (org). La violence e sus causas. Paris: UNESCO; 1981: p. 33-45.
24. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saú Públ. 1994; 10 (1): pp. S7-S18. ISSN 0102-311X.
25. Sarti CA. A família como ordem simbólica. Rev Psic USP. 2004; 15 (3): 11-28.
26. Silva, MMA, Moraes N OL, Mascarenhas, MDM, Paiva AE, Lima, CM, Carvalho, MGO. Violência como problema de Saúde Pública. In: Epidemiologia e Saúde. Rouquayrol MZ. 8.ed. Rio de Janeiro. 2017; P. 752-281-301.
27. Who. World Health Organization. Injuries and violence: the facts. Geneva. 2010.

28. Salcedo-Barrientos D M, Gonçalves L, Oliveira Junior M, Egry E Y. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. Rev Avan en Enferm. jul-dic, 2011; 2.
29. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
30. Teixeira CF. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador, Bahia. jun, 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)
31. Souza ER, Lima MLC. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. Cien Sau Colet. 2006; 11 (2): 363-374.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS nº 737, de 16/ de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
33. Valadares FC, Souza ER. A violência que interroga a rede de saúde mental a partir da visão dos seus conselhos profissionais. Cad Bras de Saú Ment. 2015; (7) 16: p.95-116.
34. Lima CA. Redes de Atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise dos casos de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores [Tese]. Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 3.ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 124 p. il.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001; 96 (8).
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

40. Brasil. Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília: DF; 1990 [acesso em 2013 dez 11]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm).
41. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF; 2003.
42. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF; 2003.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936/GM, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.406, de 05 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.508, de 1 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005: 21 p.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006; (4): 60 p.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
50. Brasil. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Internet]. Brasília:DF; 2006 [acesso em 2018 jan] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)

51. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [Internet]. 2006 [acesso em 2016 jun 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
52. Brasil. Presidência da República. 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. Brasília, DF; 2006.
53. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011 que altera a Lei Nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília: DF; 2011.
54. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA/Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
55. Assis SG et al. Notificações de violência doméstica e ou sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Ciên & Saú Colet. 2012; (17) 2: p. 2305-2317.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2017 nov 14]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes\\_2013\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf)
57. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF; 2009.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
61. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2014 jun 08]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
62. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20 (4): 867-874.
63. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF; 2013.
64. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: DF; 2013.
65. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília: DF; 2013.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 485, de 1 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 618, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Informe 01, 2014. Atos Normativos para a Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2015 dez 11]. Disponível em: [http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/docs/legislacao/informe\\_normativo.pdf](http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/docs/legislacao/informe_normativo.pdf)
69. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.415, de 07 de novembro de 2014. Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
72. Brasil. Presidência da República Secretaria de Direitos Humanos. Portaria Interministerial nº 1, de 6 de fevereiro de 2015. Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT). Brasília: DF; 2015.
73. Brasil. Presidência da República. Portaria interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: DF; 2015.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.662, de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
75. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.104 de 09 de março de 2015. Lei do Femicídio de Brasília. Brasília: DF; 2015.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 que trata da Definição da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
78. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública. 2006; 40 (N Esp): 73-8.
79. Paim J S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciên Saú Colet. 2003; 8 (2).

80. Tanaka OY, Tamaki M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc & Saúde Colet.* 2012; 17 (4): 821-828.
81. Simon HA. *Comportamento Administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas.* 3.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1979. 384 p.
82. Robbins S, Judge T, Sobral F. *Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro.* 14.ed. São Paulo: Pearson; 2011. 633 p.
83. Maximiano ACA. *Introdução à Administração.* 8.ed. Revisão e ampliação. São Paulo: Atlas; 2011. 404p.
84. Chiavenato I. *Introdução à Teoria Geral da Administração.* 7.ed. Rio de Janeiro: Campus; 2003. 630 p.
85. Lousada M, Valentim MLP. Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. *Perspec em Ciênc da Info.* jan./mar, 2011; 16 (1): 147-164.
86. Choo CW. *A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões.* São Paulo: SENAC; 2003. 425p.
87. Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates no planejamento e saúde no Brasil. In: GALLO, E. *Razão e Planejamento, reflexões sobre política estratégia e liberdade.* São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
88. Mintzberg H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico.* Porto Alegre: Bookman; 2004.
89. Campos G W S. *A saúde pública e a defesa da vida.* 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
90. Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo, decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Trochin D M R et al. *Gerenciamento em Enfermagem.* 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
91. Miranda A. Abordagens e métodos de Monitoramento e Avaliação aplicáveis à Gestão do SUS. In: *Encontro Temático. Brasília: Poésis-Comunidade de Pesquisa.* 2009; 2.
92. BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil.* 1988.
93. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS.* 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016: 138 p.



94. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
97. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DF; 2011.
98. Brasil. Presidência da República. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Brasília: DF; 2012.
99. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para 2013-2015. [Internet] Brasília: DF; 2013. [acesso em 2016 jan 05] Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-04-2013-Metas-Indicadores.pdf>
100. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Diretrizes para o processo de planejamento e gestão no âmbito do SUS. [Internet]. Brasília: DF; 2013. [acesso em 2016 jan 05] Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-34-2013-Diretrizes-planejamento-no-SUS.pdf>
101. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 - Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
102. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 575 de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
103. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Brasília: DF; 2012.
104. Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2001.
105. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6.edição. São Paulo: Editora Atlas; 2008.

106. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
107. Triviños NAS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2009.
108. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
109. Richardson, RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
110. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
111. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Bookman/Artmed; 2009.
112. Bardin L. Análise de conteúdo. 1.ed. São Paulo: Edições; 2011.
113. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina. [Internet]. 2017. [acesso em 2016 set 20]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais/view>
114. Camargo B V, Justo A M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Temas em Psicologia. 2013; 21 (2): 513-518.
115. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015. [Internet]. Brasília: DF; 2012. [acesso em 2014 jan 10]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/pla\\_nodesaude\\_2012\\_2015%201.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/pla_nodesaude_2012_2015%201.pdf)
116. Instituto Brasileiro e Geográfico de Estatística (IBGE). 2010. [Internet]. [acesso em 2014 out. 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
117. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano de Saúde 2016-2019. Versão aprovada conforme Resolução CSDF Nº457, de 05 de abril de 2016. Brasília: DF; 2016. Parte I disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS\\_2016-2019\\_OFICIAL\\_Parte\\_I.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I.pdf) - Parte II disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS\\_2016-2019\\_OFICIAL\\_Parte\\_II.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II.pdf).
118. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF). [Internet]. Brasília: DF; 2016. [acesso em 2016 feb 10] Disponível em: [http://www.mi.gov.br/regioes\\_integradas\\_df\\_rides](http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_df_rides)

119. Universidade de Brasília. Relatório Final do Projeto de Estruturação, Implementação e Consolidação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde e Cultura de Paz. Brasília: DF; 2011.
120. Governo do Distrito Federal. Informativo Epidemiológico: Violência Interpessoal/Autoprovocada nº 1 Dezembro de 2016. [Internet]. Brasília: DF; 2016 [acesso em 2017 mar 10]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/BOLETIM\\_NEPAV\\_DEZ2016\\_VE\\_RSAO\\_FINAL\\_.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/BOLETIM_NEPAV_DEZ2016_VE_RSAO_FINAL_.pdf)
121. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Site oficial da SES/DF [Internet]. Brasília: DF; 2017. [acesso em 2014 mar 09]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>
122. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Relatório Anual de Gestão Distrito Federal - Período de janeiro a dezembro de 2012. [Internet]. Brasília: DF; 2012. [acesso em 2014 jan 08]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>
123. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Site oficial da SES/DF. Regionalização. [Internet]. Brasília: DF; 2016. [acesso em 2014 mar 09]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/regionalizacao/883-regionalizacao-o-que-e.html>
124. Conselho de Saúde do Distrito Federal (CNSDF). Relatório da 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal. [Internet] 2015 [Acesso em 2016 mai 10]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/7190504-Relatorio-da-9a-conferencia-de-saude-do-distrito-federal.html>
125. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/Laurez Ferreira Vilela. Coletânea de artigos. Brasília: DF; 2005. 115p. (Série B Textos Básicos de Saúde)
126. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 23.812, de 03 de junho de 2003. Dispõe sobre a criação de cargos comissionados, na estrutura orgânica da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DF; 2003 [acesso em 2016 abri 10]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2003/06\\_Junho/DODF%20-%20106%20-%2004-06-2003/Se%C3%A7%C3%A3o1.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2003/06_Junho/DODF%20-%20106%20-%2004-06-2003/Se%C3%A7%C3%A3o1.pdf).
127. Silva MMD, Stroher LMC. Fortalecimento da Atenção Integral às Pessoas em Situação de violência no distrito federal - Projeto realizado junto ao Núcleo de Estudos e Programas Para Acidentes e Violências – NEPAV/DIVEP/SVS e executado junto aos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV/SAS - (documento não publicado); 2012.

128. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Decreto N° 34.213, de 14 de março de 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: DF; 2013.
129. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012. [Internet]. Brasília: DF; 2012 [acesso em 2014 fev 05]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>.
130. Governo do Distrito Federal. Decreto N° 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. [Internet]. Brasília: DF; 2016 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto\\_37057\\_14\\_01\\_2016.html](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto_37057_14_01_2016.html)
131. Governo do Distrito Federal. Decreto 38.017 de 21 de fevereiro de 2017. Diário Oficial do Distrito Federal. Retificação em Ano XLVI. 39.ed. Brasília: DF; 2017.
132. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
133. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Relatório Anual de Gestão Distrito Federal - Período de janeiro a dezembro de 2013. [Internet]. Brasília: DF; 2013. [acesso em 2014 out 11] Disponível em: [file:///C:/Users/merci/Downloads/Relat%C3%B3rio\\_Gest%C3%A3o\\_Anuar\\_GESTOR\\_2013.pdf](file:///C:/Users/merci/Downloads/Relat%C3%B3rio_Gest%C3%A3o_Anuar_GESTOR_2013.pdf)
134. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Relatório Anual de Gestão Distrito Federal - Período de janeiro a dezembro de 2014. [Internet]. Brasília: DF; 2014. [acesso em 2015 dez 11]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>
135. Brasil. Ministério Da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Relatório Anual de Gestão Distrito Federal - Período de janeiro a dezembro de 2015. [Internet]. Brasília: DF; 2015. [acesso em 2017 mar 20] Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

### I. CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES DA SES/DF

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Sexo: Feminino ( ) Masculino

3) ( ) Idade: \_\_\_\_\_

4) Formação: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ e Ano \_\_\_\_\_

5) Pós-graduação: Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

6) Cargo/Função:

( ) Secretário de Estado de Saúde do DF

( ) Superintendente da Região de Saúde \_\_\_\_\_

( ) Coordenador da Atenção Primária

( ) Gerente da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT)

( ) Coordenadora do Núcleo de Estudos e Programa na atenção e vigilância em violência (NEPAV)

( ) Chefe do Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência (NUPAV)

( ) Coordenadores do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV)

7) Há quanto tempo você está nesta função na Secretaria Saúde do DF (SES/DF)?

8) Tipo de vínculo? Servidor ( ) Prestação de serviço ( ) Cargo ( )  
outro \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

9) Sua atuação profissional anterior a esta foi na saúde? Sim ( ) Não ( )

Se não qual foi a área? \_\_\_\_\_

## **II. PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS DA SES/DF NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA**

10) Existe no organograma da SES/DF uma coordenação/gerência responsável pelas ações de enfrentamento à violência, está vinculada a que instância na SES/DF? Como está organizada e como funciona esta coordenação/gerência?

## **III. POSIÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA POR PARTE DA GESTÃO DA SES/DF.**

11) Qual a sua compreensão como gestor(a) da importância de inclusão da temática da violência no setor saúde?

12) Na sua percepção o que motivou a gestão do DF incluir a temática da violência na agenda do setor saúde especialmente no Plano Distrital de Saúde?

13) Que estratégias/ações intrasetoriais estão sendo desenvolvidas/implementadas no que concerne às ações: capacitação da equipe, vigilância/notificação da violência interpessoal e autoprovocada e prevenção da violência, promoção da saúde, atenção às pessoas em situação de violência e garantia de direitos?

14) Que estratégias/ações intersetoriais estão sendo desenvolvidas/implementadas no que concerne às ações: capacitação da equipe, vigilância/notificação da violência interpessoal e autoprovocada e prevenção da violência, promoção da saúde, atenção às pessoas em situação de violência e garantia de direitos?

## **IV. POSIÇÃO SOBRE A INSERÇÃO DA TEMÁTICA DO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SES/DF.**

15) De que forma a temática do enfrentamento a violência aparece no Plano Distrital de Saúde 2012-2015 e na Programação Anual de Saúde (PAS)?

16) No Plano Distrital de Saúde consta indicador referente à temática da violência. Como este indicador vem sendo acompanhado pela gestão? São utilizados para tomada de decisão?

17) Tomando como base o último Relatório de Gestão (RAG) do GDF como vc avalia a evolução das ações do enfrentamento à violência?

18) Você sabe de que forma o tema da violência foi abordado na última Conferência Distrital de Saúde?

19) Quais os instrumentos/meios de informação e comunicação a SES/DF utiliza para abordar o tema da violência? E de informação e comunicação com a população?

#### **V. POSIÇÃO SOBRE AS POSSIBILIDADE E LIMITES NA PERSPECTIVA DO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA POR PARTE DA GESTÃO DA SES/DF.**

20) Como você avalia/considera as ações desenvolvidas pela SES/DF na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências?

21) Destaque as principais *possibilidades e limites* da gestão da saúde do DF, no tocante ao enfrentamento da violência? E como os limites podem ser superados?

OBS: Tem alguma consideração que queira fazer sobre o enfrentamento à violência no DF que não tinha sido contemplada na entrevista.



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “**O tema da violência e a tomada de decisão do gestor da saúde: Estudo de caso do Distrito Federal**” sob a responsabilidade das pesquisadoras: Mércia Gomes Oliveira de Carvalho, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Fátima de Sousa, o presente projeto está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este projeto apresenta como **objetivo geral**: Analisar a inserção da temática da violência na gestão da saúde a partir dos instrumentos de gestão para a tomada de decisão do gestor de saúde do Distrito Federal; e como **objetivos específicos**: Caracterizar o processo de implantação dos Atos Normativos Políticos e Programas Nacionais existentes no âmbito da gestão do SUS vinculados à temática da violência; Descrever o processo de implantação da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências na gestão da saúde do Distrito Federal; Analisar as ações/estratégias de enfrentamento à violência existentes nos instrumentos de gestão do DF e Identificar os limites e as possibilidades do gestor da saúde do Distrito Federal na perspectiva da construção de intervenções a partir do setor saúde.

O(A) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Nos procedimentos para realização da coleta de dados serão realizadas entrevistas semi-estruturadas para coletar as informações referentes à tomada de decisão por parte dos gestores da saúde do DF com relação ao tema da violência.

A sua participação se dará por meio de entrevista que poderá ter a duração média de 50 minutos, esta será realizada no local de maior conveniência para o(a) participante, com data e horário previamente agendados.

Dessa forma, embora a pesquisa não possa ocasionar riscos diretos sobre as participantes, o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, estará contribuindo para análise e qualificação das práticas de gestão no que tange a abordagem da violência e saúde.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Mércia Gomes Oliveira de Carvalho por meio do número do celular (61)9284-1505 ou por e-mail: [merciagoc@gmail.com](mailto:merciagoc@gmail.com) e Profª Drª Maria Fátima de Sousa por meio do número do celular 61-981475050 ou por e-mail: [fatimasousa@unb.br](mailto:fatimasousa@unb.br), caso seja preciso pode realização ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no

desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61)3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00h às 12:00h e de 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) senhor(a).

---

Nome / assinatura

---

Mércia Gomes Oliveira de Carvalho  
Pesquisadora Responsável

---

Profª Drª Maria Fátima de Sousa  
Pesquisadora Orientadora

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz  
para fins de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **O tema da violência e a tomada de decisão do gestor da saúde: estudo de caso do Distrito Federal**, sob responsabilidade das pesquisadoras **Mércia Gomes Oliveira de Carvalho** doutoranda do *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília* e da *profª Drª Maria de Fátima Sousa da Universidade de Brasília*

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise do conteúdo por parte das pesquisadoras acima referidas.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade das pesquisadoras responsáveis.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Doutoranda Mércia Gomes Oliveira de Carvalho

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Profª Drª Maria Fátima de Sousa

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

# **ANEXOS**

**ANEXO 1: FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA  
INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA**

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha\\_Viol\\_5\\_1\\_Final\\_15\\_06\\_15.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf)

**ANEXO 2: PLANO DISTRITAL DE SAÚDE (2012-2015)**

[http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodesaude\\_2012\\_2015%201.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodesaude_2012_2015%201.pdf)

**ANEXO 3: PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (2012)**

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>

**ANEXO 4: PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (2013)**

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>

**ANEXO 5: PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (2014)**

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>

**ANEXO 6: PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (2015)**

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=02&codUf=53&codTpRel=02>