

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Maria Cristina de Oliveira Marques

A INTEGRAÇÃO ENTRE O SETOR SAÚDE E OS DEMAIS
SETORES GOVERNAMENTAIS NO DESENVOLVIMENTO
DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA
MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA
NO DISTRITO FEDERAL

Recife

2011

Maria Cristina de Oliveira Marques

A INTEGRAÇÃO ENTRE O SETOR SAÚDE E OS DEMAIS SETORES
GOVERNAMENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA NO
DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
a obtenção do grau de Mestre em
Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M357i Marques, Maria Cristina de Oliveira.

A integração entre o setor de saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência no Distrito Federal / Maria Cristina de Oliveira Marques. — Recife: M. C. O. Marques, 2010.

150 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Política de Saúde 3. Morbidade.
I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 614.39

Maria Cristina de Oliveira Marques

A INTEGRAÇÃO ENTRE O SETOR SAÚDE E OS DEMAIS SETORES
GOVERNAMENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE
REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA NO
DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
a obtenção do grau de Mestre em
Ciências.

Aprovado em: 09/12/2010.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr. Márcio Florentino Pereira
Universidade de Brasília

Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a meus pais, pelo amor, exemplo e apoio incansável, meus irmãos e minha cunhada, pelo apoio incondicional, a minha afilhada “Pererequinha” e meu sobrinho “Batman”, por darem um novo sentido a minha existência e a Aninha, com quem sempre posso contar e compartilhar.
Gratidão e Amor Eterno!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Milton e Angélica, pelo incentivo, por saberem compreender os momentos em que na minha vida nada parecia dar certo e por acreditarem em mim sempre.

Aos meus irmãos, Valéria e Ricardo, por estarem sempre ao meu lado me incentivando a ir em frente e pelo exemplo e apoio incondicional.

Ao meu irmão, Fernando, por me ensinar que a vontade genuína de viver é capaz de superar até mesmo as barreiras que à primeira vista parecem intransponíveis. Sua fé é admirável!

Aos amores da minha vida, Andressa e Lucas, meus sobrinhos, por trazerem alegria e leveza à minha existência.

À minha cunhada, Tati, por nos ensinar a demonstrar o afeto e por nos proporcionar momentos tão deliciosos em família.

À Aninha meu mais profundo reconhecimento pelo companheirismo, pela compreensão, paciência, ajuda, incentivo, por me ensinar a humildade e o perdão, por estar sempre pronta a acolher minhas angústias, medos e incertezas. Agradeço por fazer parte da minha jornada!

À minha amiga, Theresa Scafe, Tê, pela amizade, pela constante disponibilidade, pelos momentos de convívio, sempre profundos, acompanhados de café ou uma boa comida, pelas viagens, risadas, choros e reflexões existenciais. Agradeço por estar sempre ao meu lado nestes últimos 22 anos e por topa me acompanhar nos mergulhos ao inconsciente.

Ao meu amigo Maurício Ricci, por ter estado sempre pronto a me ajudar nos meus repetidos pedidos de auxílio com o inglês.

À amiga Lucilia Ferreira, Lu, por ter me impulsionado ao mestrado e por me ouvir nos muitos momentos de dúvida e incertezas nos últimos anos.

À amiga D. Elza, pela ajuda paciente e desinteressada. Saudade eterna!

À amiga Cristina Loyola, Cris, pelo incentivo no começo da carreira, pela amizade permanente e por saber me fazer sentir sempre querida.

Às amigas Liliam Dutra, Bia e Inez Salim, pela amizade constante e apoio nos momentos em que mais precisei.

À amiga Bia Medeiros pelos momentos compartilhados e por ter estado comigo e mamãe em Goiânia em um momento de muita fragilidade.

Às amigas araxaenses, Kaki Stefani, Mariléa Menezes, Ana Silva e Cidinha Rios que sempre estiveram e permanecem ao meu lado me ensinando constantemente o valor da verdadeira amizade.

À amada amiga Luzia que me ensinou o valor do conhecimento e da cultura. Foi para mim uma amiga que ao partir deste mundo tão cedo deixou saudade e exemplo de amor, alegria, ética e vontade de saber.

A todos da minha família que sempre me lembram da importância destes laços e da delícia da convivência.

À amiga Viviane Ferro, Vivi, pela paciente condução e disponibilidade em acolher minhas dúvidas na etapa final desta caminhada. Obrigada por me ajudar a não desistir!

A todos os amigos que souberam compreender minha ausência!

Aos colegas do curso, por dividirem comigo a esperança desta caminhada. Em especial a Simone, Maria Fernanda, Andréia e Juliana, pela amizade e carinho;

Ao meu orientador, Garibaldi Gurgel, pela orientação, incentivo e pelas contribuições na pesquisa.

Ao meu coordenador, Luís Otávio Farias, pela liberação do trabalho, pelo apoio e por ser para mim um modelo de profissionalismo, inteligência e senso de justiça.

Aos meus colegas de trabalho e amigos, Marcos Mesquita, Francisca Lucena, Cinthia Santos, Walkyria Porto, Dorinha e mais recentemente Valéria, por me aguentarem diariamente, por ouvirem pacientemente meus lamentos, principalmente neste último mês.

À minha querida Dra. Helvécia por ser para mim um exemplo de responsabilidade, paciência, ética, humildade, compaixão e tolerância. Obrigada por não ter desistido de mim! Amor Eterno!

"E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e ideias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo"

Edgar Morin

MARQUES, Maria Cristina de Oliveira. A integração entre o setor saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência no distrito federal. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Esta é uma pesquisa qualitativa que, ao utilizar o método de estudo de caso à luz de um modelo de análise de políticas, buscou responder a questões ligadas à integração horizontal: como está a integração entre a saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da diretriz da intersectorialidade da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no Distrito Federal (PNRMAV) e que fatores contribuem para a integração ou a fragmentação entre o setor saúde e os demais setores governamentais na implementação dessa Política. O trabalho concentrou-se, principalmente, na horizontalidade dentro dos níveis de governo. O fenômeno da fragmentação das políticas vem se tornando relevante em virtude da complexidade dos problemas atuais e, dentro desse espectro, é possível localizar o problema da violência, cuja presença em determinadas regiões do país tem representado um enorme desafio para os governos e para a sociedade. A implementação da diretriz da PNRMAV no DF apresentou evidências fragmentadoras, demonstrando que há problemas de coordenação, com perda de coerência e consistência. A coordenação é falha, pois os dados analisados demonstram que não há na SES/DF o exercício de ajustar estruturas e atividades para gerar ou promover a chance de alcançar objetivos horizontais. No que diz respeito à coerência, os achados da pesquisa não apresentaram indícios de que os setores governamentais no DF estejam articulados, apesar de a intersectorialidade constar da PNRMAV e os entrevistados afirmarem que a integração entre os setores é um objetivo perseguido desde a sua formulação. Nesse sentido, para o êxito da integração horizontal de ações governamentais, é preciso fazer uso de uma variada gama de ferramentas de gestão conhecidas pela administração pública atual. Estruturas rígidas, com diversos centros de poder e sem lideranças aptas a gerar convergência estrutural, resultam em fragmentação, conforme aludido em nosso marco teórico.

Palavras-chave: Integração Horizontal. Gestão Horizontal. Intersectorialidade. Violência. Acidentes.

MARQUES, Maria Cristina de Oliveira. The integration between the health and other public sectors in the development of the National Policy for the Reduction of Deaths Rates by Accidents and Violence in Brazil's Federal District. 2010. Thesis (Professional Master's Degree in Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2010.

ABSTRACT

This is a qualitative research which, by utilizing the case study method in the context of a policy analysis model, endeavored to respond to the following two questions regarding the horizontal integration: The status of the integration between the health and other public sectors in the development of the inter-sectorial directive for the National Policy for the Reduction of Deaths Rates by Accidents and Violence in Brazil's Federal District (PNRMAV in its Portuguese acronym), and what factors contribute to the integration or fragmentation between the health sector and other public sectors in this policy's implementation. Accordingly, this thesis is focused mostly on the horizontality within governmental levels. The policy fragmentation phenomenon is becoming relevant in light of the magnitude and complexity of the emerging problems and, within this spectrum, it is possible to pinpoint the problem of violence, its presence in certain regions of Brazil representing a great challenge for their governments and for society. The implementation of the PNRMAV Directive in the Federal District presents evidence of fragmentation, which demonstrates the presence of coordination problems followed by a loss in coherence and consistency. The coordination is faulty, as corroborated by the analyzed data demonstrating that the SES/DF does not have a project for the adjustment of structures and activities to generate or promote the chances of reaching horizontal goals. As far as coherence, the findings do not provide any indication that the Federal District's public sectors are articulated, although inter-sectoriality is present in PNRMAV and the interviewed subjects state that the integration amongst the sectors is a sought out goal since its formulation. Consequently, as we pursue success in the horizontal integration of public actions, it is necessary to utilize a broad range of management tools which are known to the current public administration. A modern administration requires, among other aspects, flexibility, transparency, and agility for the resolution of its problems. Rigid structures with multiple power centers and without a leadership capable of generating structural convergence result in fragmentation, as mentioned in our thesis.

Keywords: Horizontal Integration. Horizontal Management. Inter-Sectoriality. Violence. Accidents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Municípios da Ride/DF com maiores Taxas de Homicídio na População Total.....	17
Quadro 2 – Análise do fator liderança executiva sob as variáveis gestão do poder e visão	91
Quadro 3 – Análise do fator estratégia sob as variáveis plano e sistema de planejamento	94
Quadro 4 – Análise do fator ajustamento mútuo.....	97
Quadro 5 – Análise do fator estrutura sob as variáveis desenho organizacional e coordenação	100
Quadro 6 – Análise do fator processos sob a variável integração vertical e horizontal	101
Quadro 7 – Análise do fator processos sob a variável autonomia	102
Quadro 8 – Análise da variável consenso operacional.....	103
Quadro 9 – Análise do fator pessoas sob a variável valores	109
Figura 1 – Tipologia da Violência.....	25
Figura 2 – Ciclo da Política Pública	34
Figura 3 – Modelo de análise de fragmentação	37
Figura 4 – A coerência como um processo	38
Figura 5 – Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal.....	55
Figura 6 – Mapa – A RIDE e as Regiões Polarizadas	59
Figura 5 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA.....	71
Figura 6 – Organograma da Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/DF	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição Proporcional de Morbidade Hospitalar por Grandes Grupos de Causas para Os Triênios, 2002 A 2004 E 2005 A 2007 – RIDE/DF	18
Tabela 2 -Regiões Administrativas do DF, leis de criação e população (ano 2004).....	54
Tabela 3 – Distância de Brasília, em Km, em relação à demais RAs – 2002	56
Tabela 4 – Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno – RIDE – 2000	58
Tabela 5 – Ordenamento das Capitais por Taxas de Homicídios (em 100.000) na População total. Brasília, 1997/2007	61
Tabela 6 – Variação das Taxas de Homicídio (em 100.000) na População Total. Região Centro-Oeste.....	62
Tabela 7 – Ordenamento das UF por Taxas de Homicídio (em 100.000) na População Total. Brasil, 1997/2007	63
Tabela 8 – Número e Taxas Médias de Homicídios (em 100.000) na População Total dos Municípios. Brasil, 2003/2007	64
Tabela 9 – Número e Taxas Médias de Homicídio (em 100.000) na População de 0 a 19 anos. Brasil, 2002/2007	65
Tabela 10 – Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências – SINAN NET – 2010	73
Tabela 11 – Atendimento por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2006	76
Tabela 12 – atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência por sexo. Brasília-DF – Brasil, 2006.....	77
Tabela 13 – Ranking dos municípios segundo o número total de atendimentos de acidentes e violências no serviços sentinelas de urgência e emergência – Brasil 2006.	78
Tabela 14 – atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2007	80
Tabela 15 – atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela dde urgência e emergência por sexo. Brasília-DF, 2007	81
Tabela 16 – Núcleos de Violência e de Promoção da Saúde – 2010.....	83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 PERGUNTAS CONDUTORAS	19
4. OBJETIVO DA PESQUISA	20
4.1 Objetivo Geral	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5 REFERENCIAL TEÓRICO	21
5.1 O fenômeno da Violência	21
5.1.1 Conceitos, concepções, visões	21
5.1.2 Classificação da Violência.....	25
5.1.3 Violência e Saúde	26
5.1.4 A violência, a saúde e a Integração entre os setores governamentais	29
5.2 A Integração Horizontal Entre Os Setores Governamentais	31
5.2.1 As Políticas Públicas	31
5.2.2 A integração horizontal e uma teoria da fragmentação de políticas públicas – o modelo de análise	36
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	48
6.1 Delineamento da pesquisa	48
6.2 Procedimentos para Coleta e Fontes de Informação	48
6.3 Participantes da Pesquisa	49
6.4 Análise dos Dados	51
6.5 Considerações Éticas	52
6.6 Contextualização da Pesquisa	52
6.6.1 Aspectos históricos, sociodemográficos, políticos, econômicos do DF.....	52
6.6.2 A Violência no DF	60
7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	66
7.1 A política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (PNRMAV) – Formulação e Implementação	66
7.1.1 A formulação da PNRMAV	66
7.1.2 A implementação da PNRMAV em âmbito federal.....	69
7.1.3 A implementação da PNRMAV no Distrito Federal	84
7.2 Fatores estruturais de fragmentação/integração da PNRMAV	87
7.2.1 Liderança Executiva como fator de integração.....	87

7.2.2 Estratégia como fator de integração.....	91
7.2.3 Ajustamento Mútuo como fator de integração	95
7.2.4 A Estrutura como fator de integração	98
7.2.5 O processo como fator de integração	101
7.2.6 As pessoas como fator de integração	107
8 CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS.....	117
ANEXOS	123
Anexo A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada A.....	123
Anexo B – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada B.....	125
Anexo C – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada C.....	128
Anexo D – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada D.....	131
Anexo E – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada E	134
Anexo F – Roteiro de Análise Documental.....	136
Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	137
Anexo H – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	140
Anexo I – Atas das Reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT em que constam os temas acidentes e violências no período de 2000 a 2003...141	
Anexo J – Atas das Reuniões do Conselho Nacional da Saúde – CNS em que constam os temas acidentes e violências no período de 2000 a 2003.	142
Anexo L – Legislação Federal sobre violência e acidentes – Decretos.....	145
Anexo M – Legislação Federal sobre violência e acidentes – Portarias.....	148
Anexo N – Legislação Federal sobre violência e acidentes – Leis	150

1 INTRODUÇÃO

No período de 2005 a 2006 fiz parte de uma equipe do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) da Secretaria-Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS). Naquela época, aquele Departamento desenvolvia a estratégia denominada “Apoio Integrado” com o objetivo de estimular e reforçar a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando para tanto, promover, articular e integrar as ações entre os órgãos e as unidades do MS no desenvolvimento das atividades de cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal.

O DAD era responsável, também, pela condução das discussões do Pacto pela Saúde que ocorreram por cerca de dois anos e envolveram os técnicos e as diversas áreas do MS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Com sua aprovação, a equipe do apoio integrado ganhou uma nova responsabilidade: a de promover o debate sobre o processo de adesão dos estados e respectivos municípios ao Pacto de Gestão – um dos componentes do Pacto pela Saúde. Dessa forma, ao mesmo tempo em que apoiava tecnicamente os estados, sobretudo o estado do Espírito Santo, no qual era a consultora de referência no que tange à estratégia do apoio integrado, acompanhava e participava de discussões sobre o processo de adesão ao Pacto de Gestão.

Assim, os processos de apoio integrado, do auxílio aos estados e aos municípios no desenvolvimento das ações de adesão ao Pacto e na discussão da “Regionalização Solidária e Cooperativa” – um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão – ofereceu-me a oportunidade de vivenciar o quanto é desafiador o processo de coordenação intrasetorial, intersetorial e federativa, porque para o desenvolvimento dessas atividades fazia-se necessário o estabelecimento de diálogos e negociações internas, com os estados e municípios, além de outros setores governamentais.

Em janeiro de 2007, desliguei-me, profissionalmente, do MS e passei a trabalhar no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), momento em que passei a integrar a equipe do Departamento de Gestão do Sistema Único de Assistência Social (DGSUAS) responsável pela implantação do processo de monitoramento do sistema e, também, pela implementação da função vigilância

social que é uma das funções do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) instituída na Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

No desenvolvimento de minhas atividades técnicas no MDS, tenho me deparado com as questões relativas à integração entre os setores de governo na garantia da função protetiva da assistência social a qual consiste em um conjunto articulado de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS. Assim, dentre os princípios da PNAS, têm-se o de integrar as políticas sociais e econômicas, haja vista que grande parte das vulnerabilidades e riscos sociais concentram-se no âmbito social e econômico, o que demanda ações intersetoriais e de integração territorial. Mais uma vez, ao desempenhar minha função no DGSUAS, vejo-me, constantemente, desafiada a lidar com as questões voltadas à coordenação intra e intersetorial e, também, federativa.

Dessa forma, a partir de minha experiência profissional e de estudos decorrentes da busca em ingressar na carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPG) pude compreender que o fenômeno da fragmentação das políticas é um problema relevante, de difícil solução e que vem desafiando os governos, além de estar presente na agenda pública. Constatei, também, que os governos têm de dar respostas cada vez mais rápidas e integrais aos problemas sociais complexos e, neste sentido, é essencial que os setores governamentais compreendam como desenvolver mecanismos que possam contribuir para a estruturação da integração setorial.

Nesse contexto, é importante fazer referência a Waiselfisz (2008) o qual afirma que está em curso um processo relevante de descentralização e desconcentração do desenvolvimento econômico do país, com o surgimento de novos pólos de crescimento no interior dos estados. De acordo com o autor, esse fato provavelmente resulta de uma dinâmica territorial específica que ainda não é bem compreendida, mas que comporta possivelmente muitos aspectos, quais sejam: identidade regional, um clima favorável ao espírito empreendedor, a existência de redes públicas e privadas ou a atração do meio ambiente cultural e natural. Essa nova dinâmica territorial do desenvolvimento estaria também influenciando na distribuição geográfica da violência no Brasil.

Diante desse fato, a cada dois anos, têm sido produzidos os Mapas da Violência do Brasil, que analisam a situação e a evolução da letalidade violenta nas unidades federadas do país, nas 27 capitais e nas 10 regiões metropolitanas

tradicionais. Interessante observar que no decorrer da elaboração do Mapa da Violência IV, divulgado em 2004, um novo fenômeno chamou a atenção dos pesquisadores, qual seja, a mudança dos pólos dinâmicos da violência, pois se até 1999 esses pólos localizavam-se nas grandes capitais e metrópoles, a partir de 2004, observou-se o deslocamento da dinâmica para o interior dos estados (WAISELFISZ, 2008).

O autor afirma, ainda, que a consciência das taxas de violência dos municípios brasileiros não é o problema, mas sim parte necessária, porém não suficiente, da superação do problema. Além da consciência da situação, é imprescindível também a ação concreta de enfrentamento da violência letal por parte das autoridades e das diversas instâncias da sociedade civil.

Voltando especificamente ao tema da fragmentação das políticas, observa-se que tal fenômeno vem se tornando relevante em virtude da magnitude e da complexidade dos problemas emergentes no mundo globalizado e que, dentro desse espectro, é possível localizar o problema da violência, cuja presença em determinadas regiões do país tem representado um enorme desafio para os governos e sociedade. Nesse sentido decidi realizar o presente estudo por meio de uma pesquisa qualitativa, utilizando o método de estudo de caso à luz de um modelo de análise de políticas que propõe examinar fatores nominados pelo autor do modelo, como fatores estruturais de fragmentação das ações governamentais.

Ressalta-se que este trabalho concentrou-se, principalmente, na horizontalidade dentro dos níveis de governo, ou seja, na coordenação intragovernamental e enfatizou o papel desempenhado pelo setor saúde do Distrito Federal no desenvolvimento da Diretriz da Intersetorialidade constante na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV).

Acredita-se, não obstante, que as formas de integração intrasetorial e federativa, bem como as mais amplas, envolvendo o terceiro setor e o setor privado são importantes e, desta forma, ofereceram parâmetros para a análise dos dados obtidos nesta pesquisa. O enfoque, no entanto, continuou pautado nas relações entre os setores governamentais.

Diante do exposto, acredito que poderei apresentar um estudo que contribuirá com o MS e, sobretudo com o Distrito Federal, na implementação da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV.

2 JUSTIFICATIVA

A violência é um fenômeno complexo, multicausal que traz graves consequências para a saúde da população. Seu tratamento por meio de ações isoladas caracteriza uma forma fragmentada de abordar a matéria e parece ser uma estratégia pouco eficaz.

No Brasil, a situação da violência, no final dos anos 90, era considerada atípica, já que as mortes violentas eram a primeira causa de morte entre os indivíduos de cinco a quarenta e cinco anos de idade (CHESNAIS, 1999). Para o autor, as mortes prematuras, além de evitáveis, são altamente dispendiosas em termos de anos de vida perdidos. Ele acrescenta que essa situação no Brasil, naquela época, era mais grave que nos Estados Unidos (EUA) e mesmo que na Rússia, mergulhada no caos, em uma deterioração e em uma criminalidade mafiosa extraordinários desde a ruína do comunismo.

Corroborando a afirmativa acima, relativa ao custo da violência, tem-se o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que no ano de 2004 apontou que o seu custo total foi de 90 bilhões de reais, o que importou em 5% do PIB brasileiro.

Diante da constatação da importância dessa questão e da necessidade de estudos sistematizados da integração horizontal para a solução do problema da violência é que me propus a desenvolver a presente pesquisa que teve como caso de estudo o Distrito Federal.

A escolha do DF, como observatório da articulação do setor saúde com os demais setores governamentais na busca de redução da violência, justifica-se por esse território apresentar altos índices de violência, conforme pode-se constatar no Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2008). O Distrito Federal está presente em todas as tabelas do referido estudo que estão enumeradas abaixo, em que constam o ranking de municípios com taxas elevadas de violência:

- 1) Ocupa a 409^o posição no ranking dos 556 (10%) municípios com maiores taxas média de homicídio (em 100 mil habitantes) na população total;
- 2) Consta da tabela: "Participação dos 10% de municípios brasileiros com maiores taxas de homicídio no universo estadual";
- 3) Ocupa a 74^a posição na tabela dos 200 municípios com maior número de homicídios na população jovem em 2006;
- 4) Consta da tabela: "Significação dos 200 municípios com mais de 70000 habitantes com os maiores índices de vitimização juvenil";

- 5) Consta da tabela: “Participação dos 200 municípios com maiores taxas de óbitos por acidentes de transporte no universo estadual. Brasil. 2006”;
- 6) Ocupa a 4ª posição na tabela dos 200 municípios com maior número de óbitos por acidentes de transporte em 2006. Brasil. 2002/2006;
- 7) Ocupa a 9ª posição na tabela dos 200 municípios com maior número de óbitos por armas de fogo. Brasil. 2002/2006.

Acrescenta-se, ainda, o fato de que, no Mapa supramencionado, nove municípios do entorno do DF, todos do estado de Goiás, pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do DF e entorno (RIDE/DF), estão listados dentre os 556 municípios brasileiros com maiores taxas de homicídio, ou seja, 10% da totalidade (Quadro 1).

UF	MUNICÍPIO	POSIÇÃO NO RANKING
GO	Luziânia	124º
GO	Cristalina	189º
GO	Vila Boa	298º
GO	Valparaíso de Goiás	299º
GO	Águas Lindas de Goiás	300º
GO	Cidade Ocidental	334º
GO	Formosa	359º
GO	Novo Gama	372º
GO	Santo Antônio do Descoberto	380º

Quadro 1 – Municípios da Ride/DF com maiores Taxas de Homicídio na População Total
 Fonte: Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2008).

Fortunato (2009) afirma que no período de 2002 a 2007 foram registradas um total de 1.228.605 internações pelo Sistema de Informação Hospitalar/SIH-SUS de pessoas residentes na RIDE/DF. Deste total, 74.613 internações ocorreram por causas externas, representando 6,1% das internações no período. A autora aponta, ainda, que estas internações ocuparam o 5º lugar como causa de internação, se forem desconsideradas às realizadas por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, cuja ocorrência ocupa o primeiro lugar como causa de internação, com 30,1% (Tabela 1). Estes dados, segundo a autora, permitem observar um aumento no percentual de internações por causas externas, de 5,6% para 6,6%, se comparados os triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007.

Tabela 1 – Distribuição Proporcional de Morbidade Hospitalar por Grandes Grupos de Causas para Os Triênios, 2002 A 2004 E 2005 A 2007 – RIDE/DF

Causas (CID 10)	2002 a 2004		2005 a 2007		Total	
	n	%	n	%	n	%
XV. Gravidez parto e puerpério	188.978	31,0	181.194	29,2	370.172	30,1
X. Doenças do aparelho respiratório	69.463	11,4	69.524	11,2	138.987	11,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	52.022	8,5	51.717	8,3	103.739	8,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	44.226	7,3	47.798	7,7	92.024	7,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	36.618	6,0	39.542	6,4	76.160	6,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	33.909	5,6	40.704	6,6	74.613	6,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36.266	6,0	34.684	5,6	70.950	5,8
II. Neoplasias (tumores)	28.127	4,6	32.243	5,2	60.370	4,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	18.663	3,1	16.756	2,7	35.419	2,9
XVI. Algumas afec. Originadas no período perinatal	16.675	2,7	15.594	2,5	32.269	2,6
XXI. Contatos com serviços de saúde	13.824	2,3	15.518	2,5	29.342	2,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12.542	2,1	13.109	2,1	25.651	2,1
XIII. Doenças sist. Osteomuscular e tec conjuntivo	11.664	1,9	11.667	1,9	23.331	1,9
VI. Doenças do sistema nervoso	10.230	1,7	12.330	2,0	22.560	1,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9.575	1,6	9.758	1,6	19.333	1,6
III. Doenças do sangue órgãos hemat e transt. Imunitár.	5.717	0,9	6.215	1,0	11.932	1,0
XVII. Malf cong deformid	5.403	0,9	5.897	1,0	11.300	0,9
VII. Doenças de olho e anexos	4.547	0,7	4.189	0,7	8.736	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.411	0,2	1.886	0,3	3.297	0,3
Total	608.658	100	619.947	100	1.228.605	100

Fonte: Fortunato (2009)

No que tange à integração horizontal, existem poucas experiências documentadas em que a intersetorialidade apresente uma nova maneira de planejar, executar e controlar a implementação de políticas públicas, ou seja, envolvendo integralmente a estrutura governamental (GRAU, 2005). Os estudos nessa área ainda apresentam muitas lacunas e o acesso a conhecimentos coletivos sobre o tema é extremamente difícil (HOPKINS; COUTOURE; MORE, 2003).

Para a escolha do caso, o desenvolvimento da diretriz da intersetorialidade da PNRMAV no DF, adotou-se os critérios da amplitude, pois os temas violências e acidentes envolvem grande parte dos setores governamentais; da relevância, por serem questões que atingem um grande número de pessoas, além do mais o DF enfrenta questões ligadas à temática e por fim, utilizou-se o critério da proximidade o que facilitou o acesso às informações.

3 PERGUNTAS CONDUTORAS

- 1) Como está a integração entre a saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV no DF?
- 2) Que fatores contribuem para a integração ou a fragmentação entre o setor saúde e os demais setores governamentais na implementação da PNRMAV no DF?

4. OBJETIVO DA PESQUISA

4.1 Objetivo Geral

Analisar a PNRMAV, no Distrito Federal, no tocante a integração governamental.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a PNRMAV;
- b) Caracterizar o Distrito Federal;
- c) Examinar os fatores que contribuem com a integração da saúde com os demais setores governamentais para a redução da violência no Distrito Federal;
- d) Avaliar a propensão à integração ou à fragmentação da PNRMAV no Distrito Federal.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O fenômeno da Violência

5.1.1 Conceitos, concepções, visões

A violência é um grave problema de saúde pública se caracterizando como um fenômeno global, com sérias repercussões para a sociedade. Entretanto, defini-la é uma tarefa difícil, pois ela pode se apresentar de diversas formas com múltiplas dimensões.

Até o final do Século XVIII, a cultura ocidental ainda descartava a existência do fenômeno da violência. O conceito de violência, como hoje conhecemos, não existia de forma elaborada naquela época. Sua concepção foi, portanto, progressivamente construída envolvendo três aspectos principais: a) o aspecto psicológico – caracterizado pela explosão de força que conta com um elemento insensato e com frequência mortífera; b) o aspecto moral – caracterizado pelo ataque aos bens e à liberdade de outros; c) o aspecto político – caracterizado pelo uso da força para conquistar o poder ou usá-la para fins ilícitos (DOMENACH, 1981).

Domenach (1981, p. 35) afirma que o terceiro sentido do termo predominou no século XX, e a caracteriza como sendo “o uso de força, aberta ou oculta, a fim de obter de um indivíduo ou grupo algo que não concorda livremente”. Continuando essa linha de argumentação, o autor afirma que, indiscutivelmente, foi o progresso do espírito democrático que deu origem ao conceito moderno de violência e que, ao mesmo tempo, coloriu-o com um matiz pejorativo. Isto porque a partir do momento em que as pessoas ganharam a categoria de cidadãos e, conseqüentemente, foram reconhecidos os seus direitos à liberdade e à felicidade, a violência não pode mais ser confundida com a força. Neste sentido, a violência não é da ordem das necessidades físicas (calamidades naturais) ou políticas (hierarquias de direito divino), ao contrário, é agora um fenômeno que tem relação com a liberdade e que pode e deve ser combatido e superado.

Arendt (1969) afirma que nenhuma pessoa que se dedique à reflexão sobre a história e a política consegue se conservar ignorante do assombroso papel que a violência exerceu sucessivamente nas atividades humanas e, à primeira vista, é de se admirar que a violência tenha sido tão raramente elemento de consideração. Para a filósofa política (ARENDR, 1969, p.7) “Isso mostra até que ponto tomou-se a

violência e a sua arbitrariedade como fatos corriqueiros e foram, portanto, negligenciadas; ninguém questiona ou examina aquilo que é óbvio para todos”

A Organização Mundial de Saúde (2002) na publicação de um relatório mundial cuja temática versou sobre “Violência e Saúde” afirma que em 1996 a Quadragésima Nona da Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, na qual declarou que a violência é um problema importante e crescente de saúde pública no mundo.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 1981), por sua vez, na publicação de um dos seus editoriais salienta que entender a pluralidade de opiniões é condição para a compreensão de um problema como a violência em toda sua complexidade. Para esse organismo internacional não se pode afirmar que o nosso século é mais violento que outros, pois dependendo do método escolhido para medir a violência, é possível concluir que o Século XX é menos violento que os anteriores. Segundo esse organismo, ainda, nos idos dos anos 80, costumava-se conceber a violência como uma categoria na qual tudo se encaixava.

Joxe (1981) no documento supramencionado afirma que na Resolução nº 18C/11.1, aprovada em 1975, cujo tema versava sobre “A contribuição da UNESCO para a paz e as suas funções em relação à promoção dos direitos humanos e a eliminação do colonialismo e do racismo”, os Estados-Membros consideraram que a paz não pode traduzir-se unicamente pela ausência de conflitos armados, mas sim, pelo processo utilizado para o progresso da justiça e do respeito mútuo entre os povos. O autor salienta que a Resolução assegurava, também, que a paz edificada na injustiça e na violação dos direitos humanos não pode ser permanente e conduz inexoravelmente à violência. Nesse sentido, a causa inevitável da violência, tal qual apresentada de forma implícita nesta Resolução, manifesta-se como o fim de uma paz precária que se trata meramente da ausência de conflito armado, em que não há o progresso da justiça, e o que é pior, fundamenta-se na injustiça e na violação dos direitos humanos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) afirma, também, que apesar da violência existir desde os primórdios da humanidade, o mundo não tem de aceitá-la como parte inevitável da condição humana. Desde que a violência existe, também há sistemas – religiosos, filosóficos, legais e comunais – que se desenvolveram para

driblá-la ou contê-la. Nenhum deles foi totalmente bem sucedido, mas todos deram sua contribuição para esse marco definidor da civilização.

Segundo Abramovay *et. al.* (2002, p. 12) os “[...] conceitos de violência têm sido propostos para falar de muitas práticas, hábitos e disciplinas, de tal modo que todo comportamento social poderia ser visto como violento [...]”. Afirmam ainda os autores que a idéia de violência é, de antemão, incerta. Não há uma singular compreensão do que seja violência. Todavia, há uma diversidade de atos violentos, cujas acepções devem ser investigadas, tendo por base as normas, as condições e os contextos sociais existentes e que se altera de um período histórico para outro.

Minayo e Deslandes (2007), por sua vez, argumentam que a violência impacta a saúde, o perfeito desenvolvimento e a cidadania das pessoas de formas diversas. Esclarecem, além disso, que a violência pode ser produto de decisões relativas a políticas, sejam elas econômicas, educacionais ou outras, que geram desigualdades e negam o acesso a bens, serviços e dignidade.

Em geral, o maior obstáculo para conceituar a violência vem do fato de ela ser um evento que é da ordem do vivido na qual suas manifestações causam ou são causadas por uma intensa carga emocional, tanto por parte de quem a pratica, como de quem a suporta, bem como de quem a vê (MINAYO; SOUZA, 1998).

A violência possui uma fecundidade própria, engendra-se em si mesma, por isso é preciso analisá-la sempre em série, como uma rede (DOMENACH, 1981). Argumenta o autor que suas formas, aparentemente mais atroz e muitas vezes mais condenáveis, ocultam outras situações de violência menos escandalosas por se estenderem no tempo e estarem resguardadas por ideologias e instituições de feição respeitáveis. Neste sentido, a violência dos indivíduos e dos pequenos grupos deve opor-se à violência praticada pelos Estados, a violência dos conflitos com aquela das ordens estabelecidas.

A Organização Mundial de Saúde (2002), no relatório mundial já mencionado, adotou o modelo ecológico explicativo da múltipla causalidade da violência, no qual se inter-relacionam os níveis individuais, de relações interpessoais e comunitárias, bem como fatores de ordem macrosocial. Nele, descreve-se que a violência interpessoal e a insegurança, especialmente a das ruas, quando seus níveis são altos, geram rupturas no tecido social e dizimam oportunidades de relações entre os membros da sociedade. Sendo assim, a saúde e a segurança,

pessoal e coletiva, são direitos humanos que se tornam vulneráveis quando uma ou várias pessoas são violentadas, golpeadas ou humilhadas.

A Organização Mundial de Saúde (2002, p. 27) reconhece, pois, que há diversas formas possíveis de conceituar a violência e admite a seguinte definição:

É o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em, ou resultou, ou tem uma alta probabilidade resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

Esta definição vincula a intenção com o ato em si mesmo, independentemente das consequências que produz. Por outro lado, excluem-se desta mesma definição os acidentes não intencionais.

A inclusão da palavra “poder”, no contexto da violência, amplia a natureza de um ato violento, assim como a concepção convencional para abranger os atos que são o resultado de uma relação de poder, incluindo nesse bojo as ameaças e intimidações. Desta forma, a frase “uso do poder” também serve para inserir o descuido ou as omissões, não devendo deixar de lado os atos de violência por ação. Por fim, defende que a frase “o uso intencional da força física ou poder” compreende o descuido e todos os tipos de maus tratos, sejam eles físicos, sexuais e psíquicos, ou o suicídio e outros atos de auto-agressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Depreende-se do exposto acima, que a violência pode ser vista sob o prisma de diversas disciplinas e com interesses variados. Podemos citar, as ciências penais e jurídicas que analisam a natureza do fato e a forma de punir o agressor, ao passo que as ciências sociais e as do comportamento encaram a violência, via de regra, sob o ângulo do agressor e de suas motivações principais, e, desta forma, procuram entender quais são os fatores que culminam com o ato violento. No âmbito jurídico, a violência é a intervenção de caráter físico, voluntário, de um indivíduo ou grupo contra outro, com vistas a torturar, ofender ou destruir. É a ação de obrigar uma pessoa, física ou moralmente, a praticar atos contra sua própria vontade. Trata-se da utilização ilegal da força, da opressão ou da tirania. Também pode-se considerá-la como a qualidade da pessoa, do grupo violento ou o do ato em si. É sinônimo de irascibilidade, de ação violenta, de coação física ou moral (BAHIA, 2010).

5.1.2 Classificação da Violência

No Relatório, Mundial a Organização Mundial de Saúde (2002) expõe que as características da violência têm como referencial o sujeito que a comete e essa é dividida em três categorias, sendo elas a violência autoprovocada; a violência interpessoal e a violência coletiva. Estas três categorias gerais, por sua vez, subdividem-se da seguinte forma:

- a) Violência autoprovocada (contra si mesmo): compreende o comportamento suicida e o autoabusos;
- b) Violência interpessoal: divide-se em violência na família ou por um parceiro íntimo, ainda que nem sempre ocorra dentro de casa, e em violência na comunidade que é aquela que ocorre entre indivíduos que não são familiares, geralmente em um local externo de casa;
- c) Violência coletiva: subdivide-se em violência social, violência política e violência econômica.

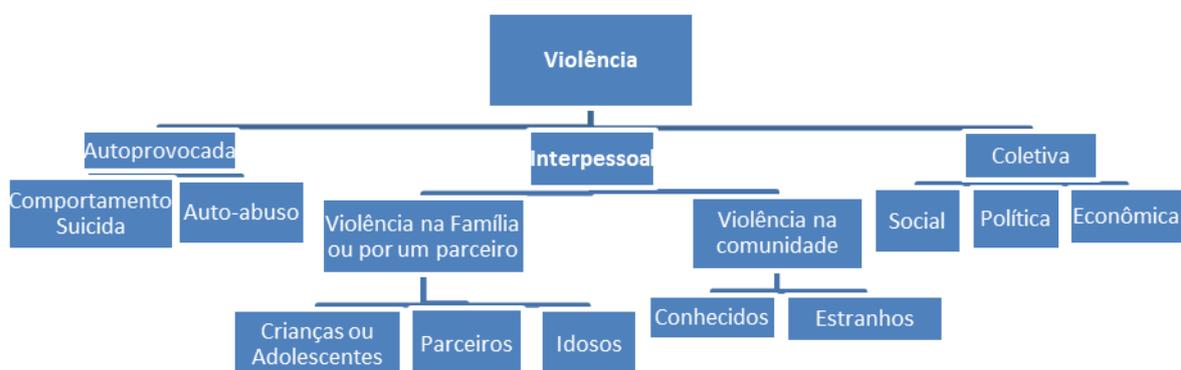


Figura 1 – Tipologia da Violência
 Fonte: Organização Mundial de Saúde (2002)

A violência é, também, caracterizada quanto à sua natureza, ou seja, os atos de violência se apresentam através da violência física, sexual, psíquica e a violência que inclui privação ou descuido. Esses quatro tipos ocorrem em cada uma das categorias e em suas divisões, como acima mencionada, com exceção da autoprovocada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

5.1.3 Violência e Saúde

O tema violência é singular na sua adoção pelo setor saúde, pois aborda um assunto que acaba por afetar diretamente a saúde, porém não tem sua origem em questões de cunho médico.

Nesse sentido, procura-se integrar o tema na pauta da saúde com a finalidade de colaborar para uma visão peculiar da área em relação aos problemas atuais que tem alterado o perfil de morbimortalidade. Minayo e Deslandes (2007) apontam que esses problemas estão associados às questões de condições e estilos de vida, incluindo, então, a violência.

Ao responder o porquê da violência se tornou um problema de saúde pública, Minayo (2006, p. 45) aponta as seguintes justificativas:

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico, mas ela afeta fortemente a saúde: provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Sendo um problema de saúde pública, as violências e, também, os acidentes, manifestam-se por meio de sua dimensão e agravamento com alta força sobre o adoecimento e morte da população (SILVA, 2010). Segundo a autora, a violência repercute na mortalidade precoce de adolescentes, jovens e adultos, e, conseqüentemente, na diminuição da expectativa e qualidade de vida.

Como se depreende do texto acima, em sua origem e em suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade e ela não é em si um problema de saúde pública, mas que se transforma em um problema para a área, porque afeta a saúde individual e coletiva e que, portanto, exige para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços característicos ao setor (MINAYO *et al.*, 1994).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.14) sobre o tema da violência, esclarece que:

[...] a violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro [...]. Encerrar a noção de violência numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la, a compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1996) define a violência pelo número de vítimas, a magnitude de sequelas emocionais que produz, pelo fato de ela ter adquirido um caráter endêmico (ou não) e por ela ter se tornado (ou não) um problema de saúde pública em vários países. Este organismo, por conseguinte, considera que o setor saúde constitui o cruzamento onde se reúnem todos os resultados da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. O Ministério da Saúde ao tratar da violência na Portaria da PNRMAV, afirma que:

Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (BRASIL, 2001, p. 3).

A violência é, então, compreendida como um fenômeno pluricausal, eminentemente social e que pela sua natureza complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social. Apesar dessas afirmações, o locus de realização da violência é o contexto histórico-social, onde as particularidades biológicas encontram as características peculiares de cada um e as condições socioculturais para a sua manifestação (BRASIL, 2001).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2008), a prevenção de lesões de causa externa (LCE), sejam de procedência propositada, como homicídios ou violência contra as mulheres, ou não intencional, como atropelamentos de trânsito, quedas ou queimaduras acidentais, é de responsabilidade dos Ministérios da Saúde, sem prejuízo de seu ônus elementar pela atenção, cuidado e recuperação dos pacientes vítimas de LCE de natureza física, psicológica e sexual ou por negligência. Para essa organização o papel do setor sanitário é amplo e deve incluir aspectos de gerência, promoção, cooperação, avaliação e dissuasão. As políticas e programas de prevenção de LCE, sob a perspectiva da saúde pública, devem estar

norteados para proteger a vida e melhorar o bem-estar das pessoas, bem como solucionar outros problemas que afetam a saúde individual ou coletiva.

A Organização Mundial de Saúde (2002) aponta que o foco da violência, sob a perspectiva da saúde pública, deve se fundamentar em requisitos rigorosos do método científico. Desta forma, para passar da intenção para a solução prática, a abordagem da saúde deve seguir quatro passos basilares:

- 1) Coletar o maior número possível de informações básicas sobre todos os aspectos da violência, por meio do levantamento de dados sobre o tamanho, escopo, características e consequências da violência no plano local, nacional e internacional;
- 2) Investigar por que a violência ocorre, ou seja, deve-se realizar estudos para determinar as causas e fatores correlatos de violência, os fatores que podem aumentar ou reduzir o risco de violência e os fatores que podem ser modificados por intervenções;
- 3) Encontrar formas de evitar possíveis violências por meio da compreensão, implementação, acompanhamento e avaliação das intervenções. Para tanto, conforme aponta o documento, é preciso utilizar as informações coletadas; e
- 4) Executar ações que, em diferentes circunstâncias, sejam eficazes e sendo acompanhadas por uma extensa divulgação de informações e avaliação da eficiência em relação aos custos dos programas implementados.

A saúde pública, nesse contexto, é caracterizada principalmente pela importância dada à prevenção. Por este motivo, em vez de meramente aceitar ou reagir à violência, o seu ponto de partida é a forte crença de que o comportamento violento e suas consequências podem ser evitados. Os dados sobre a violência demonstram que ela tem impactado os sistemas de saúde do mundo. Em 2000, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas, em todo o mundo, morreram em decorrência da violência autoprovocada, interpessoal ou coletiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Atualmente, as violências representam a terceira causa de morte na população geral. Todavia, são as principais responsáveis pela morte de pessoas de um a trinta e nove anos de idade (SILVA, 2010).

5.1.4 A violência, a saúde e a Integração entre os setores governamentais

A PNRMAV estabeleceu que a articulação intersetorial passaria, a partir da sua aprovação, a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, no âmbito federal, devendo este órgão construir e consolidar as parcerias com os diversos setores governamentais e da sociedade civil. Já os gestores estaduais e municipais do SUS, foram incumbidos, por sua vez, de criar as citadas parcerias nas suas respectivas áreas de competência.

É válido ressaltar que o texto da PNRMAV foi elaborado por especialistas de várias áreas e tal fato deveu-se ao reconhecimento de que a violência é um problema complexo, e qualquer ação que envolva a temática precisa ser desempenhada de forma intersetorial (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Nesta Política são estabelecidas responsabilidades institucionais às quais prevêem que a articulação intersetorial é pressuposto essencial para a redução da morbimortalidade em virtude de acidentes e violências no País e reconhece que para a consecução de tal objetivo é necessária a adoção de medidas de competência de outros setores.

Dessa forma, essa política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Tais parcerias representam a soma de esforços na implementação de um amplo e diversificado espectro de ações articuladas, voltadas para a prevenção de acidentes e de violências, com vistas a reduzir a ocorrência destes eventos e, melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

Joxe (1981), ao tratar da violência em suas causas propõe uma reflexão sobre a importância da transdisciplinaridade no estudo desse fenômeno. Ele pontua que a violência é forçosamente “violência de” e “violência contra”: Violência do indivíduo, do grupo, da instituição, das classes sociais, do Estado, do sistema internacional. No seu entendimento, esses genitivos são hierarquizados do microcosmo aos macrocosmos ainda que postulados em níveis de causalidade. Assim, certo tipo de determinação desta violência tem que ter sua origem, ou pelo menos encontrar sua forma, no próprio indivíduo como unidade. De outro modo, a violência do indivíduo só preocupa na medida em que se manifesta “contra” um nível superior de organização. A investigação de suas causas é naturalmente

acompanhada de uma preocupação curativa e expressa um desejo de suprimir suas causas.

Dentro deste escopo, a Organização Mundial de Saúde (2002) ao adotar o modelo ecológico explicativo da múltipla causalidade da violência afirma que os fatores de ordem macrosocial enfatizam a necessidade imperiosa de trabalhar-se com um enfoque intersectorial na formulação e execução de políticas preventivas, seguindo os pressupostos da promoção da saúde e dos determinantes sociais.

A reflexão sobre a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade no campo da aplicação da violência e saúde é uma imposição intrínseca e essencial sob o ponto de vista epistemológico (MINAYO; SOUZA, 1998). As autoras salientam que o princípio da cooperação é central e deve exceder em importância no tocante à hierarquia das disciplinas, à competição institucional e à oposição existente entre a teoria e a prática. Com isso, ao se deparar com o tema da violência só se obtém a legitimidade necessária por meio da argumentação em um coro de muitas vozes e dialógica.

A PNRMAV trata o tema da violência como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. Nesse sentido no texto desta política encontra-se a afirmativa que o tema “violência” insere-se no conceito mais amplo de saúde que, nos termos da Constituição Federal e da legislação dela decorrente, engloba tanto as questões médicas e biomédicas, quanto àquelas relacionadas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, desenvolve suas atividades profissionais, relaciona-se e projeta seu futuro. Ainda na política encontra-se a assertiva de que, ao integrar os temas violência e acidentes como problemas de saúde pública, o setor de um lado assumiu a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, tomou para si seu papel específico (BRASIL, 2001).

Além disso, a PNRMAV reconhece que os acidentes e as violências caracterizam-se como um problema de grande extensão para a sociedade brasileira e como abrange diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população (BRASIL, 2001). Para atingir seu propósito, foram definidas diretrizes na política que passaram a orientar a definição

ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementaram, representados por planos, programas, projetos e atividades. Essas diretrizes estabelecem que:

- a) a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- b) a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- c) a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- d) a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências.
- e) a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- f) a capacitação de recursos humanos e;
- g) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

São reconhecidas diferentes formas de expressão da violência (agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional) e distintos grupos populacionais submetidos a elas, tendo consequências diversas. Os homens são submetidos a formas de violência que leva à morte, como constam dos índices de mortalidade. Outros segmentos vulneráveis da sociedade, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos, também são alvos de violência, impactando o perfil de morbidade, mesmo que as consequências da violência não provoquem o óbito.

Dessa forma, por ser a violência um fenômeno de causalidade complexa, um problema público que, sua natureza exige, um enfrentamento de forma coordenada, orquestrada, ou seja, concertada, entre os vários setores que desenvolvem a PNRMAV, nos três níveis da federação brasileira (MINAYO; SOUZA, 1998).

5.2 A Integração Horizontal Entre Os Setores Governamentais

5.2.1 As Políticas Públicas

Desenvolve-se este tema no marco teórico a fim de apresentar breves reflexões sobre a definição de política pública, seu ciclo e processo de análise. O desafio da administração pública torna-se cada vez maior e, desta maneira, exige mais energia dos estudiosos e dos profissionais da área, porquanto a tarefa de se administrar o Estado é cada vez maior. De acordo com Heidemann (2009), a

sociedade não pode mais depender apenas de um governo para satisfazer suas necessidades de serviços públicos. Por essa razão, outros atores, especialmente empresas e organizações não-governamentais, precisam tomar a iniciativa e assumir funções de governança para resolver problemas de natureza comum, ainda que sob a necessária coordenação de um governo. Este processo é denominado por ele de co-produção do bem público.

O autor expõe que o cenário de política pública ultrapassa a perspectiva de políticas governamentais, na proporção em que o governo, com sua estrutura administrativa, não é o único a dotar a sociedade de políticas públicas. Assim, outras entidades, organizações não-governamentais e associações também desempenham o papel de agentes de políticas públicas.

Podemos definir as políticas públicas como sendo respostas a problemas sociais específicos e formuladas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade. Esses problemas sociais precisam ter extensão e relevância social e, ao mesmo tempo, poder de barganha suficiente para que sejam colocados na agenda de prioridades de um determinado órgão desenvolvedor de políticas, que pode ser ou não estatal (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006).

As políticas públicas (*policies*) são *outputs* resultantes da atividade política (*politics*) e, por isso, abrangem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores. Porém é necessário fazer uma distinção entre política pública e decisão política. Uma decisão política corresponde a uma escolha dentre uma gama de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, exprimindo – em maior ou menor grau – certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Uma política pública, via de regra, envolve mais do que uma decisão e abrange várias ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Desta forma, mesmo que uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública (RUA, 1998).

Souza (2006) acredita que não há uma única e nem uma melhor definição sobre política pública e, a partir do desenvolvimento do tema, por vários autores, pontua que a política pública é um campo de estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas (MEAD, 1995); é um conjunto de ações do governo que produzirão efeitos específicos (LYNN, 1980); é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou mediante delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos (PETERS, 1998); o que o governo escolhe ou não fazer (DYE, 2009) e, por fim,

decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz (LASWELL, 1936).

Rua (1998) relata que existem, basicamente, três tipos de demandas: as novas, as recorrentes e as reprimidas. As demandas novas são aquelas que resultam do surgimento de novos atores políticos, que são aqueles que já existiam antes, mas não eram organizados, ou de novos problemas que são aqueles que ou não existiam de fato antes ou existiam apenas como "estados de coisas", o que significa que não chegavam a pressionar o sistema e se apresentar como problemas políticos que exigiriam uma solução. As demandas recorrentes são aquelas que expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre reaparecendo no debate político e na agenda governamental. Por fim, as demandas reprimidas são definidas como aquelas constituídas por "estados de coisas" ou por não-decisões.

Como pode se depreender do exposto acima, as políticas públicas "constituem-se em um processo dinâmico onde interagem diferentes atores e intenções, jogos de poder, recursos financeiros, estruturas políticas e sociais, entre outros, não sendo apenas resultado de definições, restritas ao campo político, e da execução dessas, restritas ao campo administrativo" (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p. 2).

Neste espectro Souza (2006) aborda que cada tipo de política pública encontrará diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas. Frey (2000) afirma que o modelo da *policy arena* foi apresentado pela primeira vez por Lowi (1972) e refere-se aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, as quais podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo:

Frey (2000) argumenta, ainda, que essas quatro formas de política podem também ser caracterizadas, no tocante à forma e aos efeitos dos meios de implementação aplicados, aos conteúdos das políticas e, por fim, no que tange a maneira utilizada para a resolução de conflitos políticos.

Assim, a primeira forma diz respeito às políticas distributivas que são as decisões tomadas pelo governo, desconsiderando a questão dos recursos escassos, o que causa impactos mais individuais do que universais, pois privilegiam determinados grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo. A segunda trata das políticas regulatórias que são mais visíveis ao público e envolvem a burocracia, os políticos e os grupos de interesse. A segunda forma trata das políticas redistributivas

que atingem um maior número de pessoas, caracterizando-se por impor perdas concretas a curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuros para outros e por esta razão são as de mais difícil condução, pois lidam com maior nível de conflitos. A quarta, e última forma, é o das políticas constitutivas, que tratam de procedimentos (SOUZA, 2006).

Cada uma dessas políticas públicas gerará pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, portanto, em conformidade com o colocado por Souza (2006), se processam dentro do sistema político de forma também diferente.

Heidemann (2009), ao descrever o que ele denomina de ciclo conceitual das políticas públicas, afirma que há pelo menos quatro etapas. A primeira etapa diz respeito às decisões políticas, que são aquelas escolhidas para resolver problemas sociais. Depois de formuladas, as políticas decididas necessitam ser implementadas, uma vez que sem a ação permanecem apenas na intenção. A terceira etapa verifica se as partes interessadas na política foram atendidas em suas demandas e na quarta, e última etapa, as políticas são avaliadas, com vistas à sua continuidade, aperfeiçoamento, reformulação, ou ainda interrupção.

Priscila (2007) descreve o ciclo de políticas públicas como pode ser observado na Figura 2.



Figura 2 – Ciclo da Política Pública
Fonte: Andrade (2007)

A análise de políticas públicas, então, procura descobrir o que os governos fazem, porque o fazem, porque não o fazem e que diferença isso faz.

As políticas públicas, depois de desenhadas e formuladas, desmembram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando colocadas em ação, são implementadas, passando, então, a ser submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (SOUZA, 2006).

Ao longo dos anos, a ciência política e outras disciplinas científicas interessadas no tema, desenvolveram vários modelos para contribuir com a compreensão da vida política e possui os seguintes modelos: institucional; de processo; de grupo; de elite; racional; incremental; da teoria de jogos; da opção pública; sistêmico (SOUZA, 2006). Segundo Dye (2009), cada um desses termos identifica um modelo conceitual básico o qual pode ser localizado na literatura de ciência política.

Esses modelos não competem entre si e cada um focaliza um aspecto distinto da vida política e, nesse sentido, auxiliam a entender aspectos diferentes dela. Explica ele que, em que pese em um primeiro momento as políticas públicas parecerem deixar-se explicar por um dos modelos, na maior parte das vezes, elas são “uma composição de planejamento racional, incrementalismo, atividades de grupos de interesse, preferências de elites, forças sistêmicas, partida de jogo, opção pública, processos políticos e influências institucionais” (DYE, 2009, p. 100).

Portanto, a análise de política é uma técnica de estudo que possibilita compor um julgamento sobre determinada política pública (SAMPAIO; ARAÚJO Jr. 2006). De acordo com os autores, dependendo dos interesses e do lugar do qual se interpreta e analisa, é possível conseguir diferentes concepções sobre a mesma, o que possibilita comparações com outras políticas. Esses autores afirmam, ainda, que “a “análise” objetiva intervir nas políticas públicas, seja no sentido de formulá-las ou propor outras diferentes, analisando-as antes, durante ou após sua implementação” (SAMPAIO; ARAÚJO Jr. 2006, p.03)

Ressalta-se que existem modelos de análise abrangentes, são as chamadas compreensivas, que visam a explicar as políticas públicas, analisando todas as fases do seu ciclo, bem como todos os elementos envolvidos em cada etapa. Também há os de análise parcial, que têm como propósito estudar fases do ciclo da política, podendo se concentrar, por exemplo, apenas nos processos de formulação e

implementação, como é o caso do modelo de Martins (2003), que será utilizado para a análise da política proposta neste projeto.

Entretanto, como alegam Sampaio e Araújo Jr. (2006), é importante definir o método de análise, visto que isto permite que diferentes estudos possam ser cotejados e repetidos. Afirmam, ainda, os autores que diversos métodos de análise não levam em conta uma multiplicidade de fatores, atores e elementos que configuram a complexidade característica do processo da política pública.

5.2.2 A integração horizontal e uma teoria da fragmentação de políticas públicas – o modelo de análise

Esse trabalho pesquisa foi desenvolvido à luz do modelo de análise de política construído por Martins (2003) para entender a ação do setor saúde na articulação com outros setores governamentais com o propósito de fazer frente à demanda, cada vez mais crescente, por parte da sociedade civil, de redução dos níveis de violência nas cidades. O autor propõe avaliar o grau de fragmentação e integração de uma dada política, programa ou projeto, a partir do estudo de um conjunto de fatores estruturais de integração, quais sejam, liderança executiva, estratégia, ajustamento mútuo, estrutura, processos e pessoas. O autor desenvolveu, para embasar seu modelo de análise, uma teoria cuja premissa básica para a fragmentação do processo de formulação e implementação de políticas públicas reside nesses fatores sobre os quais as políticas se tornam mais ou menos integradas e conseqüentemente podem ter melhor desempenho.

A fragmentação é o resultado de um processo descoordenado, inconsistente e incoerente de formulação/implementação de políticas, programas ou projetos. Assim, a fragmentação pode ser atribuída à falta de coerência, consistência e coordenação. A diferenciação entre os termos é muitas vezes sutil e por isso, a fragmentação pode ser definida como a perda de coerência, consistência e coordenação nas políticas de um mesmo subsistema e entre diversos subsistemas (MARTINS, 2004).

A Figura 3 ilustra o modelo analítico que o autor propõe para explicar a fragmentação.

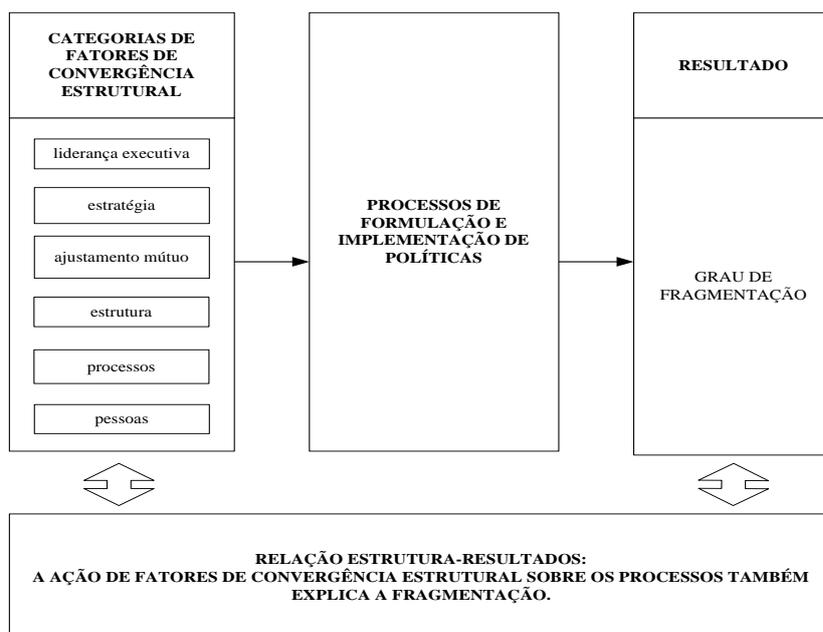


Figura 3 – Modelo de análise de fragmentação

Fonte: Martins (2003, p. 77)

Outro ponto importante é o fato de que a fragmentação não é um resultado da casualidade, isto porque o que a explica não é apenas a exposição do caráter disruptivo e eventual dos processos, mas, também, a ação de fatores de confluência estrutural sobre eles.

Segundo essa visão, a possibilidade de “controle” dos processos é no sentido de modelá-los de forma convergente e dependente de fatores integradores. Coerência, nesse modelo, significa que as políticas devem idealmente apoiar umas às outras, ou pelo menos não devem ser contraditórias e “este conceito pode ser considerado um padrão para a avaliação de sistemas políticos e conjuntos de políticas” (MARTINS, 2003, p.3).

Assim, conforme observado por Martins (2003), a integração é considerada o somatório da coordenação, coerência e consistência, como se observa na Figura 4.



Figura 4 – A coerência como um processo
 Fonte: Martins (2003, p.5)

O autor baseia-se em um relatório do Comitê de Gestão da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2003 e apresenta as seguintes definições para os termos:

- A coordenação nas políticas é levar a que os vários sistemas institucionais e gerenciais que formulam políticas trabalhem juntos;
- A consistência nas políticas diz respeito à possibilidade de garantir que as políticas não sejam internamente contraditórias e também que sejam impedidas as políticas que se opõem ao alcance de certos objetivos;
- A coerência nas políticas abrange o desenvolvimento metódico de ações que se reforcem mutuamente nos diferentes órgãos de governo, criando sinergias para a realização dos objetivos propostos.

Dessa forma, a coerência nas políticas implica não somente assegurar as condições da coordenação e da consistência, mas requer também a promoção sistemática de ações políticas que se reforcem mutuamente.

Gaetani (2008) afirma que há um apelo na fragmentação, pois ela facilita uma maior individualização e, conseqüentemente, uma projeção dos protagonistas e instituições, conferindo-lhes maior visibilidade política. Além disso, a fragmentação, de certa forma, os protege, pois à medida que eles começam a se dar conta das interfaces e sobreposições de vários setores, a responsabilidade aumenta. Outro fator importante, apontado por ele, é o fato de que a fragmentação também pulveriza

riscos, uma vez que pode ser útil para evitar rupturas, tornando-se uma solução para o problema de robustez organizacional. Ademais, a qualidade da informação envolve questões concernentes à confidencialidade e à disponibilização do acesso a todos, o que não é considerado algo intrinsecamente bom. Por fim, as questões técnicas e legais também têm um papel importante no tema, já que são as questões de natureza corporativa e cognitiva que interferirão no processo de modelagem dos problemas.

A fragmentação representa ineficiência, mesmo com a noção de que é um padrão recorrente e uma consequência esperada no âmbito das políticas públicas. Nesse sentido, a fragmentação é compreendida como conflito ou ambiguidade peculiar às políticas intersetoriais e dos contextos institucionais complexos (MARTINS, 2004). Existe um ponto ótimo de fragmentação e, portanto, a busca da integração por meio da constituição de arranjos de cooperação/coordenação tem um custo, e, segundo ele, uma solução maximizadora deve ser aquela em que os custos da coordenação são menores que os custos da fragmentação.

Martins (2003) aduz que uma teoria da fragmentação do processo de formulação de políticas públicas lida basicamente com a categoria integração.

Para o equacionamento dos aspectos de integração da ação governamental, Luna (2007) aponta como possibilidade o modelo de gestão intersetorial.

Dentre as potenciais vantagens de se trabalhar intersetorialmente, o autor cita as seguintes:

- a) maior motivação dos envolvidos;
- b) melhor coordenação;
- c) clareza dos objetivos;
- d) melhor comunicação;
- e) economia de recursos (eficiência);
- f) maior capacidade para a solução efetiva dos problemas (eficácia);
- g) maior apropriação das intervenções por parte da população (pode também significar uma diminuição dos custos de manutenção);
- h) comunicação mais eficiente;
- i) melhoria da imagem do governo junto à população com maior apropriação pelo chefe do executivo dos resultados alcançados.

A importância do trabalho em colaboração entre os setores governamentais tem sido observada por vários países, dentre os quais cita-se a Austrália, mais

especificamente o Governo do Estado de Vitória, que publicou em 2007 o documento intitulado “*Joined-up – A review of national and international experiences*” em que faz a seguinte afirmação:

Os governos estão reconhecendo que questões como o uso de água, aquecimento global, segurança, terrorismo desagregação familiar e abuso de drogas não pode ser abordada por um departamento ou um setor sozinho (POLLITT, 2003). Parte da complexidade de abordar estas questões é a sua interligação; pesquisadores têm acumulado provas de que temas como a criminalidade, por exemplo, são influenciadas por fatores familiares, sociais e econômicos (MULGAN). Existem, também, muitas evidências sugerindo que a intervenção precoce é mais eficaz do que fornecer uma "cura" e que a falta de colaboração em questões como o desenvolvimento da criança e de segurança pode ser perigoso e comprometer a prestação de serviços (MULGAN, 2005; WALKER, 2006) (AUSTRALIA, 2007, p.9, tradução nossa).¹

Os problemas vivenciados pela sociedade, sobretudo aqueles que afetam as camadas mais pobres da população, têm sido caracterizados como questões complexas. Os autores afirmam que essa característica vem chamando a atenção dos meios acadêmicos e de outros atores da administração pública brasileira (CKAGNAZAROFF; MELO, 2003).

Ao apontar os problemas da coordenação no governo, está se falando em integrar partes que produzem uma visão de conjunto, de interconexão, de complementaridade que geram sinergia. Ao mesmo tempo, está se falando da necessidade de produzir uma visão unificada integrada de um conjunto de atividades e de ações (GAETANI, 2008). Nesse âmbito, diversos autores (ABRÚCIO, 2005; INOJOSA, 2001; MARTINS, 2004; RUA, 2009) afirmam que o tratamento setorializado dos problemas sociais é objeto de crítica. Tal crítica refere-se, sobretudo, ao fato desses problemas serem tratados de acordo com a especialização dos profissionais responsáveis pelo serviço sem envolvimento de outros setores. Consequentemente, a intervenção na realidade tende a ser insatisfatória, seja em termos da capacidade de resolução, seja em termos dos

1 “Governments are recognising that issues such as water use, global warming, security, terrorism, family breakdown and drug abuse cannot be addressed by one department or portfolio alone (POLLITT, 2003). Part of the complexity of addressing these issues is their interconnectedness; researchers have accumulated evidence to show that issues such as crime, for example, are influenced by family, social and economic factors (MULGAN, 2005). There is also mounting evidence suggesting that earlier intervention is more effective than providing a ‘cure’ and that a lack of collaboration on issues like child development and safety can be dangerous and compromise service delivery (MULGAN, 2005; WALKER, 2006)”.

gastos com as políticas sociais. Diante disso uma abordagem intersetorial é apresentada como alternativa de ação.

Ratificando esta posição tem-se Peters (1998) o qual afirma que dizer que os problemas de coordenação são de longa data e, talvez, inevitáveis, não justifica deixá-los de lado, pois tanto os cidadãos quanto os agentes públicos tendem a se angustiar quando os programas não estão coordenados de forma adequada. Os cidadãos sentem os efeitos da coordenação inadequada de várias maneiras, como quando, clientes de programas que não funcionam horizontalmente, confrontam-se com dificuldades para ter acesso a um amplo espectro de serviços públicos.

Segundo Bakvis e Juillet (2004) a gestão horizontal pode ser definida como a coordenação e gestão de um conjunto de atividades entre duas ou mais unidades organizacionais. Nessa estrutura, as unidades envolvidas não exercem controle hierárquico umas sobre as outras e o seu objetivo é produzir resultados que não se consegue alcançar de forma isolada. Assim, as estruturas e os processos empregados para se obter tal coordenação podem transitar de redes informais a secretarias administradas. Os meios usados para implementar e administrar iniciativas horizontais também podem variar e são tipicamente descritos por termos como “coordenação”, “colaboração” e “parcerias”. Os autores advertem que, usualmente, esses termos são utilizados indistintamente. Entretanto, ao analisá-los em seus pormenores, é possível observar que eles transmitem significados bem diversos e têm uma certa tendência a serem utilizados em contextos diferentes.

Assim, segundo eles, a “colaboração” exige que a autoridade participe do processo e ainda requer que os ministérios/secretarias sejam participantes ativos. Mecanismos de gestão compartilhada dessa natureza exigem esquemas coletivos de *accountability*. O que ocorre com mais frequência, é a colaboração envolvendo iniciativa ou projeto estabelecido para o qual duas ou mais unidades concordam em canalizar recursos e em cuja conclusão bem-sucedida elas também têm forte interesse.

Já o termo “parceria” diz respeito a procedimentos padronizados de mecanismos e acordos de colaboração que vão além de simples ofícios ou memorandos de entendimento e envolvem contratos legais que prevêm produtos, serviços e pagamentos. Esses conjuntos de elementos formais tendem a ser mais usados com organizações externas tanto comerciais como sem fins lucrativos.

Por outro lado, o termo “coordenação” pode ser considerado como a prática de alinhar estruturas e atividades a fim de promover ou facilitar as circunstâncias que tornem provável alcançar metas horizontais, minorar sobreposições e duplicações e, pelo menos, garantir que objetivos horizontais não sejam frustrados pelas ações de uma ou mais unidades.

As distinções entre esses três conceitos não são fixas e invariáveis; no entanto, elas devem servir para destacar as características que distinguem a coordenação informal dos mecanismos colaborativos completos. Ambos são importantes e, nos três casos, o pacto de confiança entre os participantes de diferentes setores governamentais é o que faz os mecanismos horizontais funcionarem adequadamente (BAKVIS; JUILLET, 2004)

No entanto, afirmam ainda os autores, que a escala, a viabilidade ou a sustentabilidade de qualquer iniciativa horizontal podem exigir abordagens bastante distintas em relação ao compromisso assumido e à institucionalização dos mecanismos envolvidos (BAKVIS; JUILLET, 2004).

Peters (1998), por sua vez, afirma que embora os termos "coordenação" e o governo "horizontal" sejam usados com frequência, o seu significado exato é às vezes vago. Para ele, esses termos referem-se à necessidade de assegurar que as diversas organizações – públicas e privadas – responsáveis por produzir política pública trabalhem em conjunto e não produzam qualquer redundância ou lacunas na prestação dos serviços. O autor defende que há desde os níveis minimalistas até os maximalistas de coordenação.

O nível mínimo poderia ser aquele em que os setores governamentais têm a nítida noção das respectivas atividades e empreendem esforços verdadeiros no sentido de não duplicar as ações ou interferir nas desenvolvidas pelos demais. No que diz respeito ao patamar maximalista, tem-se que este demanda um controle muito maior sobre as atividades de setores governamentais e de certos meios de “enforcement” jurisdicionais sobre disputas setoriais, ou pode até exigir que as lacunas nos serviços sejam sanadas (PETERS, 1998).

Comunga da mesma opinião Mintzberg (2008) para quem a coordenação pode ter sua origem em meios formais e informais, dependendo do tamanho da organização, da sua missão e do ambiente a sua volta. As atividades em comum podem ser definidas como um processo ativo onde se pode não só coordenar

atividades, mas também desenvolver, acordar e implementar um estratagema voltado para a implementação de propósitos estabelecidos.

Há ainda autores os quais defendem a tese de que existem fatores culturais que podem causar constrangimentos à implementação de iniciativas horizontais. Nesse sentido, encontra-se Grau (2005) que afirma que a intersetorialidade é um processo político e por isto a predominância de um *ethos* corporativo profissional converte-a em um problema cultural.

Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), a seu tempo, identificaram três principais contradições no processo de mudança do paradigma setorial para a integração horizontal no que diz respeito aos aspectos culturais do Estado brasileiro:

- 1) a contradição entre a adesão dos novos dirigentes ao projeto de mudança e aos seus projetos políticos pessoais;
- 2) a contradição entre a adesão dos funcionários ao projeto de mudança e aos seus interesses corporativos;
- 3) a contradição entre a adesão da população à oportunidade de ampliar o espaço de cidadania e o exercício de direitos e deveres cívicos e a expectativa de benefícios imediatos, de curto prazo e de caráter assistencialista.

Os autores asseguram que as interferências de interesse patrimonialista, como prática da cultura política brasileira, são potencialmente criadoras de distâncias entre o que se propõe na formulação das políticas públicas e o que de fato acaba sendo implementado.

Dentro dessa perspectiva têm-se Nunes (2003) o qual assevera que ao avaliar os fatores históricos, como é o caso do clientelismo e do corporativismo no Brasil, estes devem ser vistos como aspectos da cultura organizacional e que, portanto, influenciam o comportamento dos atores.

Peters (1998) afirma que parece haver várias razões para o ressurgimento do interesse no desenvolvimento de uma melhor gestão horizontal de política e a primeira delas é que simplesmente o dinheiro público é agora menos abundante do que era no passado. Por esta razão, os governos têm sido confrontados com pressões para reduzir as despesas e existem fatos que apontam para a possibilidade de que maiores pressões são previsíveis no futuro. Isto é especialmente verdade dado o humor contemporâneo do público exigindo impostos mais baixos e uma maior responsabilização pelos gastos do governo.

O autor aponta que uma forma de economizar dinheiro e que possivelmente é a mais eficiente na visão do público é eliminar programas redundantes e contraditórios, e, ao mesmo tempo, estabelecer prioridades mais claras no setor público. Para ele, no passado, qualquer número de pessoas dentro e fora do governo defendia metas claras e planejamento, agora, pressões fiscais parecem exigir uma maior coerência nas políticas. Porém, para o autor, há uma contradição, pois ao mesmo tempo em que se exige um esforço fiscal do governo em seu um todo, eliminando redundâncias e promovendo melhor coordenação, é menos provável que este será o caso para cada organização individual, isto porque, quanto mais o dinheiro torna-se escasso, maior será a tendência das organizações de se concentrarem em funções e atividades essenciais e tentarem se defender contra todas as percepções de ameaças externas. Por exemplo, as organizações governamentais podem não estar ansiosas para cooperar com outras organizações semelhantes, ou mesmo fornecer serviços complementares, pois estes podem cair na categoria de "ameaça". Mesmo sem a real ou imaginada relação conflituosa entre as organizações, as atividades de coordenação é muito provável terão uma prioridade menor do que as atividades que contribuirão diretamente para a missão da organização, com a probabilidade de menos investimento ainda na cooperação do que em tempos "normais" (PETERS, 1998).

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2003), a grande parte dos obstáculos à integração de políticas está profundamente arraigada nas diferenças de percepção das partes interessadas sobre as questões envolvidas.

Diante do exposto, com a constatação da importância da integração horizontal é que se escolheu o modelo proposto por Martins (2003) para analisar a fragmentação ou integração no desenvolvimento da PNRMAV. O modelo em questão apresenta os elementos de um modelo analítico o qual tem o intuito de explicar a fragmentação e é constituído de seis categorias de variáveis independentes ou fatores estruturais fragmentadores já colocados anteriormente: *liderança executiva, estratégia, ajustamento mútuo, estrutura, processos e pessoas*.

De acordo com Martins (2003), no sentido normativo, essas categorias de variáveis independentes são elementos que podem levar à integração/fragmentação, dotando de maior convergência os processos de formulação e implementação de políticas, não só entre si, como também com as macroestratégias

de governo. As categorias se entrelaçam e se interpenetram e há conceitos que estão implícitos em todas as categorias elaboradas, como por exemplo, o controle e a coordenação. Para ele, o fenômeno da fragmentação pode explicar a descontinuidade e a baixa implementação das políticas públicas.

Apresentam-se abaixo os aspectos relativos às variáveis supramencionadas, conforme explicitado pelo autor, seguido do roteiro para análise qualitativa dos fatores estruturais da fragmentação/integração:

- a) **A liderança executiva como fator de integração:** relacionado ao papel do executivo principal, sua visão e capacidade de liderança, gerando convergência estrutural:

GRUPO	VARIÁVEL	PROPENSÃO À INTEGRAÇÃO	PROPENSÃO À FRAGMENTAÇÃO
LIDERANÇA EXECUTIVA	Gestão do poder	O executivo principal exerce forte liderança e governa (administra o conflito) buscando o consenso (é um integrador)	O executivo principal não exerce forte liderança ou divide para governar, mediante incentivo à competição interna
	Visão	O executivo principal manifesta sua visão, e esta aparece de forma central no seu discurso político	O discurso político do executivo principal não revela claramente uma visão mobilizadora

- b) **A estratégia como fator de integração:** implica verificar a existência de um projeto nacional (apresentado ou não sob a forma de um plano) e de um sistema de planejamento (com mecanismos de implementação, monitoramento e avaliação):

GRUPO	VARIÁVEL	PROPENSÃO À INTEGRAÇÃO	PROPENSÃO À FRAGMENTAÇÃO
ESTRATÉGIA	Plano	Há um projeto nacional ou de governo expresso claramente sob a forma de um plano	As diretrizes e os objetivos centrais de governo não estão claros nem integrados sob a forma de um plano
	Sistema de planejamento	Há um sistema de planejamento que estabelece objetivos, meios de alcance e mecanismos de monitoramento e avaliação	Os objetivos são difusos, os meios não são assegurados, o monitoramento e a avaliação não são sistemáticos

- c) **O ajustamento mútuo como fator de integração:** requer analisar formas de coordenação existentes, isto significa a identificação de quais espécies de mecanismos de ajustamento podem estar atuando por detrás do caso em estudo:

GRUPO	VARIÁVEL	PROPENSÃO À INTEGRAÇÃO	PROPENSÃO À FRAGMENTAÇÃO
AJUSTAMENTO MÚTUO		Há evidências de que predominam formas de coordenação negociada (coordenação negativa, barganha, solução de problemas e coordenação positiva)	Há evidências de que predominam formas de coordenação não-negociada (ajustamento paramétrico e ajustamento deferencial)

- d) **A estrutura como fator de integração:** corresponde à análise do desenho organizacional e à identificação das formas de coordenação existentes:

GRUPO	VARIÁVEL	PROPENSÃO À INTEGRAÇÃO	PROPENSÃO À FRAGMENTAÇÃO
ESTRUTURA	Desenho organizacional	A macroestrutura está agrupada de tal forma que as áreas de responsabilidade estão claras e sob a supervisão do Presidente da República	Há uma pulverização da macroestrutura, com perda de supervisão e sobreposições e paralelismos não-claros
	Coordenação	Os mecanismos de coordenação conseguem promover o mínimo de integração horizontal e vertical necessária	Os mecanismos de coordenação não logram promover integração lateral ou vertical

- e) **O processo como fator de integração:** significa identificar e qualificar a funcionalidade das especificações de procedimentos, de produtos, de habilidades, de formas de integração ao longo da cadeia (contratos, acordos, protocolos, equipes etc.) e de sistemas de informações compartilhados. Significa ainda avaliar o grau de autonomia, conflitos de autoridade e grau de integração entre os atores:

GRUPO	VARIÁVEL	PROPENSÃO À INTEGRAÇÃO	PROPENSÃO À FRAGMENTAÇÃO
PROCESSOS	Autonomia	Os processos pertinentes ao subsistema de política perpassam diversos domínios institucionais, tornando-os interdependentes	Os domínios institucionais são preponderantemente autônomos na execução de atividades
	Consenso operacional	Procedimentos, produtos e habilidades estão razoavelmente especificados nos processos pertinentes ao subsistema de política	Há conflito e ambigüidade ou não há especificação satisfatória em relação a procedimentos, produtos e habilidades
	Integração vertical e horizontal	Poucos stakeholders, baixo conflito de autoridade dos domínios institucionais, resultados claros e formas de integração bem estabelecidas	Grande diversidade de stakeholders, limitações na autoridade dos domínios institucionais, demandas conflitantes e múltiplas e complexas formas de integração

- f) **As pessoas (atores) como fatores de integração:** demanda a identificação de comunidades da política ou das comunidades epistêmicas, seus valores subjacentes e formas de interlocução:

GRUPO	VARIÁVEL	PROPENSÃO À INTEGRAÇÃO	PROPENSÃO À FRAGMENTAÇÃO
PESSOAS	Valores	Uma ou poucas comunidades epistêmicas dotadas de meios de interlocução	Diversas comunidades epistêmicas sem meios de interlocução

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Delineamento da pesquisa

Para a pesquisa foi utilizada a estratégia do estudo de caso com a finalidade de analisar, por meio do modelo de análise de políticas proposto por Martins (2003), o grau de fragmentação/integração no desenvolvimento, pela área de Saúde, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, bem como identificar os fatores que contribuem para a integração.

Gil (2009) salienta que os estudos de caso possibilitam estudar em profundidade o grupo, organização ou fenômeno, considerando suas múltiplas dimensões. Assim, os estudos de casos são úteis para proporcionar uma visão mais clara acerca de fenômenos pouco conhecidos. Fornecem uma visão sistêmica e, nesse sentido, conferem maior profundidade aos dados.

6.2 Procedimentos para Coleta e Fontes de Informação

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e análise documental. A entrevista é possivelmente a técnica mais importante utilizada nas ciências sociais. É uma técnica que possibilita a obtenção de dados acerca dos mais diferentes aspectos da vida social. Para o autor quando bem conduzida, admite a elucidação até mesmo de fatores inconscientes que determinam o comportamento humano, além de ser uma técnica muito flexível, tendo em vista que permite esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que é realizada (GIL, 2009).

As entrevistas semi-estruturadas são conduzidas com base em uma estrutura solta, e é elaborada com questões abertas que delimitam a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou entrevistado podem diferir com o objetivo de continuar com uma idéia ou uma resposta em mais detalhada (POPE; MAYS, 2005).

Foi realizada, também, para a coleta de dados consultas a fontes documentais que, segundo Gil (2009), é fundamental em qualquer estudo de caso. O autor aduz que há a possibilidade de obter informações, com base na análise dos documentos, que auxiliam o pesquisador na elaboração das pautas para entrevistas. Ademais, a análise dos documentos pode ser importante para complementar as

informações obtidas por meio de entrevistas. Por fim, o autor argumenta que o mais importante uso da documentação em um estudo de caso é o fornecimento de informações específicas com o objetivo de fortalecer os resultados obtidos mediante outros procedimentos.

Os documentos foram analisados conforme um roteiro previamente estabelecido (Anexo B) e foram aqueles relativos às etapas de formulação e implementação da PNRMAV que foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal e que também estavam disponíveis por meio eletrônico, em fontes de dados “de domínio público”.

6.3 Participantes da Pesquisa

De acordo com Gil (2009) para a escolha dos participantes da pesquisa não é aconselhável entrevistar ao acaso e qualquer pessoa. É importante localizar pessoas capazes de proporcionar respostas às questões definidas no protocolo. Contudo, afirma ainda o autor, que para definir com propriedade quem deve ser entrevistado é necessário, na maioria das vezes, ter avançado na pesquisa, mediante observação e análise de documentos. Argumenta, também, que é necessário selecionar pessoas que estejam articuladas cultural e sensitivamente com o grupo ou organização pesquisada, ou seja, com o objeto do estudo.

Dentro desta perspectiva para o propósito desse estudo foi selecionada uma amostra intencional, em que os participantes selecionados foram os seguintes:

- a) E1 – profissional da Área Técnica de Violências da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS);
- b) E2 – profissional da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Este profissional também participou a fase de formulação da PNRMAV;
- c) E3 – pesquisador do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/FIOCRUZ), que participou da fase de formulação da PNRMAV e participa de estudos sobre a política;
- d) E4 – profissional do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (NEPAV) da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Distrito Federal;

- e) E5 – profissional do Programa de Acidentes e Violências (PAV) de uma regional de saúde do Distrito Federal;
- f) E6 – pesquisador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB/Observatório da Violência/Núcleo Acadêmico de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, financiado pelo MS;
- g) E7 – coordenador do Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA), que já participou da Rede Intersetorial de Estudos para Violência do Distrito Federal.

Com cada profissional ou pesquisador foi realizada uma entrevista, com duração média de 60 minutos, com base em um roteiro pré-estabelecido. Foram elaborados cinco roteiros de acordo o perfil do entrevistado, sendo eles:

- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada A – Entrevista com os gestores, técnicos e pesquisadores que participaram da etapa de formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)
- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada B – Entrevista com os gestores, técnicos e assessores do Ministério da Saúde responsáveis pela implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada C – Entrevista com os gestores, técnicos e assessores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal responsáveis pela implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.
- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada D – Entrevista com os pesquisadores do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília responsáveis pelo Núcleo das Violências
- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada E – Entrevista com os integrantes da Rede Intersetorial de Atenção às Vítimas de Violência do Distrito Federal.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora no período de 16 de março a 06 de julho de 2010. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas de forma literal.

Utilizou-se nesta pesquisa o conceito de saturação ou redundância como critério de suficiência da amostra. Conforme aludem Fontanella et al. (2008) o fechamento da amostra por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Em outros termos, poderia se afirmar que as informações dadas pelos novos participantes da pesquisa quase nada acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

6.4 Análise dos Dados

Foi utilizada, para a análise e interpretação das informações, a proposta de Rey (2005) que, sob o ponto de vista interpretativo e construtivista, implica o conhecimento como uma produção e não uma apropriação unidimensional da realidade. O propósito desse trabalho é realizar uma análise detalhada do material adquirido na pesquisa com o objetivo de cotejá-los, à luz dos fatores estruturadores da integração propostos por Martins (2003), para então construir as Zonas de Sentido.

O caráter construtivo-interpretativo que se concede à produção de conhecimento realça que este tem de ser construído em relação ao que expressa o sujeito analisado. Nenhuma declaração do sujeito pode ser adotada de forma direta pelo pesquisador fora do contexto geral em que se produz. Os instrumentos representam um momento de um processo mais abrangente, dentro do qual as expressões do sujeito estudado adquirem significação.

A Zona de Sentido é constituída por um conjunto de indicadores que se referem a um momento hipotético no processo de produção da informação. Dito de outra maneira, o indicador é o conjunto de expressões produzidas pela fala, produção escrita e observações que formam categorias construídas no próprio processo de produção do conhecimento e que são ferramentas primordiais para a definição das Zonas de Sentido. Dessa forma, as zonas de sentido são construções feitas pelo pesquisador a partir da sua relação com o sujeito pesquisado e com o material por ele produzido, sistematizado nos indicadores.

6.5 Considerações Éticas

Os dados primários utilizados foram somente aqueles que se referiam aos objetivos propostos na pesquisa. Para participar da fase qualitativa os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo (Anexo C). Não há menção aos nomes dos gestores e técnicos envolvidos e os dados serão mantidos em sigilo e confidencialidade.

No decorrer das entrevistas semi-estruturadas houve a possibilidade de risco de constrangimento diante de alguma pergunta, porém não foi registrado nenhum fato que pudesse causar este tipo de evento.

Os benefícios aos participantes podem ser definidos em termos de oferecer ao Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal um estudo analítico sobre os fatores que contribuem à integração da saúde com os demais setores governamentais para redução da violência no Distrito Federal, contribuindo desta forma com o cumprimento da diretriz da intersectorialidade existente na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Ressaltamos o Projeto de Pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), sendo aprovado no dia 07 de abril de 2010, sob o nº 11/2010 (Anexo D).

6.6 Contextualização da Pesquisa

Esta seção tem como objetivo caracterizar o Distrito Federal nos aspectos históricos, sociodemográficos, políticos, econômicos e, além, de analisar os dados de violência desta unidade da federação.

6.6.1 Aspectos históricos, sociodemográficos, políticos, econômicos do DF

O DF tem uma área de 5.789,16 Km² no centro do Brasil, precisamente no centro-leste do Estado de Goiás, onde se distribuem atualmente 29 Regiões Administrativas (RAs) e 2.455.903 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2010). Limita-se a Leste com o município de Cabeceira Grande, pertencente ao Estado de Minas Gerais, e com os seguintes municípios de Goiás:

- Ao Norte: Planaltina de Goiás, Padre Bernardo e Formosa;

- Ao Sul: Luziânia, Cristalina, Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Valparaíso e Novo Gama;
- A Leste: Formosa;
- A Oeste: Santo Antônio do Descoberto, Padre Bernardo e Águas Lindas.

Em 1955 a mudança da capital federal do Rio de Janeiro para o planalto central começou a tomar forma, como proposta de governo do então candidato à presidência Juscelino Kubitschek (JK). Eleito em 1956, JK deu início à instalação da Nova Capital, viajando pela primeira vez ao Planalto Central. A partir daí constituiu a Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil, a NOVACAP, (em funcionamento até hoje) e os trabalhos de construção da nova capital começaram imediatamente. A cidade levou três anos e meio para ficar pronta e no dia 21 de abril de 1960 foi inaugurada. Durante a construção, a população triplicava em questão de meses (DISTRITO FEDERAL, 2010).

A criação do Distrito Federal, segundo publicação da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), denominada “Brasília e sua Região Polarizada”, alterou o perfil de desenvolvimento do Centro-Oeste. Antes de Brasília o Centro-Oeste era uma região agreste e inexplorada que, até 1960, representava pouco mais de 1% da produção regional. Em 2007 o Distrito Federal alcançou cerca de 40% de todo Produto Interno Bruto (PIB) regional, não se levando em conta, neste percentual, a população que habita e trabalha no seu entorno. A participação na produção nacional elevou-se também em termos significativos, da pouca importância estatística dos centésimos de ponto percentual para 3,76% do PIB brasileiro. Essa escalada contribuiu significativamente para a ampliação da participação na produção nacional do PIB da região Centro-Oeste, que de 2,46% em 1960, cresceu para 9,28% atualmente (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2003)

O DF originalmente não tinha divisões, porém à época da construção de Brasília fez-se necessária a criação de núcleos habitacionais para abrigar os trabalhadores que para aqui vieram. Assim, em 1956 surgiu a Cidade Livre, posteriormente denominada Núcleo Bandeirante. Em seguida, no ano de 1957 surgiu o Paranoá e ao longo desses anos foram sendo criadas, paulatinamente, 29 regiões administrativas. A seguir são apresentadas as RAs do DF com respectivas leis de criação e população (Tabela 2).

Tabela 2 -Regiões Administrativas do DF, leis de criação e população (ano 2004).

Região Administrativa	Lei de Criação	Data da Criação	Total de Hab. (2004)	Percentual
Distrito Federal			2.096.534	100,0
RA I – Brasília	4.545	10/12/1964	198.906	9,5
RA II – Gama	4.545	10/12/1964	112.019	5,3
RA III – Taguatinga	4.545	10/12/1964	223.452	10,7
RA IV – Brazlândia	4.545	10/12/1964	48.958	2,3
RA V – Sobradinho	4.545	10/12/1964	61.290	2,9
RA VI – Planaltina	4.545	10/12/1964	141.097	6,7
RA VII – Paranoá	4.545	10/12/1964	39.630	1,9
RA VIII – Núcleo Bandeirante	049	25/10/1989	22.688	1,1
RA IX – Ceilândia	049	25/10/1989	332.455	15,9
RA X – Guará	049	25/10/1989	112.989	5,4
RA XI – Cruzeiro	049	25/10/1989	40.934	2,0
RA XII – Samambaia	049	25/10/1989	147.907	7,1
RA XIII – Santa Maria	348	04/11/1992	89.721	4,3
RA XIV – São Sebastião	705	10/05/1994	69.469	3,3
RA XV – Recanto das Emas	510	28/07/1993	102.271	4,9
RA XVI – Lago Sul	643	10/01/1994	24.406	1,2
RA XVII – Riacho Fundo	620	15/12/1993	26.093	1,2
RA XVIII – Lago Norte	641	10/01/1994	23.000	1,1
RA XIX – Candangolândia	658	27/01/1994	13.660	0,7
RA XX – Águas Claras	3.153	06/05/2003	43.623	2,1
RA XXI – Riacho Fundo II	3.153	06/05/2003	17.386	0,8
RA XXII – Sudoeste/ Octogonal	3.153	06/05/2003	46.829	2,2
RA XXIII – Varjão	3.153	06/05/2003	5.945	0,3
RA XXIV – Park Way	3.255	29/12/2003	19.252	0,9
RA XXV – SIA (Estrutural) ¹	3.315	27/01/2004	14.497	0,7
RA XXVI – Sobradinho II	3.315	27/01/2004	71.805	3,4
RA XXVII – Jardim Botânico	3.435	31/08/2004	-	-
RA XXVIII – Itapoã	3.527	03/01/2005	46.252	2,2
RA XXIX – SIA ²	3.618	14/07/2005	-	-

Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2008).

Notas: 1) Para a Região Administrativa XXVII – Jardim Botânico não existem informações por ter sido criada após o término da pesquisa. 2) A Região Administrativa XXIX SIA foi criada em 2005 e não possui unidades residenciais.

Brasília, na Tabela 2, se refere apenas à Região Administrativa de Brasília, ou seja, corresponde basicamente ao "traçado do avião" – a Asa Sul e a Asa Norte. Já o Setor Sudoeste fazia parte da RA do Cruzeiro. Por outro lado, Águas Claras fazia parte da RA de Taguatinga. Alguns dos "Condomínios do Lago Sul" faziam parte da RA de São Sebastião.



Figura 5 – Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal
Fonte: Governo do Distrito Federal (2010)

A Tabela 3, apresentada a seguir, traz as regiões administrativas do Distrito Federal com suas respectivas distâncias de Brasília.

Tabela 3 – Distância de Brasília, em Km, em relação à demais RAs – 2002

Região Administrativa	Distância em km
I – Brasília	
II – Gama	30
III – Taguatinga	21
IV – Brazlândia	45
V – Sobradinho	22
VI – Planaltina	38
VII – Paranoá	25
VIII – Núcleo Bandeirante	13
IX – Ceilândia	26
X – Guará	11
XI – Cruzeiro	07
XII – Samambaia	25
XIII – Santa Maria	26
XIV – São Sebastião	26
XV – Recanto das Emas	26
XVI – Lago Sul	08
XVII – Riacho Fundo	18
XVIII – Lago Norte	08
XIX – Candangolândia	11
XX – Águas Claras	19

Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2009A)

Cada Região Administrativa tem um Administrador Regional, nomeado pelo Governador, responsável pela promoção e coordenação dos serviços públicos da região.

Na publicação de uma série, pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2009A) intitulada “Demografia em Foco”, são apresentados, em um de seus volumes, os indicadores sociodemográficos prospectivos para o Distrito Federal de 1991 a 2030. Esta publicação aponta que Brasília continua a crescer ao longo de seus anos de vida, pois sofre desde a sua construção forte influência de uma das componentes da dinâmica demográfica – a migração. Porém, o movimento regular de crescimento vem se tornando menos acelerado e as taxas vêm decrescendo a cada decênio e, em 2000, segundo o IBGE, ficou inferior a 3% ao ano. Em que pese

o fato de que entre os anos de 2000-05 tenha ocorrido leve recuperação, as hipóteses de comportamento elaboradas para as componentes demográficas no futuro, há possibilidade da continuidade do processo de desaceleração do crescimento.

O Distrito Federal face às peculiaridades de sediar a capital do país e desempenhar funções predominantemente institucionais e administrativas concentra 92,3% de seu Produto Interno Bruto no segmento de setor de serviços, sendo que o PIB per capita do DF, indicador do crescimento econômico, é o maior do país. O desenvolvimento econômico do DF nas quatro primeiras décadas de sua existência é marcado pela expansão da construção civil. Apenas nos anos 1980 que o setor de serviços passa a ser fortemente incorporado à economia (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

Outra característica importante do DF é o seu entorno. De acordo com os dados, de 2000 a 2007, da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2009B), 109.000 pessoas se mudaram para o entorno, dentre os quais 41% residiam no DF. Desse contingente de imigrantes 82% se fixaram em apenas 6 cidades, entre elas, Águas Lindas de Goiás e Novo Gama. Dados de uma pesquisa do setor de transportes realizada em 2000 demonstraram que 160.000 pessoas deixam diariamente as cidades do entorno para trabalhar no DF e ao final do dia regressam para suas casas, caracterizando assim alguns desses municípios como cidades dormitórios. Este fluxo migratório pode ser explicado pelo fato de o custo de vida do entorno ser menor que o do Distrito Federal.

Tabela 4 – Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno – RIDE – 2000

Municípios	População Urbana	Domicílios Urbanos	Distância de Brasília (em Km)
01 – Abadiânia	7.206	2.271	118
02 – Água Fria de Goiás	1.603	531	118
03 – Águas Lindas	105.583	34.589	47
04 – Alexânia	15.935	5.382	87
05 – Buritis	13.868	4.087	207
06 – Cabeceira Grande	4.579	1.830	139
07 – Cabeceiras	4.904	1.542	235
08 – Cidade Ocidental	34.465	10.160	42
09 – Cocalzinho de Goiás	6.000	1.859	110
10 – Corumbá de Goiás	5.597	1.792	128
11 – Cristalina	27.569	8.207	119
12 – Formosa	69.285	20.624	79
13 – Luziânia	130.165	39.225	58
14 – Mimoso de Goiás	1.186	375	126
15 – Novo Gama	73.026	21.978	46
16 – Padre Bernardo	13.272	4.123	106
17 – Pirenópolis	12.475	4.161	139
18 – Planaltina	70.127	20.624	56
19 – Santo Antônio do Descoberto	48.398	14.804	44
20 – Unaí	55.549	16.825	80
21 – Valparaíso de Goiás	94.856	30.671	35
22 – Vila Boa	2.702	796	156
Total	798.350	246.456	–

Fonte: IBGE/Cidades – Mapa Rodoviário – 2002

Nota: *Distância entre as cidades é medida da saída principal à Estação Rodoviária de Brasília, considerando a menor distância entre elas

A Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e a Companhia de Planejamento do Distrito Federal realizaram em 2003 uma pesquisa domiciliar, cujo resultado foi publicado no documento denominado “Perfil Sócio-econômico e Demográfico da População Residente na RIDE”. As informações coletadas relativas à interação dos municípios do Entorno com o Distrito Federal e a pressão exercida por esta população, no que se refere ao mercado de trabalho, estudo, equipamentos públicos

e relações comerciais, permitiram agregar os 22 municípios da RIDE em três regiões, conforme o seu grau de dependência em relação ao DF, que podem ser visualizadas na Figura 6.

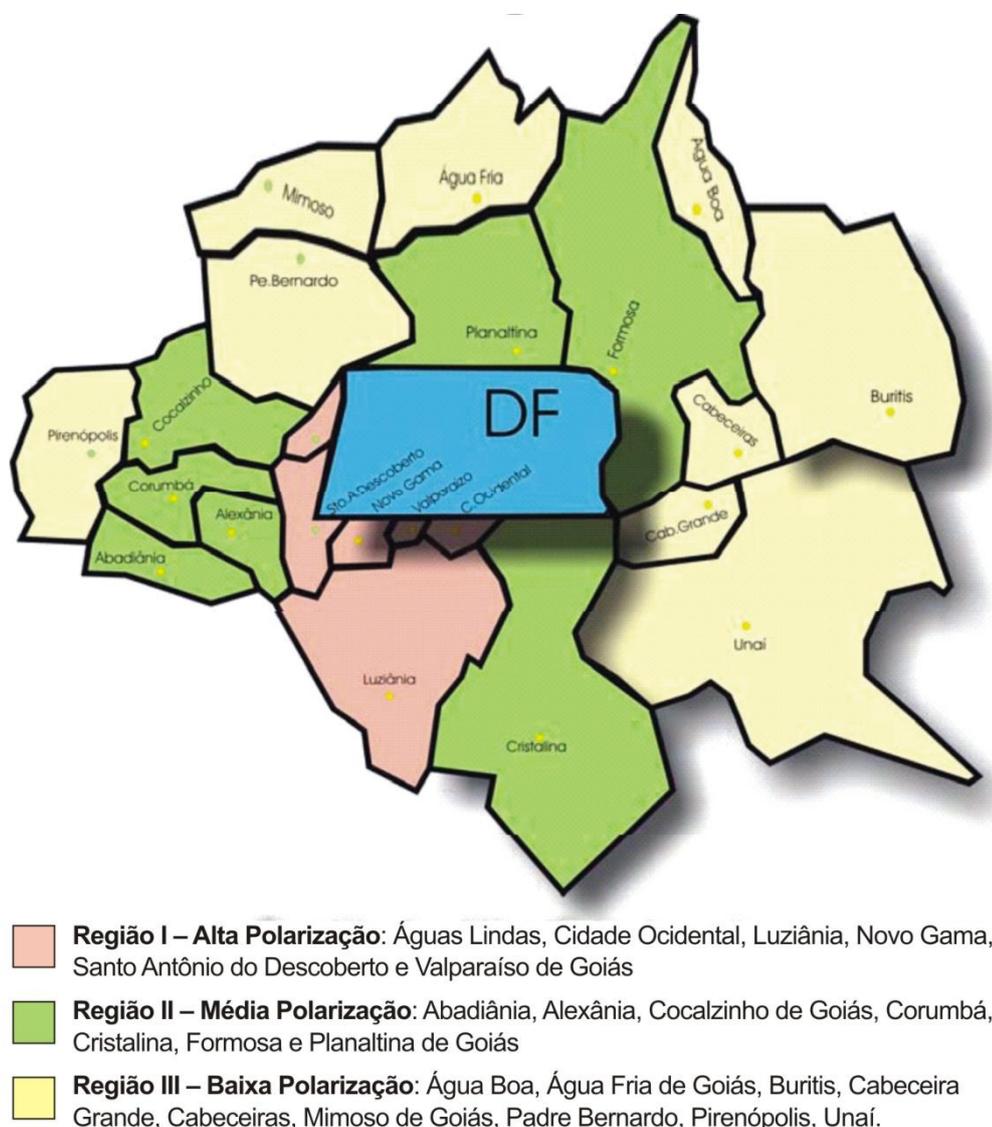


Figura 6 – Mapa – A RIDE e as Regiões Polarizadas
 Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2003)

O documento supramencionado afirma que, embora cada cidade do Entorno tenha as suas particularidades é possível evidenciar semelhanças socioeconômicas entre os 22 municípios da RIDE/DF, e ao mesmo tempo o forte contraste com o Distrito Federal, pois ao utilizar como parâmetros a renda domiciliar e o grau de instrução da população, dois indicadores que refletem o grau de desenvolvimento de uma região, nota-se que o DF possui uma renda domiciliar três vezes maior que a média do Entorno. No que diz respeito à escolaridade o percentual de analfabetos entre

a população desta região, incluindo os que apenas sabem ler e escrever pequenos trechos, é o dobro do quantificado para o DF. Os que possuem nível superior no DF representam aproximadamente quatro vezes a participação do mesmo segmento no Entorno (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2003).

O estudo concluiu, ainda, que foi detectada grande dependência econômica dos municípios do Entorno em relação ao DF, principalmente no que tange aos dados agregados na Região I. Ressalta, também, que esta interação de dependência vem se tornando mais forte, uma vez que parte da população, notadamente os de baixa renda, está sendo repelida do DF para o Entorno, motivada, sobretudo, pelos valores dos imóveis no Entorno que são mais atraentes do que no DF.

6.6.2 A Violência no DF

No que diz respeito aos óbitos violentos, o estudo acima mencionado, aponta que os maiores valores da sobremortalidade masculina são encontrados no grupo de 20 a 24 anos. Segundo os estudos realizados, em 1991 um adolescente de 20 anos do sexo masculino tinha, no DF, 4,1 vezes mais chances de não completar os 25 anos do que uma adolescente do sexo feminino. Em 2000 este valor passou a ser de 5,8 vezes e, pelas projeções, esta taxa deverá se manter até o ano de 2030.

Na publicação “Mapa da Violência 2010 – Anatomia dos Homicídios no Brasil” (WAISELFISZ, 2010) o autor afirma que o atual Mapa da Violência, é o quinto de uma série publicada desde 1998 e traz novidades, pois além das tradicionais análises de dados sobre homicídios tanto na população em geral quanto entre jovens, a edição de 2010 oferece dados com recorte de cor (raça) e gênero. Neste documento é salientado um ponto importante que, segundo os autores, refere-se à peculiar situação do DF, cuja organização administrativa particular define que os parâmetros da UF combinem com os de Brasília como capital. Em muitos casos, quando tratada como UF, ela apresenta valores relativamente altos, devido a sua peculiar forma de organização e elevado grau de urbanização, locus da violência homicida.

Ao apresentar os dados da violência das Capitais comparando os anos de 1997 e 2007 é possível observar que Brasília em 1997 ocupava a décima-terceira posição e em 2007 passou a ocupar a décima-sétima dentre as demais capitais do país, conforme Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Ordenamento das Capitais por Taxas de Homicídios (em 100.000) na População total. Brasília, 1997/2007

Capital	1997		2007		%
	Taxa	Pos.	Taxa	Pos	
Maceió	38,4	9º	97,4	1º	154%
Recife	105,3	1º	87,5	2º	-17%
Vitória	103,5	2º	75,4	3º	-27%
João Pessoa	33,3	16º	56,6	4º	70%
Porto Velho	38,3	10º	51,3	5º	34%
Belo Horizonte	20,7	22º	49,5	6º	139%
Salvador	41,6	8º	49,3	7º	19%
Porto Alegre	37,2	11º	47,3	8º	27%
Curitiba	26,6	18º	45,5	9º	71%
Fortaleza	27,0	17º	40,3	10º	49%
Aracaju	19,3	23º	38,9	11º	102%
Cuiabá	55,3	5º	38,8	12º	-30%
São Luís	22,2	20º	38,4	13º	73%
Rio de Janeiro	65,8	3º	35,7	14º	-46%
Goiânia	22,1	21º	34,6	15º	57%
Belém	24,5	19º	34,2	16º	40%
Brasília	35,6	13º	33,5	17º	-6%
Manaus	35,3	14º	32,5	18º	-8%
Macapá	46,6	6º	32,3	19º	-31%
Campo Grande	41,9	7º	32,2	20º	-23%
Rio Branco	36,6	12º	30,1	21º	-18%
Natal	18,1	24º	28,3	22º	56%
Teresina	16,9	25º	28,2	23º	67%
Boa Vista	34,6	15º	25,7	24º	-26%
Florianópolis	9,4	26º	19,5	25º	107%
São Paulo	56,7	4º	17,4	26º	-69%
Palmas	7,0	27º	12,8	27º	83%

Fonte: Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2010)

O decréscimo da taxa de homicídio de Brasília na década de 1997 a 2007 foi de 6%, o menor da região Centro-Oeste, tendo em vista que à redução nas taxas de Cuiabá e Campo Grande, foi de 30% e 23%, respectivamente. Observa-se que Goiânia, ao contrário das demais capitais da região, apresentou um acréscimo de 57% na taxa de homicídio na década mencionada (Tabela 6).

Tabela 6 – Variação das Taxas de Homicídio (em 100.000) na População Total. Região Centro-Oeste

Região Centro-Oeste	Taxas de Homicídio		Variação %
	1997	2007	
Cuiabá	55,3	38,8	-29,84%
Goiânia	22,1	34,6	56,56%
Brasília	35,6	33,5	-5,90%
Campo Grande	41,9	32,2	-23,15%

Fonte: Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2010).

Já no que diz respeito à taxa de homicídio por 100.000 na população total da UF no ano de 1997 o Distrito Federal ocupava a sexta posição, passando a ocupar a quinta posição em 2007.

Em relação ao decréscimo observado das taxas de violência em várias unidades da federação, inclusive o DF, o estudo ora em análise aponta que o número de homicídios cresceu sistemática e significativamente até o ano de 2003, com incrementos elevados: em torno de 5% ao ano. Já em 2004, essa tendência se reverteu, quando o número de homicídios caiu 5,2% em relação a 2003. Essa queda, segundo tal estudo, pode ser atribuída às políticas de desarmamento desenvolvidas a partir de 2003.

A análise da região centro-oeste indica um comportamento dos Estados similar aos das capitais, sendo que o DF obteve um decréscimo de 6% na taxa de homicídio por 100.000 na população total na década de 1997 a 2007, um decréscimo menor que os Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul com variação percentual para menor, de 1997 a 2007, de 8% e 20% respectivamente. Em relação ao Estado de Goiás do mesmo modo que Goiânia teve um acréscimo significativo de 63%, diferenciando bastante do comportamento da região (Tabela 7).

Tabela 7 – Ordenamento das UF por Taxas de Homicídio (em 100.000) na População Total. Brasil, 1997/2007

UF	1997		2007		Variação Percentual
	Taxa	Pos.	Taxa	Pos.	
Alagoas	24,1	11 ^o	59,6	1 ^o	147%
Espírito Santo	50	2 ^o	53,6	2 ^o	7%
Pernambuco	49,7	3 ^o	53,1	3 ^o	7%
Rio de Janeiro	58,8	1 ^o	40,1	4 ^o	-32%
Distrito Federal	35,6	6 ^o	33,5	5 ^o	-6%
Mato Grosso	33,5	9 ^o	30,7	6 ^o	-8%
Pará	13,2	20 ^o	30,4	7 ^o	130%
Mato Grosso do Sul	37,4	4 ^o	30	8 ^o	-20%
Paraná	17,3	14 ^o	29,6	9 ^o	71%
Roraima	35,4	7 ^o	27,9	10 ^o	-21%
Rondônia	28,4	10 ^o	27,4	11 ^o	-4%
Amapá	34,1	8 ^o	26,9	12 ^o	-21%
Sergipe	11,5	21 ^o	25,9	13 ^o	125%
Bahia	15,5	16 ^o	25,7	14 ^o	66%
Goiás	15	17 ^o	24,4	15 ^o	63%
Paraíba	14,7	19 ^o	23,6	16 ^o	61%
Ceará	14,8	18 ^o	23,2	17 ^o	57%
Amazonas	19	13 ^o	21	18 ^o	11%
Minas Gerais	7,7	25 ^o	20,8	19 ^o	170%
Rio Grande do Sul	16,7	15 ^o	19,6	20 ^o	17%
Rio Grande do Norte	9,1	23 ^o	19,3	21 ^o	112%
Acre	20	12 ^o	18,9	22 ^o	-6%
Maranhão	6	26 ^o	17,4	23 ^o	190%
Tocantins	11,2	22 ^o	16,5	24 ^o	47%
São Paulo	36,1	5 ^o	15	25 ^o	-58%
Piauí	5,7	27 ^o	13,2	26 ^o	132%
Santa Catarina	8,4	24 ^o	10,4	27 ^o	24%

Fonte: Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2010).

No que diz respeito aos municípios da RIDE/DF o referido estudo apresenta algumas tabelas onde ranqueia os 300 municípios do país com maior taxa de

homicídios. Na tabela em que constam os 300 municípios citados, encontramos 5 municípios que pertencem à RIDE/DF (Tabela 8).

Elucidamos que a publicação explica que devido as possíveis oscilações por fatos ocasionais em municípios de pequeno porte, optou-se por incluir, no cômputo, municípios com mais de 2.000 habitantes. Para municípios acima de 2.000 habitantes, foi utilizada a técnica da média móvel. Para Municípios com mais de 50 mil habitantes em 2007, foram utilizados os dados (de homicídio e de população para estimar as taxas) do último ano, isto é, de 2007. Para municípios de 10 até 50 mil habitantes, foi utilizada a média de homicídios dos últimos três anos; em nosso caso, de 2005, 2006 e 2007. Para municípios abaixo de 10 mil habitantes e acima de 2.000, a média dos cinco últimos anos (de 2003 a 2007) (WAISELFISZ, 2010). O número de anos utilizados para calcular as taxas pode ser encontrado na coluna média/anos. Como pode se deprender na Tabela 8 para todos os municípios da RIDE/DF constantes da tabela a média de anos foi 1, portanto foram utilizados os dados de 2007.

Tabela 8 – Número e Taxas Médias de Homicídios (em 100.000) na População Total dos Municípios. Brasil, 2003/2007

Posição	Município	UF	Média Anos	População (1.000)	Número de Homicídios					Taxa de Homicídio
					2003	2004	2005	2006	2007	
99º	Formosa	GO	1	94,4	28	24	42	45	52	55,1
109º	Luziânia	GO	1	194,2	77	94	116	89	105	54,1
165º	Cidade Ocidental	GO	1	50	10	12	12	27	24	48
186º	Valparaíso de Goiás	GO	1	128,3	33	45	33	49	59	46
259º	Novo Gama	GO	1	99,8	34	29	38	30	40	40,1

Fonte: Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2010).

Salienta-se que dos 5 municípios, 4 deles, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama e Valparaíso de Goiás fazem parte da Região I – alta polarização, conforme explicitado acima. Já Formosa faz parte da Região II – média polarização.

Para a análise municipal dos índices de homicídio de crianças e adolescentes (0 a 19 anos), foi seguida a metodologia já indicada acima. Observa-se que para os municípios com mais de 10 mil e menos de 50 mil foram utilizadas as médias dos anos de 2005 a 2007, conforme é o caso dos municípios de Formosa e Pirenópolis.

Já para os municípios mais de 50 mil casos (neste caso: população de 0 a 19 anos de idade), foram utilizados os dados do último ano disponível: 2007, tanto para homicídios quanto para população residente no município. Este é o caso dos municípios de Águas Lindas de Goiás e Brasília. Na Tabela 9 constam os 3 municípios de Goiás mais Brasília que foram incluídos dentre os 200 municípios com os maiores índices de homicídio.

Tabela 9 – Número e Taxas Médias de Homicídio (em 100.000) na População de 0 a 19 anos. Brasil, 2002/2007

Posição	Município	UF	Média Anos	População (1.000)	Número de Homicídios					Taxa de Homicídio
					2003	2004	2005	2006	2007	
84º	Águas Lindas de Goiás	GO	1	81,8	8	20	22	6	22	26,9
96º	Formosa	GO	3	37,3	4	5	8	10	11	25,9
143º	Pirenópolis	GO	3	7,5	0	0	0	2	3	22,2
198º	Brasília	DF	1	868,2	218	198	168	140	158	18,2

Fonte: Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2010).

Em um estudo intitulado “Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e Entorno, 2002 – 2007”, publicado em 2009, Fortunato (2009) afirma que de acordo com as análises dos dados realizados no ano de 2004, para cinco capitais brasileiras, as causas externas constituem a quarta causa de óbito e dentre essas capitais, o Distrito Federal apresenta essas causas como o segundo motivo de óbito.

O estudo supramencionado aponta ainda que no período de 2002 a 2007 foram registrados um total de 1.228.605 internações pelo Sistema de Informações Hospitalar/SIH-SUS de indivíduos residentes na RIDE/DF. Deste montante, um total de 74.613 internações corresponde a causas externas, o que representa 6,1% das internações para o período em estudo. Outro fator indicado, pelo mesmo estudo, é que foi possível observar um aumento no percentual de internações por causas externas, de 5,6% para 6,6% quando comparados os triênios de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007.

7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após ter apresentado a literatura sobre a violência, suas especificidades, complexidade e transversalidade e também ter discutido os aspectos relativos à integração horizontal, sob o prisma do modelo de análise de políticas públicas elaborado por Martins (2003), analisaremos a propensão à fragmentação ou integração da PNRMAV no Distrito Federal.

Para melhor compreensão, apresentaremos um breve histórico da PNRMAV no que tange às fases de sua formulação e implementação no âmbito federal e no âmbito do DF, utilizando para tanto os relatos das entrevistas e as informações obtidas por meio da análise documental.

7.1 A política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (PNRMAV) – Formulação e Implementação

7.1.1 A formulação da PNRMAV

Para a formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) foi instituído o Comitê Técnico Científico – CTC – de assessoramento ao Grupo Técnico de Acidentes e Violência. Tal Comitê foi regulamentado por meio da Portaria nº 3.566 do Gabinete do Ministro (GM), datada de 2 de setembro de 1998, e era presidido por pesquisador do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz e composto por técnicos do Ministério da Saúde, especialistas da área de epidemiologia, da área de trânsito, tais como engenharia de trânsito, e Corpo de Bombeiros. (BRASIL, 1998A).

Além desse, foi instituído, também, por meio da Portaria nº 3.733/GM, de 14 de outubro de 1998, o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência, vinculado ao CTC e formado pelas mesmas áreas. (BRASIL, 1998B).

Ao entrevistar um profissional do Ministério da Saúde que participou da fase de formulação da política obtivemos a informação que técnicos do Ministério trabalharam de 1996 a 1998, aproximadamente, organizando a discussão, construindo a base epidemiológica que pudesse fundamentar a PNRMAV:

Trabalhei de 1996 até 1998 mais ou menos, organizando a discussão, fazendo a base epidemiológica para que servisse de subsídios, levantando pessoas para que pudessem fazer parte da discussão e finalmente em 98 nós conseguimos criar um grupo [...] (E2).

Aparentemente, a política já tinha um cunho intersetorial desde o início, pois foram citados profissionais de áreas distintas, tais como do Trânsito, do Corpo de Bombeiros e da Epidemiologia. Os grupos acima mencionados foram constituídos com foco no desenvolvimento de uma ferramenta apta a oferecer o panorama das causas externas e o quanto isso afetava o país sob o ponto de vista econômico e social:

Fizemos duas portarias de criação de grupos que fariam a discussão e a criação do texto original da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. O primeiro grupo era formado por especialistas da área de epidemiologia, da área de trânsito, da área de justiça (...) (E2). Mas, olha só, a política quando ela foi executada, ela veio, ela partiu de uma área na época do Ministério da Saúde que era uma Secretaria de Política, era uma secretaria específica para as políticas de saúde. E assim, foi criado um grupo, que era um grupo interdisciplinar para pensar a elaboração desses documentos que viria a ser a Portaria 737, que é a política (E3).

Outro fator que parece reforçar o aspecto intersetorial na fase de formulação da política diz respeito ao envio do seu texto base à aproximadamente 1000 (mil) pessoas de diversas redes que tratavam da temática:

Na época como não existia mecanismos de internet para colocar as coisas em consulta pública nós xerocamos o material e enviamos para uma média de 1000 (mil) pessoas do país de todas as redes que pudéssemos levantar, das parcerias, do conhecimento de academias, de todos os lugares (E2).

Ratificando ainda a intersetorialidade na fase da PNRMAV, em estudo, constatou-se que seu documento texto foi submetido, no decorrer de um encontro, à apreciação de especialistas tanto setores governamentais quanto da sociedade civil:

Então, esse grupo trabalhou [...] nos pontos principais do documento, [...] submeteu esse documento, que seria a política, a um grupo maior, que foi um encontro, [...] assim, ampliou para pessoas de várias instituições, [...] enfim, para pensar a questão da intersetorialidade, ela já perpassa toda a construção da política. Até porque, teoricamente, a gente trabalha com esse tema da violência, como um tema complexo, que precisa da interdisciplinaridade para poder ter-se uma visão mais integrada dele (E3). E [...] mandamos esse documento para as várias estruturas conhecidas que trabalhavam o tema acidente ou traumas ou violências, em todos os lugares possíveis e fizemos um evento em Brasília para uma média de quatrocentas pessoas, [...] que iriam trazer contribuições ao texto. De diversos setores.

Na época quem ajudou a organizar esse evento foi a OPAS. Nós ainda não tínhamos rubricas para trabalhar essa discussão [...] naquele momento [...] o importante era a discussão que estava se favorecendo no país (E2).

De acordo com as informações levantadas, ao que parece houve uma pequena oposição dentro do Ministério à formulação da PNRMAV ou ao seu texto final, e este fato é apontado como sendo o resultado do trabalho do grupo técnico responsável pela construção da política que se preocupou com a articulação interna no Ministério, envolvendo todas as áreas afetadas nas discussões:

Na época em que mandamos todos os documentos eles passaram por todas as instâncias e chegou ao CNS. Foi uma época de transição no Ministério que entrou outro secretário, [...] e o documento já estava indo para a votação, ele tinha ouvido falar do documento, mas não conhecia o documento. Então, pediu um tempo para leituras para se apropriar um pouco mais e o entendimento dele na época não foi o mesmo do conjunto de pessoas que estavam discutindo, então ele foi o único voto contrário no CNS à aprovação da política. Ele discordava de pontos onde a gente definia que haveria de se expandir o atendimento hospitalar né? [...] (E2).

Em pesquisa realizada no sítio da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) encontramos nos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003, uma única referência à temática acidentes e violências. Este fato indica que estas questões não estavam formalmente na agenda dos gestores da época. Entretanto cabe esclarecer que este achado não exclui o fato de que eventualmente possa ter havido discussões sobre os temas na CIT, sem o conseqüente registrado nas atas das reuniões. Outro fator que chama a atenção é o fato de que mesmo no ano de 2001, ano em que a PNRMAV foi normatizada por meio da portaria supracitada, esta temática não constou como ponto de pauta na CIT ou pelo menos não há este registro nas pautas e resumos disponíveis no sítio eletrônico da referida comissão.

Em relação ao CNS, as pesquisas nos resumos executivos das reuniões ordinárias e extraordinárias dos anos de 2000 a 2003 apontam que os temas acidentes e violências estiveram presentes na agenda do conselho com uma relativa constância, pois estes foram, de alguma forma, mencionados em 20 reuniões, o que significa que do total de 44 reuniões ordinárias e 12 extraordinárias realizadas no período, este tema recebeu alguma menção em 35% das reuniões do CNS.

Salienta-se, inclusive, que o CNS instituiu em um primeiro momento um grupo de trabalho para debater a PNRMAV e subsidiar os conselheiros na análise da

matéria e posteriormente formou uma Comissão Permanente Intersectorial de Trauma e Violência (CITV/CNS da Violência).

7.1.2 A implementação da PNRMAV em âmbito federal

De 2001 até 2004, nossos achados indicam por um lado que o MS desenvolveu poucas estratégias no sentido de induzir e fomentar a implantação pelos estados e municípios das ações recomendadas na PNRMAV e, por outro lado, que a rede de urgência e emergência foi reorganizada nos moldes do preconizado por essa Política:

A política saiu em 2001. De 2001 até 2004, não existia nenhuma estratégia do Governo Federal, [...] no sentido de induzir e fomentar, no nível local, estados e municípios, a implantação das ações que estão aqui preconizadas na política. [...] então tinha a política, mas as iniciativas eram muito locais [...]. Em 2004 teve uma Portaria que foi publicada, pelo gabinete do Ministro instituindo a Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e a Rede de Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (E1).

[...] conseguimos transformar o processo de atendimento pré-hospitalar em uma coisa mais ampliada, [...] que pudesse se organizar da forma hierárquica como necessária, pré-hospitalar de urgência e emergência, o hospitalar de urgência e emergência e os encaminhamentos dentro da rede SUS. [...] esse foi o primeiro conjunto de coisas que foi desenvolvido à luz da política, [...] já era o germe inicial do SAMU (E2).

Em relação ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no sítio eletrônico do Ministério da Saúde encontramos a seguinte afirmação:

O SAMU-192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. A política tem como foco cinco grandes ações: Organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU-192); Reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais; Criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e Estruturar o atendimento pós-hospitalar (BRASIL, 2010).

Em 2003 foi sancionada a Lei nº 10.778, de 24 de novembro, que estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que fossem atendidos em serviços de saúde públicos ou privados:

Em 2003 com a publicação da Lei 10.778 que obriga a notificação de violência contra a mulher, houve outro fator que começou a pressionar na organização de Vigilância de violência. Aí com a criação de secretarias

especial de violência contra as mulheres, associada ao movimento feminista pressionando, o Ministério [...] com essa notificação fez em 2004 uma portaria instituindo uma ficha de notificação de violência contra a mulher (E1).

Então assim: tínhamos uma ficha de crianças e adolescentes e foi feito uma de mulher. Mas a pressão externa do Movimento e da Secretaria de Políticas para Mulheres que queria mais do que a ficha, ou seja, o desenvolvimento mesmo de uma política para você ter informação, ter dados e isso acabou forçando, como a violência já estava aqui nas DANTs, acabou forçando a nossa área a desenvolver um sistema (E1).

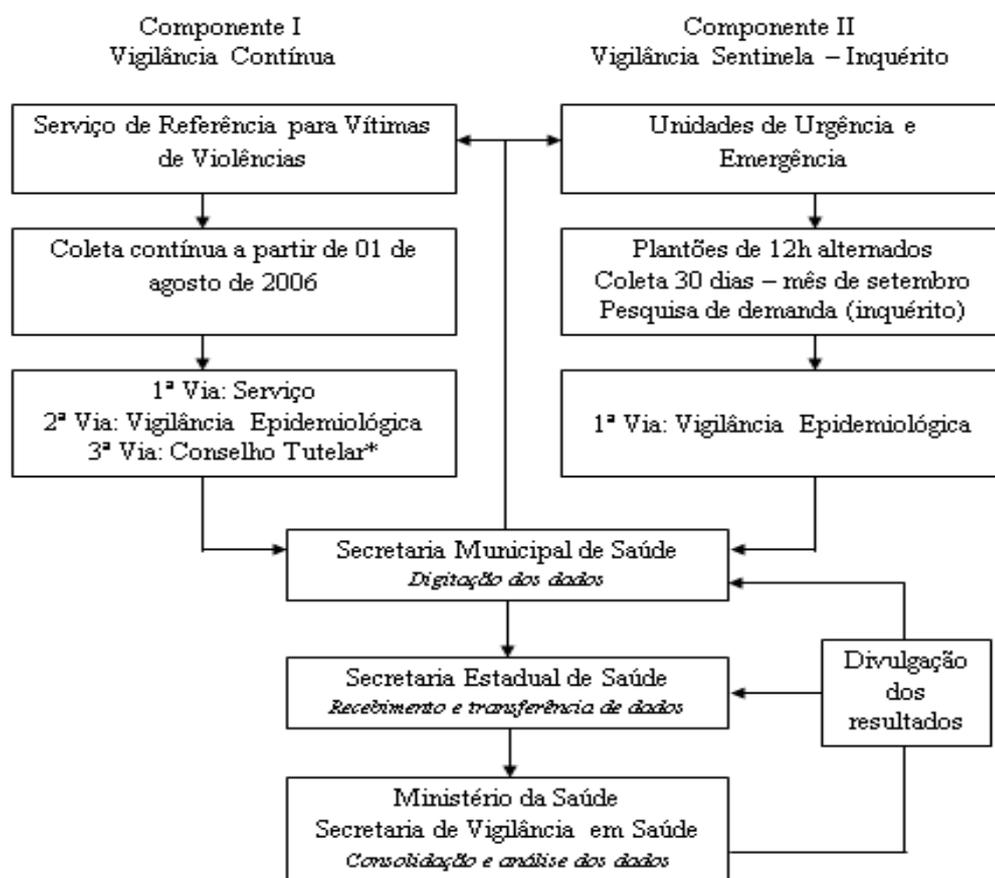
Em 2004 o Ministério da Saúde publicou três portarias relativas ao tema: 1) a Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004, que tratava sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde; 2) a Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, que dispunha 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 e estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que fosse atendida em serviços de saúde públicos ou privados; 3) e, por fim, a Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, que instituiu serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprovou instrumento e fluxo para notificação.

Importante apontar que em 2001, ano da publicação da PNRMAV, o Ministério da Saúde tinha outro organograma e a política ficava nesta época dentro de uma área que era ligada à assistência. Desta forma, as ações voltadas para o enfrentamento da violência ampliaram-se com o advento da reorganização administrativa realizada no MS, que teve como consequência direta a criação, em 2003, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS. Tal fato deu novo impulso às notificações compulsórias, instituídas já em 2001, ao mesmo tempo em que promoveu a estruturação das informações dos eventos de violência e acidentes por meio de um sistema informatizado apto a coletar e sistematizar os dados: o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

O VIVA foi estruturado, em dois componentes, com a finalidade de conhecer melhor a informação e trabalhar os fatores de risco e de proteção (Figura 6): 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). As duas modalidades de vigilância

possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas. (BRASIL, 2009):

- 1) **VIVA Contínuo:** Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/outras Violências.
- 2) **VIVA Sentinela:** Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência.



(*) Em caso de violência contra criança ou adolescente

Figura 2 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA

Fonte: Ministério da Saúde.

Em relação à ficha de notificação do VIVA Contínuo, que a partir do final do ano de 2005 passou a ser uma ficha única, foi construída, a partir de um pacto, com o objetivo de não sobrepor a ação de notificação, além de superar a fragmentação.

Nessa pactuação da ficha única dentro do Ministério, também foi acordo com alguns Ministérios e Secretarias Especiais ligadas à Presidência da República, com destaque para a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) que participou das oficinas e do projeto piloto para instituição da ficha única, além de ter sido essa

Secretaria que pressionou o Ministério da Saúde no sentido de estabelecer uma ficha de notificação das violências contra mulheres:

Isso foi um salto! A gente fez um documento em relação a isso, que a ficha já teve uma pactuação intersetorial. Além das políticas para mulheres, depois a gente conseguiu pactuar com a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), com a SEPPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e com o MDS (E1).

O componente VIVA Contínuo foi, segundo consta na publicação acima mencionada, implantado a partir de 2006 e, inicialmente, em serviços de referência para violências, tais como, centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros a partir da data já mencionada.

Essa vigilância tem como finalidade apresentar o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência determinadas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde. Outra finalidade deste componente é articular e integrar a Rede de Atenção e Proteção às Vítimas de Violências (BRASIL, 2009).

Devido ao caráter compulsório das notificações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, a SVS identificou a necessidade de integrá-lo ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), e com isto, a partir de janeiro de 2009 o componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao sistema supramencionado.

Entretanto, o processo de implantação do módulo de violências no SINAN NET no âmbito nacional está sendo feito de forma gradual e realizado em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

O VIVA Contínuo vem sendo implantado gradualmente, isto porque em 2006 ao conceber o projeto VIVA, a área técnica optou por dar início ao projeto nos locais onde já havia alguma experiência na área de atenção, na área de vigilância, pois acreditavam que dessa forma o projeto teria mais chances de sucesso.

A partir de sua concepção, os municípios interessados passaram a aderir ao projeto. A única capital que não aderiu no primeiro momento foi São Paulo, porque já possuía um sistema próprio de notificação e, por essa razão, não houve o interesse em fazer parte do sistema nacional. Desse modo, desde 2006 a SVS vem aprimorando o VIVA Contínuo.

De acordo com os dados fornecidos pela área técnica responsável pelo VIVA, vinculada à Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CGDANT/SVS, 473 municípios já aderiram ao VIVA Contínuo, notificando no SINAN NET, o que representa 8,5% dos municípios do País (Tabela 10).

Tabela 10 – Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências – SINAN NET – 2010

UF	Total de Municípios na UF (a)	Municípios Notificando (VIVA Contínuo) (b)	%
AC	22	3	13,6
AL	102	3	2,9
AM	62	5	8,1
AP*	16	16	100,0
BA	417	17	4,1
CE	184	17	9,2
DF	1	1	100,0
ES	78	5	6,4
GO	246	6	2,4
MA	217	2	0,9
MG	853	27	3,2
MS	78	15	19,2
MT	141	14	9,9
PA	143	2	1,4
PB	223	6	2,7
PE	185	10	5,4
PI	223	8	3,6
PR	399	32	8,0
RJ	92	31	33,7
RN	167	6	3,6
RO	52	1	1,9
RR	15	1	6,7
RS	496	1	0,2
SC	293	29	9,9
SE*	75	75	100,0
SP	645	137	21,2
TO	139	3	2,2
TOTAL	5564	473	8,5

Fonte (a): IBGE.

Fonte (b): BRASIL (2009)

Em relação a este dado, um dos pesquisadores entrevistados ponderou o que segue:

[...] eles privilegiaram também as áreas quentes, nós chamamos municípios prioritários, acho que foi a partir do mapa da violência [...]. porque assim, claro, pode ter áreas silenciosas que não sabemos o que está acontecendo, no interior do Maranhão, como a gente vê os dados de mortalidade, de lugares que ninguém nasce, ninguém morre. lá no Pará, no Amazonas e tal. Então, isso também é preocupante, mas eu sei que [...] priorizou os lugares [...]. 500 municípios se a gente pega os maiores, que são os mais responsáveis pela violência seria até [...] que seria uma cobertura razoável (E6).

O VIVA Sentinela é realizado por meio de pesquisas anuais, com base em informações coletadas durante um mês nos hospitais de urgência e emergência selecionados, a partir de pactuação entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde. Assim, o intento do estabelecimento do VIVA em serviços sentinelas foi possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de alta prevalência e impacto na saúde das pessoas.

Os primeiros estudos tiveram os dados coletados por 30 dias consecutivos, entre setembro e novembro de 2006 e 2007. Para os estudos foram considerados elegíveis os serviços de urgência e emergência selecionados conforme os critérios acima mencionados (BRASIL, 2009).

Ressalta-se, porém, que o documento em referência esclarece que em novembro de 2006, foi realizado o Seminário Nacional de Avaliação do Projeto de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA, e que no decorrer deste evento foi debatido e avaliado o processo de implantação do VIVA nos municípios selecionados. Assim, foram elencadas as estratégias utilizadas, os fatores facilitadores, bem como as dificuldades encontradas e, a partir desse ponto, ficou estabelecido que a vigilância sentinela por inquérito (VIVA Sentinela) passaria a ser realizada bianualmente, o que levou o inquérito seguinte a ser realizado em 2009 e não em 2008, conforme inicialmente previsto.

Salienta-se que em 2006 participaram 22 Unidades da Federação, mais o Distrito Federal, e 35 municípios com 66 serviços de emergência. Já em 2007 esse quantitativo passou para 23 Estados, mais o Distrito Federal, e 37 municípios com 83 unidades de emergência.

A população de estudo foi composta pelas vítimas de violências e acidentes que buscaram, no período da coleta de dados, atendimento nos serviços de

urgência e emergência dos municípios elegidos. Identificou-se que seria satisfatória a coleta de dados sobre atendimentos realizados em plantões de 12 horas e em turnos alternados (diurno/noturno) durante um único mês, evitando-se os meses de férias e festas de final de ano, quando se nota a decorrência da sazonalidade dos atendimentos relativos às causas externas.

Por esse motivo, escolheu-se o mês de setembro. Em alguns municípios, por questões de organização local, o período de coleta de dados foi estendido até os meses de outubro e novembro, a fim de garantir a coleta de dados em 30 dias consecutivos (BRASIL, 2009).

Os dados foram colhidos por meio de formulário uniformizado, cujas variáveis achavam-se distribuídas nos blocos que se seguem: i – dados da pessoa atendida (nome, idade, sexo, raça/cor da pele, escolaridade, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital); ii – dados da ocorrência (intencionalidade, tipo de ocorrência, local e hora de ocorrência, suspeita de uso de bebida alcoólica); iii – tipo de acidentes (acidentes de transporte, queda, queimaduras, outros); iv – tipo de violências (agressões, maus-tratos, suicídio); v – natureza da lesão corporal; vi – parte do corpo atingida; vii – evolução dos casos (alta, hospitalização, óbito).

Os resultados do inquérito VIVA 2006 demonstraram que os homens foram atendidos em maior proporção do que as mulheres em ambos os tipos de atendimentos, especialmente, nos advindos de eventos violentos.

Segundo a faixa etária, destacaram-se pessoas com idade de 20 a 29 anos tanto nos acidentes (22,9%) como nas violências (35,1%). As pessoas nas faixas etárias de 15 a 19, de 30 a 39 e de 40 a 49 anos, diferentemente do ocorrido com as demais faixas etárias, os registros de eventos violentos foi superior aos acidentes.

No tocante ao critério raça/cor da pele, os dados apontam que a raça/cor da pele parda foi a que apresentou uma maior magnitude dos atendimentos, em especial, quando se tratava de eventos violentos (52,9%). Na sequência registrou-se um maior volume de registros de acidentes da raça/cor da pele branca (35,9%)

Quanto à escolaridade, o maior número de registros deu-se entre as pessoas que cursaram o ensino médio completo ou incompleto (28,9%) nos casos de acidentes (Tabela 11).

Tabela 11 – Atendimento por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2006

Características	Acidentes (n=41.677)		Violências (n=4.854)		Total (n=46.531)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	26.989	64,8	3.535	72,8	30.524	65,6
Feminino	14.688	35,2	1.319	27,2	16.007	34,4
Faixa etária (anos)						
0 a 9	8.309	19,9	227	4,7	8.536	18,3
10 a 19	8.000	19,2	963	19,8	8.963	19,3
10 a 14	4.082	9,8	218	4,5	4.300	9,2
15 a 19	3.918	9,4	745	15,3	4.663	10,0
20 a 29	9.544	22,9	1.702	35,1	11.246	24,2
30 a 39	6.216	14,9	1.043	21,5	7.259	15,6
40 a 49	4.249	10,2	564	11,6	4.813	10,3
50 a 59	2.470	5,9	200	4,1	2.670	5,7
60 e +	2.757	6,6	128	2,6	2.885	6,2
Sem informação	132	0,3	27	0,6	159	0,3
Raça/cor da pele						
Parda	20.493	49,2	2.568	52,9	23.061	49,6
Branca	14.979	35,9	1.271	26,2	16.250	34,9
Preta	4.661	11,2	816	16,8	5.477	11,8
Amarela	528	1,3	55	1,1	583	1,3
Indígena	82	0,2	13	0,3	95	0,2
Sem informação	934	2,2	131	2,7	1.065	2,3
Escolaridade						
Sem escolaridade	1.783	4,3	261	5,4	2.044	4,4
1ª à 4ª série do Ef (a)	9.201	22,1	988	20,4	10.189	21,9
5ª à 8ª série do Ef (a)	9.890	23,7	1.434	29,5	11.324	24,3
Ensino médio (b)	12.042	28,9	1.283	26,4	13.325	28,6
Ensino superior	762	1,8	60	1,2	822	1,8
Não se aplica	4.861	11,7	122	2,5	4.983	10,7
Sem informação	3.138	7,5	706	14,5	3.844	8,3

Fonte: Brasil (2009)

Notas: (a) Ensino Fundamental. (b) Ensino Médio Completo ou Incompleto

O total dos atendimentos por acidentes e violências no ano de 2006 em Brasília representou 3% do total nacional. Nos resultados do quesito faixa etária do inquérito VIVA 2006, o maior número de registro ocorreu na faixa de 20 a 29 anos (28,2%) e também houve uma equivalência de resultados no que diz respeito ao sexo masculino, que foram as maiores vítimas de acidentes e violência no DF em 2006 (66%). Diferentemente dos dados nacionais, a raça/cor branca apresentou maior ocorrência de acidentes e eventos violentos no DF em 2006 do que a raça/cor parda (Tabela 12).

Tabela 12 – atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência por sexo. Brasília-DF – Brasil, 2006.

Características	Masculino (n=954)		Feminino (n=491)		Total (n=1.445)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
0 a 9	119	12,5	70	14,3	189	13,1
10 a 19	164	17,2	105	21,4	269	18,6
10 a 14	81	8,5	52	10,6	133	9,2
15 a 19	83	8,7	53	10,8	136	9,4
20 a 29	306	32,1	102	20,8	408	28,2
30 a 39	182	19,1	77	15,7	259	17,9
40 a 49	111	11,6	53	10,8	164	11,3
50 a 59	47	4,9	43	8,8	90	6,2
60 e +	21	2,2	41	8,4	62	4,3
Sem informação	4	0,4	-	-	4	0,3
Raça/cor						
Branca	424	44,4	230	46,8	654	45,3
Parda	373	39,1	193	39,3	566	39,2
Preta	102	10,7	48	9,8	150	10,4
Amarela	46	4,8	19	3,9	65	4,5
Indígena	5	0,5	-	-	5	0,3
Sem informação	4	0,4	1	0,2	5	0,3
Escolaridade						
Sem escolaridade	18	1,9	15	3,1	33	2,3
1ª à 4ª série do EF (a)	195	20,4	90	18,3	285	19,7
5ª à 8ª série do EF (b)	255	26,7	121	24,6	376	26
Ensino médio (b)	323	33,9	186	37,9	509	35,2
Ensino superior	44	4,6	25	5,1	69	4,8
Não se aplica	78	8,2	45	9,2	123	8,5
Sem informação	41	4,3	9	1,8	50	3,5
Meio de transporte utilizados para chegar ao hospital						
Veículo particular	357	37,4	234	47,7	591	40,9
Coletivo	193	20,2	125	25,5	318	22
Ambulância (c)	181	19	49	10	230	15,9
SAMU (d)	168	17,6	53	10,8	221	15,3
A pé	27	2,8	18	3,7	45	3,1
Viatura policial	7	0,7	2	0,4	9	0,6
Outro	15	1,6	3	0,6	18	1,2
Sem informação	6	0,6	7	1,4	13	0,9

Fonte: Brasil (2009)

Notas: (a) Ensino fundamental. (b) Ensino médio completo ou incompleto. (c) Ambulâncias de outros serviços como clínicas, hospitais, seguradoras de saúde. (d) Unidades de atendimento pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

Ao ordenar todos os municípios que participaram do inquérito VIVA 2006, é possível observar que em relação aos registros ocorridos nos serviços sentinelas de urgência e emergência no mês de setembro, Brasília ficou no 13º em número total de registros de acidentes e violências (TABELA 13).

Tabela 13 – Ranking dos municípios segundo o número total de atendimentos de acidentes e violências no serviços sentinelas de urgência e emergência – Brasil 2006.

UF	Município	Acidentes e violência	%	Ranking
MA	São Luís	3901	8,38	1º
PE	Recife	3571	7,67	2º
MG	Belo Horizonte	2592	5,57	3º
GO	Goiânia	2459	5,28	4º
SE	Aracaju	2151	4,62	5º
PR	Curitiba	2131	4,58	6º
PB	João Pessoa	2055	4,42	7º
AL	Maceió	1984	4,26	8º
BA	Salvador	1834	3,94	9º
MT	Cuiabá	1693	3,64	10º
SC	Florianópolis	1515	3,26	11º
SP	Sorocaba	1469	3,16	12º
DF	Brasília	1445	3,11	13º
SP	Diadema	1350	2,90	14º
SP	São José do Rio Preto	1320	2,84	15º
SP	Guarulhos	1299	2,79	16º
AC	Rio Branco	1295	2,78	17º
CE	Fortaleza	1164	2,50	18º
RN	Natal	1036	2,23	19º
SP	Santo André	963	2,07	20º
SP	Jundiaí	919	1,98	21º
CE	Sobral	883	1,90	22º
RJ	Rio de Janeiro	877	1,88	23º
PI	Teresina	864	1,86	24º
MT	Várzea Grande	840	1,81	25º
MS	Campo Grande	820	1,76	26º
ES	Serra	798	1,71	27º
SP	Campinas	645	1,39	28º
RO	Porto Velho	584	1,26	29º
PE	Olinda	478	1,03	30º
TO	Palmas	427	0,92	31º
SP	Ribeirão Preto	380	0,82	32º
AM	Manaus	346	0,74	33º
ES	Vitória	242	0,52	34º
MT	Alta Floresta	201	0,43	35º
BR	Brasil	46.531	100,00	

Fonte: Brasil (2009)

Os resultados do inquérito VIVA 2007 apresentaram o mesmo comportamento do inquérito VIVA 2006, ou seja demonstraram que os homens foram atendidos em maior proporção do que as mulheres em ambos os tipos de atendimentos, especialmente nos advindos de eventos violentos.

Segundo a faixa etária, destacaram-se pessoas com idade de 20 a 29 anos tanto nos acidentes (22,9%) como nas violências (35,9%). As pessoas nas faixas etárias de 15 a 19, de 30 a 39 e de 40 a 49 anos, diferentemente do ocorrido com as demais faixas etárias, os registros de eventos violentos foi superior aos acidentes.

Quanto ao critério raça/cor da pele, os dados apontam que a raça/cor da pele parda foi a que apresentou uma maior magnitude dos atendimentos, em especial, quando se tratava de eventos violentos (55%). Na sequência registrou-se um maior volume de registros de acidentes da raça/cor da pele branca (33,7%)

Com relação à escolaridade, o maior número de registros deu-se entre as pessoas que cursaram o ensino médio completo ou incompleto (30,4%) nos casos de acidentes (Tabela 14).

Os dados de atendimentos por acidentes e violência no mês de setembro de 2007 em Brasília (inquérito VIVA sentinela) representam 2,5% do total nacional, apresentando, portanto pequena variação em relação ao ano de 2006 (Tabela 15).

Tabela 14 – Atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência. Municípios selecionados e Distrito Federal – Brasil, 2007

Características	Acidente n=53.788)		Violência n=5.756		Total n=59.544	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	34.843	64,8	4.088	71	38.931	65,4
Feminino	18.945	35,2	1.668	29	20.613	34,6
Faixa etária (anos)						
0 a 9	10.687	19,9	286	5	10.973	18,4
10 a 19	10.532	19,6	1.160	20,2	11.692	19,6
10 a 14	5.532	10,3	281	4,9	5.813	9,8
15 a 19	5.000	9,3	879	15,3	5.879	9,9
20 a 29	12.312	22,9	2.064	35,9	14.376	24,1
30 a 39	8.083	15	1.188	20,6	9.271	15,6
40 a 49	5.323	9,9	600	10,4	5.923	9,9
50 a 59	3.242	6	229	4	3.471	5,8
60 e +	3.369	6,3	137	2,4	3.506	5,9
Sem informação	240	0,4	92	1,6	332	0,6
Raça/cor da pele						
Parda	28.305	52,6	3.168	55	31.473	52,9
Branca	18.120	33,7	1.384	24	19.504	32,8
Preta	5.995	11,1	1.024	17,8	7.019	11,8
Amarela	343	0,6	37	0,6	380	0,6
Indígena	100	0,2	15	0,3	115	0,2
Sem informação	925	1,7	128	2,2	1.053	1,8
Escolaridade						
Sem escolaridade	3.771	7	285	5	4.056	6,8
1ª à 4ª série do EF (a)	11.275	21	1.117	19,4	12.392	20,8
5ª à 8ª série do EF (a)	13.437	25	1.790	31,1	15.227	25,6
Ensino médio (b)	16.363	30,4	1.631	28,3	17.994	30,2
Ensino superior	1.012	1,9	102	1,8	1.114	1,9
Não se aplica	5.620	10,4	164	2,8	5.784	9,7
Sem informação	2.310	4,3	667	11,6	2.977	5,0

Fonte: Brasil (2009)

Notas: (a) Ensino Fundamental. (b) Ensino médio completo e incompleto.

Tabela 15 – Atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência por sexo. Brasília-DF, 2007

Características	Masculino (n=1.012)		Feminino (n=487)		Total (n=1.499)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
0 a 9	100	9,9	86	17,7	186	12,4
10 a 19	130	12,8	83	17	213	14,2
10 a 14	60	5,9	40	8,2	100	6,7
15 a 19	70	6,9	43	8,8	113	7,5
20 a 29	305	30,1	110	22,6	415	27,7
30 a 39	253	25	69	14,2	322	21,5
40 a 49	128	12,6	54	11,1	182	12,1
50 a 59	64	6,3	51	10,5	115	7,7
60 e +	27	2,7	31	6,4	58	3,9
Sem informação	5	0,5	3	0,6	8	0,5
Raça/cor						
Parda	502	49,6	175	35,9	677	45,2
Branca	391	38,6	251	51,5	642	42,8
Preta	105	10,4	55	11,3	160	10,7
Amarela	7	0,7	-	-	7	0,5
Indígena	-	-	-	-	-	-
Sem informação	7	0,7	6	1,2	13	0,9
Escolaridade						
Sem escolaridade	62	6,1	34	7	96	6,4
1ª à 4ª série do EF (a)	200	19,8	94	19,3	294	19,6
5ª à 8ª série do EF (a)	254	25,1	91	18,7	345	23
Ensino médio (b)	388	38,3	200	41,1	588	39,2
Ensino superior	32	3,2	19	3,9	51	3,4
Não se aplica	46	4,5	35	7,2	81	5,4
Sem informação	30	3	14	2,9	44	2,9
Meio de transporte utilizado para chegar ao hospital						
Veículo particular	372	36,8	220	45,2	592	39,5
Coletivo	210	20,8	108	22,2	318	21,2
Ambulância (c)	168	16,6	58	11,9	226	15,1
SAMU (d)	71	7	26	5,3	97	6,5
A pé	32	3,2	13	2,7	45	3
Viatura policial	14	1,4	3	0,6	17	1,1
Resgate	125	12,4	44	9	169	11,3
Outro	12	1,2	10	2,1	22	1,5
Sem informação	8	0,8	5	1	13	0,9

Fonte: Brasil (2009)

Notas: (a) Ensino fundamental. (b) Ensino médio completo ou incompleto. (c) Ambulâncias de outros serviços como clínicas, hospitais, seguradoras de saúde. (d) Unidades de atendimento pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

Outra estratégia apontada pela Coordenação Geral das Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (CGDANT/SVS) como de fundamental importância para o cumprimento da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV foi 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, que foram regulamentados por meio da portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, já citada:

O Núcleo é a principal estratégia na área de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde. E na Portaria [...] o que se diz: que os Núcleos têm que construir e implantar o Plano Municipal de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde ou o Plano Estadual, no caso do estado. Ele tem que estruturar a Rede de Atenção Integral as vítimas ou as pessoas que estão em situação de violência. Então a Rede de Atenção Integral é a rede de atenção e proteção. E também discute a implantação da notificação de violência e maus-tratos, é a educação permanente, a produção de estudos relacionados ao tema (E1).

A portaria aprovou a estrutura de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que tem como objetivo articular as ações do Ministério da Saúde, como os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, Estaduais, Municipais e do DF, com instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde e outras iniciativas dos Municípios e Estados que visem ao desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência (BRASIL, 2004).

Assim sendo, a portaria definiu categorias de Núcleos e respectivas atribuições, além de ter definido as atribuições do Departamento do Ministério da Saúde responsável pela prevenção das violências e causas externas, são eles:

- a) Núcleos Estaduais;
- b) Núcleos Municipais; e
- c) Núcleos nas Instituições Acadêmicas;
- d) Núcleos nas Organizações Não-Governamentais (ONG)

Estes núcleos recebem incentivos financeiros e, pelo que pudemos apurar por meio desta pesquisa, o financiamento começou em 2004 através de convênios e nesta ocasião 40 (quarenta) municípios foram convidados a fazer projetos e convênios. A partir de 2005 e 2006, o financiamento começou a ser feito por meio de edital público e os municípios que queriam instituir o Núcleo de Prevenção da

Violência e Promoção da Saúde elaboravam os projetos que deveriam ter como finalidade o desenvolvimento de ações de prevenção, de promoção da saúde e da cultura de paz. Neste sentido, não poderiam ser projetos de assistência, com o objetivo de atender às vítimas de violências e acidentes. Assim “qualquer município que mandasse projeto, que fosse um projeto não de assistência, mas que fosse de prevenção, de promoção da saúde e da cultura de paz, podia ser aprovado” (E1). Os projetos podiam ser voltados tanto para a violência interpessoal, autoprovocada, maus-tratos, contra crianças, mulheres, idosos, etc. Podiam, também, serem voltados à questão do álcool e drogas, desde que atendessem ao especificado na portaria.

A partir de 2008 houve uma pactuação interna no Ministério da Saúde e a PNRMAV passou a se integrar à Política de Promoção da Saúde cuja aprovação se deu por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.

Com essa integração, o repasse de recursos passou a priorizar os projetos que contemplassem tanto a promoção da saúde, quanto a prevenção de violência ou acidentes, de modo a estimular o desenvolvimento de projetos no nível local que integrem a promoção da saúde com a cultura de paz.

A rede de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, que começou com 40, cresceu muito pelo que se apurou no último balanço, de 2009, que ainda não foi encerrado, porque o Ministério recebeu muitos projetos, segundo informações da Área Técnica da CGDANT/SVS. Pelos últimos dados apurados, o Ministério financia atualmente mais de 1000 projetos, dentre os quais em torno de 400 tratam exclusivos das questões relativas à violência (Tabela 16).

Tabela 16 – Núcleos de Violência e de Promoção da Saúde – 2010

Entidades	Número de Núcleos
Secretarias Municipais de Saúde	409
Secretarias Estaduais de Saúde	21
Instituições Acadêmicas	16
Organizações Não-Governamentais (ONG)	2
Total	448

Fonte: Brasil (2009)

Uma última estratégia que visa à implementação da PRNRMAV, citada pela área técnica da CGDANT/SVS, é a realização de um curso de ensino a distância

(EAD), realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violências e Saúde Jorge Careli (CLAVES). Sobre a matéria um dos entrevistados afirmou o quanto segue: “[...] Então as duas grandes estratégias hoje que eu avalio que está fomentando muito a constituição de rede é o curso à distância e a notificação por meio da ficha única” (E1). Este curso foi realizado nos anos de 2008 e 2009, com 500 alunos em cada ano, o que totalizou 1000 alunos.

7.1.3 A implementação da PNRMAV no Distrito Federal

Na Secretaria de Saúde do Distrito Federal a PNRMAV está sob a responsabilidade do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (NEPAV). Este núcleo foi criado em 2003 a partir da PNRMAV com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no DF.

O NEPAV como forma de organizar o trabalho no DF, tendo em vista a existência de 29 regiões administrativas, criou programas nas regionais de saúde: “[...] para ser um braço deste núcleo, porque a proposta é que cada cidade trabalhe de acordo com a sua realidade [...]” (E4).

Estes programas foram implantados nas regionais de saúde, sendo que cada região administrativa do DF possui uma ou mais deste tipo de regional. A região administrativa Brasília, por exemplo, possui duas regionais de saúde, uma localizada no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e outra no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS).

Os referidos programas receberam a denominação de Programa de Acidentes e Violências (PAV) e em cada regional o PAV tem o nome de uma flor. Desta forma, o PAV do Hospital Regional da Asa Norte, tem o nome de PAV Margarida, o PAV de Taguatinga possui o nome de PAV Azaléia, já o de Ceilândia chama-se PAV Flor de Lótus e assim sucessivamente.

As regionais via de regra são em hospitais, assim, existem atualmente no Distrito Federal 16 unidades de saúde com PAVs em funcionamento. Cada um deles tem um coordenador. Pelos achados da pesquisa é possível identificar que os PAVs têm atribuições diferenciadas, visto que estas dependem da composição da equipe técnica da regional de saúde. Normalmente os programas têm como atribuições: capacitar os profissionais para que estes possam estar preparados para acolher as

vítimas de violências, atenderem adequadamente, encaminhar no fluxo correto, em alguns PAVs há o atendimento psicológico às vítimas, induzir o registro dos casos de violências por meio da ficha de notificação, entre outras coisas:

[...] E lá no HRAN² nós temos este programa tanto para capacitar os profissionais, para poder acolher, atender adequadamente, encaminhar no fluxo correto, além disso, o programa faz o atendimento e o acompanhamento das vítimas de violência né? Tem o psicólogo, tem a ginecologista e tem a auxiliar. Antes tinha uma AS, mas ela saiu então tá faltando, a proposta é que tenha uma equipe disciplinar, mas a nossa realidade nem sempre isto acontece [...] (E4).

Nos PAVs em que a equipe é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e/ou assistentes sociais e o programa é responsável pelo atendimento e acompanhamento das vítimas, mas nos lugares em que não há um desses técnicos: “[...] o atendimento é só acolhimento, aí as vítimas são encaminhadas para o Plano Piloto, que é outra dificuldade [...]” (E4). Outra estratégia desenvolvida pelo NEPAV foi o estabelecimento de uma equipe móvel composta por médico ginecologista, uma assistente social e uma enfermeira. A atribuição desta equipe móvel é ir até as regionais de saúde, com cronograma previamente estabelecido, promover reuniões com a equipe do PAV, para discutir os problemas e em conjunto buscar soluções. São convidados a comparecer nestes encontros representantes de vários setores da regional de saúde, bem como membros de outros setores, tais como, da educação e da segurança pública:

[...] nós temos também a equipe móvel. A equipe móvel é um médico ginecologista, uma assistente social e uma enfermeira. Eles vão em cada regional, fazem a supervisão móvel. A cada semana eles estão em uma regional diferente, e nessas reuniões participam o delegado, a educação, o pessoal da saúde, pessoal da clínica, da pediatria, da ginecologia e nós vamos para saber como está o andamento das ações (E4).

Uma terceira estratégia desenvolvida pelo NEPAV foi a organização e a coordenação da Rede Intersectorial de Atenção às Vítimas de Violência do DF. O objetivo desta rede é descrito da seguinte forma: articular as ações com os órgãos governamentais e não governamentais envolvidos com a temática da violência e, visa ainda buscar alternativas conjuntas de prevenção e atendimento à população de risco do DF (DISTRITO FEDERAL, 2010).

2 HRAN – Hospital Regional da Asa Norte

A rede é descrita como tendo como participantes: representantes das Secretarias de Estado de Educação, Saúde, Segurança Pública (Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Instituto Médico Legal (IML) Programa Picasso não Pichava), Esporte e Lazer, Ação Social (Casa Abrigo), além do DETRAN, Promotoria de Defesa da Infância e Juventude, Promotoria da Mulher, Vara da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar, Centro de Referência Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (Cecria) e outros órgãos que se integram a partir de situações específicas:

[...] A nossa reunião de rede ela é muito dinâmica, então toda vez que você começa uma reunião, tenho que fazer uma retrospectiva de todo o histórico dela, porque sempre tem gente nova (E4).

Não há uma política, a [...] deve ter tentado nesse núcleo: integrar. E tem feito reuniões, eu fui até em algumas das reuniões. Que é da Rede Intersetorial. Então, pelo menos há uma proposta de rede aqui no DF. E que reúne, eu não tenho ultimamente participado [...]. Eu participei, mas não tenho informações sobre como estão essas reuniões atualmente. É uma rede que tem mais buraco do que fio. Então, eu fui duas reuniões lá, era no HRAS. Então tá uma troca de contato. Mais do que, propriamente, de formulações de ações. Então as pessoas se conhecem, sabem que o outro existe, mas assim, projeto integrado não tem (E7).

Além do NEPAV que se responsabiliza pela coordenação das ações de violência e acidentes no âmbito da Secretaria de Saúde do DF, há ainda o Núcleo de Violência e de Promoção da Saúde ligado ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília.

[...] E então nós ficamos sabendo pelo Ministério da Saúde que estavam estruturando, primeiro estavam entrando em contato com a academia, com as universidades, para estruturar os núcleos, que chamavam núcleos acadêmicos. Núcleos de apoio a respostas à violência que poderiam variar, não muito, nas suas características, mas eles começaram a identificar. Então nós entramos como núcleo colaborador do Ministério da Saúde (E6).

O NESP constituiu o “Observatório de Violências” no ano de 2002 e realiza ações voltadas para apoiar os municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal (RIDE/DF). (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2009).

7.2 Fatores estruturais de fragmentação/integração da PNRMAV

Conforme já explicitado, o modelo analítico proposto por Martins (2003) para explicar a fragmentação verificada é composto de seis categorias de variáveis independentes ou, conforme denominado por ele, fatores estruturais fragmentadores: liderança executiva, estratégia, ajustamento mútuo, estrutura, processos e pessoas.

No sentido normativo, essas categorias de variáveis independentes são analisadas como elementos possíveis de integração/fragmentação, a partir dos quais os processos de formulação e implementação de políticas são capazes de ser dotados de maior convergência, entre si e com as macroestratégias de governo. As categorias se cruzam e se interpenetram, e há conceitos que aparecem subjacentes a todas as categorias elaboradas, tais como controle e coordenação como já foi explicado.

Nessa sessão buscamos avaliar por meio das técnicas de coletas de dados, entrevistas semi-estruturadas e análise documental, os fatores estruturais fragmentadores acima descritos, cujos resultados apresentamos a seguir:

7.2.1 Liderança Executiva como fator de integração

No processo de formulação da PNRMAV, que ocorreu no período de 1998 a 2001, verificamos depoimentos que apontam que nesta ocasião o Ministro da Saúde e o Secretário de Políticas de Saúde (SPS) eram sensíveis ao tema acidentes e violências. Na verdade, foi o próprio Secretário da época, que trabalhava na OPAS, em Washington, com o tema da violência, quem inseriu o tema nas discussões do Ministério da Saúde, já que até então não havia nenhum programa, nenhum projeto voltado para a questão da violência:

Na época nós tínhamos um Secretário e um Ministro sensíveis a isso, mas com o olhar ainda um pouco distante, do que que era isso [...]. Então, assim eles eram sensíveis, mas não tinham a clareza do que a gente podia fazer ainda. O importante naquele momento era o pré-hospitalar, porque era o carro chefe, que era a área que eu trabalhava, mas nós tínhamos esse refinamento que precisava ser feito. Então nós conseguimos organizar todo esse processo de discussão, já em outra gestão onde [...], nosso secretário, acatou, recebeu bem o processo que já vinha sendo desenvolvido (E2).

Neste contexto, uma informação importante no sentido de se avaliar o fator liderança é de que depois de um longo processo de discussão para construir o documento da PNRMAV, no momento de encaminhá-lo para deliberação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), houve a mudança do Secretário de Políticas de Saúde (SPS), que ao assumir seu cargo pediu um tempo para obter mais detalhes sobre a Política e ao final teve um entendimento diferente daquele que era do conjunto de pessoas que a estavam discutindo e, dessa forma, foi o único voto contrário no CNS à aprovação da política em questão. De acordo com o relato de um entrevistado:

[...] o Secretário discordou de muitas colocações que estavam no documento, mas que não eram coisas que agravassem a compreensão do que a ponta precisava desenvolver, pelo contrário estava muito claro, estava dado, tanto que foi voto vencido no CNS (E2).

Conforme aponta Martins (2003), os governos, entendidos como conjuntos supostamente coerentes de compromissos programáticos e meios para alcançá-los, não podem abrir mão de uma liderança executiva ativa. Segundo o autor, não se trata apenas da existência do compromisso por parte da liderança política ou até mesmo da presença de uma visão geral central, bem como de uma habilidade de coordenação central, é mais do que isto. Pois, diz respeito à capacidade do executivo principal de liderar o processo de construção coletiva de uma visão e negociá-la não apenas fora do governo, mas também dentro dele. Isto significa que o líder deve exercer no nível estratégico, a intransferível autoridade de seu cargo. Uma vez pactuada, cabe ao líder político cobrar adesão à visão, mobilizando seus públicos de interesse.

Os achados da pesquisa apontam que na SES/DF há dificuldades neste quesito, pois parece que não há por parte do Secretário de Saúde, Subsecretário de Atenção à Saúde, Diretores e Gerentes o desenvolvimento de ações que almejem construir uma visão coletiva, o que se configura em um fator fragmentador.

Outro ponto a ser salientado é o fato de o Núcleo responsável pelo desenvolvimento da PNRMAV no DF estar no quarto nível hierárquico da cadeia de comando da SES/DF, o que significa que entre o NEPAV e o Secretário de Saúde do DF existem três outros níveis hierárquicos.

Além disso, o que parece dificultar o surgimento de uma forte liderança no DF é a instabilidade política vivida com frequência por esta unidade da federação, além de fatores peculiares da política local, que têm se caracterizado pelas constantes trocas dos dirigentes dos órgãos públicos:

[...] é muito bonito no papel, mas quando a gente vai tem os entraves, porque muda muita coisa, muda o coordenador, muda todo mundo, né? muda a política, mudam as diretrizes e você fica assim... como? E se você consegue em nível do pessoal, que não é o ideal, mas que está funcionando bem [...] e nós ficamos nele, e apesar das mudanças a gente vai reeditando (E5).

Eu acho que mudou mais gerente e diretor do que o subsecretário. Eu acho que nesses sete anos eu já tive uns 12 chefes. São vários. Porque mudam e ficam pouco tempo. Com a mudança de governo vão saindo, ou vão pra outros cargos. Então, a mudança também é muito grande. Eu acho que isso também atrapalha (E4).

Um entrevistado de um dos PAVs existentes no DF, portanto do nível que operacionaliza as ações emanadas pelos órgãos centrais, fez a seguinte afirmativa:

[...] eu não sei o que é em termos de fortalecimento de um nível maior para nós, porque o que tudo que a gente pediu ainda não recebemos né? Não sei se por impossibilidade deles, por não ter recursos humanos, por não ter assim [...] eu soube que 25 assistentes sociais foram chamadas, 12 assumiram não vieram para cá, por que tem hospital que só tem uma assistente social, entende? (E5).

Neste sentido salienta-se que a gestão horizontal exige, acima de tudo, uma forma reinventada de liderança que apóie a evolução da cultura e, ao mesmo tempo, conclua projetos nos prazos determinados e sem ultrapassar os limites de seus orçamentos. Precisa-se de uma liderança que mobilize adequadamente o poder de influência e persuasão, seja exercida por meio de canais de diálogo, seja distribuída na organização como um todo. Além do mais, é necessária uma liderança que compartilhe o crédito dos resultados alcançados e assuma o risco de superar os conflitos temporários (HOPKINS; COUTURE; MOURE; 2003). Há, ainda, outro depoimento que evidencia a realidade política do DF e que parece resumir o anteriormente relatado:

O Distrito Federal tem um problema né? Político. Que tá refletindo agora na prisão do Arruda e cassações de mandatos, então, tudo, tudo, tá desestruturado, né? Então, até a receita. A polícia, a receita, a área social então... Tá desestruturado. Então, eu acho que você tem que avaliar não só esse setor, mas o contexto. Porque a intersetorialidade ela depende de uma relação que a gente chama de *accountability* De responsabilidade,

transparência. De responsabilidade conjunta. E aqui no Distrito Federal está tudo às traças. Quer dizer, cada um cuidando do seu pedaço para se reeleger, dentro de uma política clientelista que vem do Roriz, é muito forte e continuada pelo Arruda, e principalmente, implantada pela Eliana Pedrosa, na SEDEST. E que não estrutura integração nenhuma! Nenhuma! [...] (E7).

O fato da SES/DF ter instituído formalmente o NEPAV e nomeado um coordenador que possui, segundo relatos, grande experiência com os temas violências e acidentes não é suficiente para a construção de convergência intra e intersetorial.

Corroborando esta visão tem-se Peters (1998) o qual acredita que, embora as mudanças estruturais possam ajudar a alcançar uma coordenação através de programas governamentais, estas por si só não podem produzir mudanças nos comportamentos que são essenciais para o sucesso da coordenação de programas. O que pode ser necessário, em sua opinião, é a intervenção ativa dos líderes políticos, incluindo aqueles no topo do governo.

O enfraquecimento do governo integrado pode ter lugar pela falta de interesse, ausência de incentivos ou pela pura inércia e suspeita por parte dos envolvidos ou, ainda, pela presença da resistência ostensiva. Assim, o governo central tem de negociar e convencer – é por isso, segundo o autor, que a literatura sobre a rede tem uma relevância especial. Possivelmente, das três condições para a eficácia da integração – a de dever ser um projeto em longo prazo, seletivo e de cooperação – a exigência de uma verdadeira cooperação é de longe a mais difícil. Uma questão fundamental será a atitude próprios ministros e as respostas do Presidente aos comportamentos dos seus ministros. Ministros podem não ser capazes de criar integração por conta própria, mas podem certamente miná-lo. Por suas ações podem destruir a vontade dos outros organismos (outros ministros, outras partes do setor público, os potenciais parceiros do mercado e dos voluntários) em cooperar (POLLITT, 2003).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2003) faz uma série de recomendações e uma delas é de que um compromisso claro da liderança dentro do governo deve ser mantido para atingir um determinado objetivo, além do mais é essencial a comunicação do líder no sentido de apoiar o desenvolvimento de uma estratégia concreta de integração, bem como as ações subsequentes. Esse compromisso deve vir do topo do Governo, mas é também

imprescindível, para o desenvolvimento da coerência nas políticas, a capacidade de liderança em todas as organizações do setor público. Portanto, sob o prisma da liderança executiva no DF os achados apontam a existência de fragmentação, conforme segue:

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
LIDERANÇA EXECUTIVA	Gestão do poder		Constantes mudanças dos líderes do nível estratégico e tático. A Coordenação de nível operacional é a que se mantém há mais tempo (12 anos), tem sob sua responsabilidade implantar os Programas de Acidentes e Violência nas regionais de Saúde do DF, mas parece contar com pouco apoio político-institucional e poucos recursos-financeiros e de RH
	Visão		Os achados da pesquisa indicam que os executivos do nível estratégico e tático não manifestam uma visão mobilizadora no sentido da integração (intra e intergovernamental). A coordenação do nível operacional manifesta sua visão estimulando a constituição de redes e ao mesmo tempo é a responsável por constituir e coordenar a Rede Intersetorial de Violência do DF. Porém com poucos recursos de poder para mobilizar e articular os setores.

Quadro 2 – Análise do fator liderança executiva sob as variáveis gestão do poder e visão

Fonte: quadro elaborado pela autora.

No âmbito federal, por outro lado, detectamos no fator liderança aspectos que indicam a propensão à integração, tendo em vista que há dados que indicam que Secretário de Vigilância em Saúde, o Diretor do Departamento e o Coordenador da Área Técnica de Violência têm o tema como prioridade e este está, portanto, na agenda da Secretaria e há o desenvolvimento de ações integradoras.

7.2.2 Estratégia como fator de integração

Um projeto disposto sob forma de um plano deve ser uma referência estratégica e programática dinâmica e flexível. É necessário que um sistema de planejamento seja capaz de manter a gestão do plano, desmembrando-o em objetivos e metas e provendo meios para sua revisão monitoramento e avaliação (MARTINS, 2003).

Mintzberg (2008) argumenta que o propósito do plano é especificar um resultado³ desejado – um padrão em algum momento do futuro. Para ele os planos podem padronizar a quantidade, a qualidade, o custo e o momento apropriado dos resultados⁴, além de suas características específicas.

A cúpula estratégica é responsável por assegurar que a organização cumpra sua missão de modo eficaz e que atenda às necessidades dos que a controlam ou que detêm poder sobre ela. Para tanto, segundo o autor, faz-se necessário o cumprimento de três grupos de requisitos. O primeiro é a supervisão direta, o segundo é o que envolve a administração das condições fronteiriças da organização – suas relações com o meio ambiente – e o terceiro, o mais importante para esta pesquisa, é o desenvolvimento da estratégia da organização. No seu entendimento a estratégia pode ser vista como uma força mediadora entre a organização e seu ambiente (MINTZBERG, 2008).

No que tange ao quesito estratégia na análise do DF pode-se afirmar que este, também, é fator fragmentador. Ao avaliar a forma como são desenvolvidas as ações de redução da violência e acidentes não detectamos a existência de plano, nem agenda, expressos em documentos, que explicitem objetivos, metas e ações. Os achados da pesquisa indicam que as ações são desenvolvidas por demanda, pontualmente e, geralmente, por meio da improvisação. Salienciamos, também, que não encontramos indícios da existência de um sistema de planejamento (intra ou intergovernamental), que expressem a missão, a visão e as metas de longo prazo. O planejamento não é sistemático. As metas são difusas:

No mês de dezembro a gente faz o planejamento pro ano que vem. Aí eu só mando o e-mail pedindo sugestões, peço que as pessoas levem sugestões, a maioria não leva, um ou outro leva. Às vezes que a [...] vai pra reunião, que ela é da comissão dos direitos humanos da câmara, ela leva ou encaminha um planejamento (E4).

Olha, o planejamento vai tá no site, da Rede, vamos colocar no site, onde todo mundo pudesse alimentar essa rede, vamos supor, eu abri um novo serviço sobre violência, aí eu tenho a senha desse site, aí eu vou e coloco a minha ação. Nada, não foi implantado o site (E4).

Pra te falar a verdade, eu não levo nada, aí fico puxando, “o que a gente faz, o que a gente faz...”, geralmente, as pessoas acham que elas não têm opinião, que a opinião delas não é importante. Eu acho que as pessoas ainda não perceberam o poder que elas têm (E4).

3 Output.

4 Timing dos outputs.

Em relação à existência de planejamento, o entrevistado do observatório de violências do Núcleo de Violência e de Promoção da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) declarou que quando da constituição do Núcleo no ano 2004 os pesquisadores fizeram uma primeira aproximação com os municípios do entorno do DF (RIDE/DF) com o objetivo de mapear as iniciativas desses municípios.

Além disso, realizaram um primeiro diagnóstico do impacto da violência e acidentes nas estatísticas vitais, que foi atualizado em 2007. Entretanto, este projeto sofreu interrupção por razões internas à UnB e somente agora, em 2010, está sendo retomado.

Neste contexto, temos Ansoff (1990) o qual afirma que a estratégia é um dos vários conjuntos de regras de decisão para orientar o comportamento de uma organização. Ele assegura que a estratégia tem diversas características específicas, dentre elas: a) o processo de sua formulação não resulta em qualquer ação imediata, ao contrário, estabelece as direções gerais nas quais a posição da empresa crescerá e se desenvolverá; b) ela deve ser usada após sua formulação para gerar projetos estratégicos por meio de um processo de busca. Seu papel nesta busca é, em primeiro lugar focalizar a atenção em áreas definidas por ela e, em segundo lugar, excluir as possibilidades não identificadas que sejam incompatíveis com ela; c) sua formulação deve se basear em “informações bastante agregadas, incompletas e incertas a respeito de classes de alternativas, tendo em vista que no instante da formulação não é possível elencar todas as possibilidades de projetos; d) quando a busca identifica alternativas específicas, a informação mais precisa e menos agregada que se tornar disponível poderá lançar dúvidas sobre a prudência da escolha original da estratégia, o que significa que o uso adequado da estratégia exige “feedback” estratégico; e) embora, tal qual os objetivos, sejam utilizadas para filtrar projetos, distinguem-se daqueles, uma vez que os objetivos são os fins almejados pela organização, e por sua vez, a estratégia é o meio para alcançá-los.

De acordo com o exposto acima tem-se, portanto no DF, a seguinte análise em relação ao fator “estratégia”:

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
ESTRATÉGIA	Plano		Não há plano, nem agenda, expressos em documentos que explicitem objetivos, metas e ações. Os achados da pesquisa indicam que as ações são desenvolvidas por demanda e geralmente por meio da improvisação.
	Sistema de planejamento		Não há nas entrevistas nem na pesquisa documental indícios da existência de sistema de planejamento (intra ou intergovernamental), que expressem a missão, a visão e as metas de longo prazo. O planejamento não é sistemático. As metas são difusas.

Quadro 3 – Análise do fator estratégia sob as variáveis plano e sistema de planejamento

Fonte: quadro elaborado pela autora.

No que se referem ao plano federal, os dados levantados apontam que não há um sistema de planejamento para o desenvolvimento de ações de redução da violência e acidentes no Ministério da Saúde. Há apenas algumas tentativas de se estabelecer planos conjuntos para o desenvolvimento de ações voltadas para públicos específicos, sejam eles definidos pelo critério do ciclo de vida, sejam eles determinados pelo critério da raça/cor, gênero, etc. Como exemplo, podemos citar o Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2010–2020 (COMITÊ NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO PELA SAÚDE, SEGURANÇA E PAZ NO TRÂNSITO, 2010), em processo de desenvolvimento, pelo Comitê Nacional de Mobilização Pela Saúde, Segurança e Paz No Trânsito. Tal Comitê foi instituído pelo Decreto de 19 de setembro de 2007, com a finalidade de diagnosticar a situação de saúde, segurança e paz no trânsito e promover a articulação e definição de estratégias intersetoriais para a melhoria da segurança, da promoção da saúde, e da cultura de paz no trânsito.

Outra estratégia detectada, por meio dos relatos, é a constituição de comitês intersetoriais, estes grupos são criados para discutir a solução de problemas no desenvolvimento das ações voltadas para as violências sofridas por segmentos específicos, como por exemplo, mulheres, idosos, crianças e adolescentes. Nestes comitês, às vezes, são estabelecidas agendas com metas a curto ou em médio prazo.

Um problema apontado pela literatura em relação às escolhas estratégicas diz respeito aos eventos futuros que são difíceis de prever. Sob condições de certeza, ficam disponíveis informações precisas e mensuráveis sobre os resultados de cada alternativa considerada. Entretanto, ao se tratar de um evento em que a incerteza é maior, não é possível prever seu resultado com segurança, todavia, é

possível ter informação suficiente para avaliar sua probabilidade. Em meio a condições de incerteza, pouco se sabe sobre as alternativas e seus resultados (KLUYVER; PEARCE, 2007).

Os autores supramencionados advogam que para o desenvolvimento de estratégias horizontais bem-sucedidas é necessário eliminar barreiras artificiais impostas pela estrutura organizacional, domínios funcionais ou processos e procedimentos formais. Desta forma, incentivar os compartilhamentos de recursos, o aprendizado entre os setores e a transferência de habilidades essenciais por meio da organização são focos-chave de uma estratégia horizontal

7.2.3 Ajustamento Mútuo como fator de integração

Mintzberg (2008) descreve cinco mecanismos de coordenação que são as formas pelas quais as organizações coordenam seu trabalho: ajuste mútuo, supervisão direta, padronização dos processos de trabalho, padronização dos resultados do trabalho e padronização das habilidades dos trabalhadores. O autor afirma “que estes mecanismos de coordenação devem ser considerados os elementos mais básicos da estrutura, a “cola” que mantém as organizações unidas”.

O ajustamento mútuo obtém a coordenação do trabalho pelo simples processo de comunicação informal. O autor advoga que por ser um mecanismo de coordenação simples, o ajustamento mútuo é utilizado em organizações tanto nas mais simples, quanto nas organizações complexas (MINTZBERG, 2008).

O autor defende, ainda, que quando considerável volume de contato é necessário a primeira forma utilizada para facilitar o ajustamento mútuo é a reunião. Dessa forma, algumas reuniões podem ser informais, outras são programadas e há, por fim, as que não são planejadas com antecedência. Dois mecanismos de interligação são utilizados para institucionalizá-las: a força-tarefa que é um comitê formado para realizar uma tarefa específica e após seu cumprimento é dissolvido e o comitê permanente que é o tipo mais utilizado na integração entre setores governamentais. Para Mintzberg (2008), o comitê permanente “é um agrupamento interdepartamental que se reúne regularmente para discutir assuntos de interesse comum”. Existem os comitês nos âmbitos intermediários e outros na cúpula da organização.

As análises das entrevistas realizadas no decorrer da pesquisa indicam que o NEPAV constituiu a Rede Intersetorial da Violência do DF, que pode ser considerado um “comitê permanente” com vistas a constituir um espaço de encontro entre diferentes setores governamentais e não-governamentais. Por meio da análise da entrevista com o NEPAV, avaliamos que os arranjos de coordenação existentes, oscilam entre a coordenação negociada do tipo solução de problemas e a coordenação não-negociada do tipo ajustamento deferente. Porém, de acordo com o depoimento de um dos entrevistados na rede:

Geralmente eu faço a mediação, aí um fala “você não tá acompanhando o paciente que eu mandei” aí eu falo: só um minutinho, vamos deixar que ele escolha depois a gente coloca esse ponto de estrangulamento. Aí coloco o ponto de estrangulamento e pergunto: em que a gente pode ajudar esse setor a melhorar?”. [...] Aí eu falo assim: olha a gente, nós encaminhamos paciente para vocês, neste fim de semana, posso passar o nome pra vocês que eu não vou dizer aqui agora, e não houve atendimento, então eu gostaria de discutir isso com vocês, ou se vocês quiserem podemos ir na sua instituição e discutir isso passo a passo, não tem problema nenhum (E4).

No que diz respeito ao PAV, local em que realizamos uma das entrevistas, verificou-se a ocorrência da coordenação negociada do tipo solução de problemas:

[...] primeiro a gente faz uma visita lá, o outro faz uma visita cá. Nós vamos na conversa, porque o objetivo maior, tanto de um quanto de outro, é a clientela, é visando o bem maior que é o da clientela. Todos nós queremos ajudar, então, eu acho que é cedendo, às vezes um cede depois outro, mas nas parcerias que eu encontrei, a gente ainda não teve esses conflitos todos não, até porque todos nós estamos socorrendo [...] e aí é um sofrimento muito grande dessas famílias, não vi ainda muita divergência não (E5).

Lindblom (1981) afirma que um sistema político consiste, fundamentalmente, em um conjunto de regras que explicitam os papéis diversos a serem desempenhados, seja o papel de Presidente da República, seja o dos burocratas ou até o dos cidadãos comuns. Para ele, a interação política raramente degenera em luta e, quando isso acontece, os atores via de regra obedecem a regras informais ditadas pela tradição. Assim, os participantes do jogo do poder obedecem a diferentes regras por razões diversas e isto acontece, porque os atores seguem regras que consideram legítimas.

Exercidos através da persuasão, do intercâmbio ou da autoridade, no jogo de poder do processo decisório político, existem controles atuando em todas as direções, organizados não exclusivamente em ordem hierárquica, aplicados de cima

para baixo. “Todos os participantes desse jogo se influenciam reciprocamente, para cima e para baixo da estrutura hierárquica, bem como longitudinalmente, em cada degrau – um controle recíproco que leva ao ajuste mútuo”. (LINDBLUM, 1981, p.48).

De acordo com a tese de Martins (2003) avaliar o ajustamento mútuo como fator estrutural de integração implica identificar em que extensão há formas de coordenação negociada operando por detrás dos arranjos formais de coordenação, quer entre um círculo reservado de atores relevantes, quer de forma estendida à comunidade de política pública em jogo. Neste sentido, pode-se apontar o “ajustamento mútuo” como o fator que apresenta potencial integrador no DF, pelo menos na base, no nível das discussões técnicas:

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
AJUSTAMENTO MÚTUO		No que diz respeito ao PAV analisado verificou-se a coordenação negociada do tipo solução de problemas.	O NEPAV coordena a Rede Intersetorial do DF e os PAVs existentes nas regionais de saúde, estas são as duas principais estratégias da PNRMAV no DF. Por meio da análise da entrevista com o NEPAV avaliamos que os arranjos de coordenação existentes oscilam entre a coordenação negociada do tipo solução de problemas e coordenação não-negociada do tipo ajustamento deferente

Quadro 4 – Análise do fator ajustamento mútuo

Fonte: quadro elaborado pela autora.

Segundo Martins (2003), a incidência de práticas de ajustamento mútuo baseadas na coordenação não-negociada entre integrantes de diferentes subsistemas, constitui um fator estrutural de fragmentação

Salienta-se, ainda, que não encontramos dados que nos possibilitem analisar se as formas negociadas de coordenação (coordenação negativa, barganha, solução de problemas e coordenação positiva) encontram amparo no topo da hierarquia, na cúpula, da SES/DF.

No âmbito federal, encontramos relatos dos entrevistados, tanto da SVS como da SAS, da participação do Ministério em variados Fóruns, Comitês, que têm como objetivo debater as ações voltadas para a violência e acidentes, desenvolvidas pelos diferentes setores governamentais, realizar diagnósticos regionais, discutir as atribuições de cada setor, analisar as políticas voltadas para determinados grupos, foco da Secretaria Especial, e ao mesmo tempo, solucionar problemas de implementação das políticas em determinadas regiões e, por fim, buscar alternativas

para aumentar a adesão dos municípios aos programas. Estes grupos são criados, em sua maioria, pelas Secretarias Especiais da Presidência da República – instituídas para tratar de temas específicos – tais como as questões de gênero, de raça/cor e/ou de ciclo de vida.

A coordenação neste caso é a positiva, do tipo solução de problemas. Tem como vantagem a eficácia na produção de soluções maximizadoras de valor. Porém, é de se ressaltar que este tipo de coordenação não leva em conta as questões distributivas de acordo com Martins (2003). Avaliar o ajustamento mútuo como fator estrutural de integração pressupõe distinguir que espécie de mecanismos de ajustamento pode estar atuando por trás dos casos em exame, quer entre um círculo limitado de atores relevantes, quer de forma estendida à comunidade de política pública em jogo (MARTINS, 2003). Para o autor, as formas de coordenação negociada são mais integradoras que as não negociadas.

Corroborando com esta posição, tem-se Peters (1998) o qual advoga que a coordenação para ser bem sucedida deve ser "propriedade" dos participantes. Para o autor se tal afirmação é verdadeira, então a negociação pode ser a única maneira de produzir uma coordenação eficaz e duradoura.

7.2.4 A Estrutura como fator de integração

A estrutura da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/DF) da Secretaria de Saúde do DF a qual o NEPAV está subordinado é a seguinte:

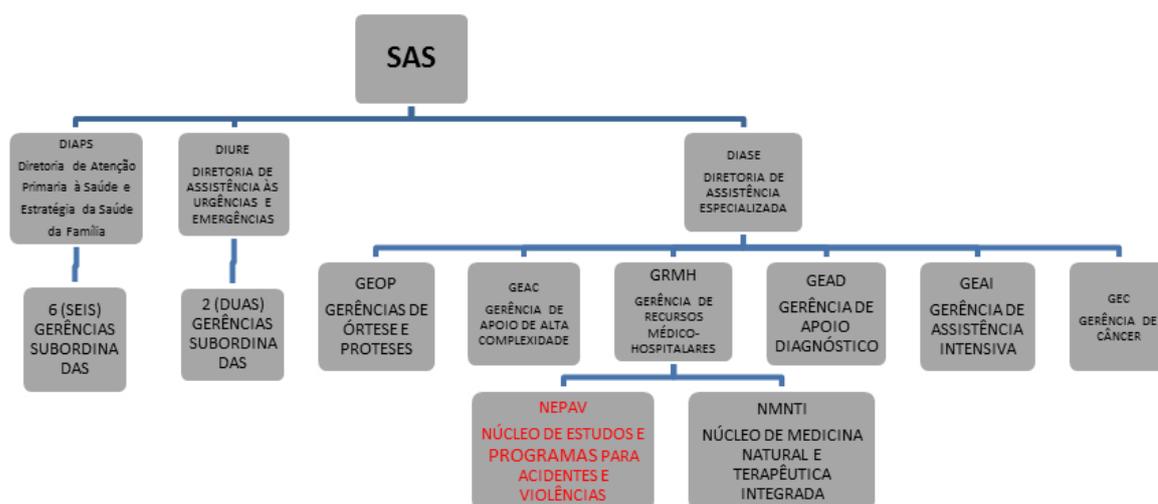


Figura 3 – Organograma da Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/DF

Fonte: Governo do Distrito Federal (2010)

O critério de departamentalização da SAS/DF, de acordo com o organograma apresentado acima, é uma estrutura verticalizada cujo critério é funcional e o tipo de coordenação é por supervisão direta.

Neste quesito, Martins (2003) afirma que este tipo de desenho organizacional é essencialmente fragmentário, porquanto a pluralidade de níveis hierárquicos dificulta o ajustamento vertical.

Corroborando esta afirmativa tem-se Mintzberg (2008), o qual, além de considerar os aspectos habitualmente analisados, como o nível de controle, os diferentes níveis de formalização e centralização, considera também o modo de funcionamento das organizações.

O autor elenca os diferentes componentes básicos, como eles se relacionam e que mecanismos de coordenação são utilizados. Assim, para ele “A estrutura de uma organização pode ser definida simplesmente como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e depois como a coordenação é realizada entre essas tarefas” (MINTZBERG, 2008, p.12).

O autor assegura, ainda, que a especialização vertical do trabalho separa o desempenho do trabalho de sua administração. Em particular, quando esse é altamente especializado na dimensão horizontal, a perspectiva do trabalhador é limitada, o que dificulta relacionar seu trabalho com os dos outros. Assim, o seu controle é, frequentemente, transferido para um gerente com a visão ampla para coordená-lo por supervisão direta ou para um analista que possa fazê-lo por padronização.

Hall (2004), por sua vez, argumenta que uma primeira implicação da definição da estrutura de uma organização é a divisão de trabalho. Neste sentido as pessoas recebem diferentes tarefas ou cargos. Uma segunda implicação é que as organizações contêm níveis ou hierarquia, o que significa que as pessoas ocupam posições que por sua vez têm regras e regulamentos que definem, em maior ou menor grau, como elas devem se comportar.

Diante do acima exposto, Martins (2003) aponta que a análise da integração vertical equivale ao desenho organizacional. Uma estrutura concentrada em poucas unidades tende a facilitar a integração; por outro lado, uma fragmentada tende a dificultá-la. No nosso caso em análise observamos que:

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
ESTRUTURA	Desenho organizacional		O desenho organizacional da SES/DF é verticalizado com muitos níveis hierárquicos e muitas unidades, ficando o NEPAV no quarto nível da cadeia de comando, o que dificulta a integração, pela compartimentalização dos domínios de comando.
	Coordenação		O desenho organizacional da SES/DF caracterizado compartimentalizado e disperso em muitas unidades dificulta a coordenação. Os achados da pesquisa apontam para a existência de coordenação por supervisão em detrimento à coordenação por ajustamento.

Quadro 5 – Análise do fator estrutura sob as variáveis desenho organizacional e coordenação

Fonte: quadro elaborado pela autora.

Como Martins (2003) assegura analisar a coordenação como fator de integração envolve distinguir o modelo de ajustamento vertical e horizontal, com o objetivo de reconhecer evidências de formas de coordenação por supervisão e a ocorrência de estruturas integradoras e suas propriedades. O pressuposto é que formas e mecanismos sobrepostos e efetivos de coordenação promovem integração; ao passo em que falhas na coordenação geram fragmentação.

Neste quesito, foi possível observar que tanto no DF, quanto no Ministério da Saúde, há o estabelecimento de mecanismos de coordenação por meio de mecanismos lateral que de acordo como a classificação de Peter (1998) podem ser de variadas formas. Assim, no que diz respeito ao Ministério da Saúde, existem os comitês interministeriais ad hoc, que são estruturas colegiadas flexíveis e temporárias voltadas ao tratamento de questões transversais, como são os casos das violências e acidentes. No que tange ao DF, a Rede Intersetorial de Atenção às Vítimas de Violência pode se caracterizar como um Comitê Assessor que é, uma forma de coordenação intrapolítica e interprogramas, formada por diferentes unidades de diferentes ministérios e representantes de outras organizações, até mesmo não-governamentais, comprometidos na execução dos programas. Esse modelo obriga a tomada de decisão consensual.

Outro mecanismo de coordenação apontado por Peter (1998) e que parece ser utilizado no DF em alguns momentos, mas que ocorre com mais frequência no âmbito do governo federal, são as forças-tarefa ou grupos de trabalhos. Estas são unidades colegiadas temporárias revestidas, muitas vezes, de autoridade executiva,

mas normalmente focadas em problemas específicos que, por sua natureza, são urgentes, relevantes e intersetoriais.

Por fim, salienta-se que a ausência de coordenação organizacional eficaz pode impor custos a organizações públicas, pois além de reduzir a eficiência na prestação de serviços, a falta de uma coordenação adequada tende a gerar conflitos internos e reduzir a criatividade política. Os conflitos resultantes podem ser hierárquicos, por exemplo, quando os profissionais precisam coordenar suas atividades com as dos outros setores governamentais ou não-governamentais, que são unidades independentes, mas a ação desse tipo não tem o apoio de seus superiores. Da mesma forma, um padrão excessivamente hierárquico de gestão e a ausência de produção conjunta de idéias com outras organizações reduzirão a capacidade adaptativa e inovadora de qualquer organização como afirma Peter (1998).

7.2.5 O processo como fator de integração

Martins (2003) argumenta que os processos fornecem uma estrutura para a ação, uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, insumos e resultados claramente especificados para gerar resultados definidos, de maneira a apoiar os objetivos organizacionais. Neste sentido o autor, advoga que é importante avaliar o grau de autonomia, o consenso operacional e a integração vertical e horizontal.

No que tange à PRNMAV, a questão principal neste fator é como coordenar tantos processos que são desenvolvidos por uma diversidade de atores que possuem relativa autonomia:

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
PROCESSOS	Integração vertical e horizontal		As análises das entrevistas e dos documentos indicam que há dificuldade de integração vertical, quanto horizontal. Não detectamos nenhum procedimento que possa induzir à integração. As entrevistas com os coordenadores do Ministério da Saúde apontam a Ficha de Notificação como um instrumento indutor da rede intersetorial. Porém, nos depoimentos os coordenadores do DF não reconhecem esta ficha como um instrumento que facilite à integração vertical e/ou horizontal

Quadro 6 – Análise do fator processos sob a variável integração vertical e horizontal

Fonte: quadro elaborado pela autora.

Neste quesito constatamos a partir da análise dos documentos e entrevistas que a coordenação da PNRMAV apresenta complexidade de coordenação tanto vertical como horizontal. Em relação à coordenação vertical observa-se que no DF existem as 29 regiões administrativas e em cada uma delas há pelo menos uma regional de saúde, normalmente um hospital, com um PAV constituído e cabe a esse programa a implantação da ficha de notificação, o atendimento às vítimas e ainda o desenvolvimento de ações de prevenção da violência.

O NEPAV tem relativa autonomia, mas poucos recursos humanos, materiais e financeiros para conseguir exercer seu papel de coordenação dessa complexa rede. Já o coordenador do PAV não exerce função exclusiva no programa e tem que conseguir a integração interna, entre as equipes do hospital ao qual está localizado.

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
PROCESSOS	Autonomia		Para operacionalização da PNRMAV há um grande número de partes interessadas, pois além de compreender diferentes unidades dentro da Secretaria, ainda envolve diversos setores governamentais, sistema de garantia de direitos e setores da sociedade civil. O tema é complexo o que exige variados procedimentos e formas de coordenação com diferentes grupos de interesse. Encontramos dados que indicam que há mecanismos para induzir a coordenação destas diferentes unidades. Porém como o NEPAV é do mesmo nível hierárquico dos demais a coordenação é dificultada.

Quadro 7 – Análise do fator processos sob a variável autonomia

Fonte: quadro elaborado pela autora.

E, ao mesmo tempo, com todos os setores e entidades do seu território de abrangência, como aponta um dos entrevistados:

A violência não é prioridade. E assim, a gente solicita servidores, servidores não vêm, a gente solicita salas, nem sempre a gente consegue salas pro atendimento, a gente às vezes solicita materiais, materiais através de processos né? Os processos andam, andam e andam e depois voltam dizendo que não há recurso ou que a licitação foi fracassada (E4).

Apesar de haver movimentos do NEPAV no sentido da integração, como o estabelecimento da Rede Intersetorial, ainda é muito incipiente a coordenação dos setores governamentais, no que diz respeito a garantir que pelos menos os setores de governo não adotem posições divergentes no desenvolvimento das ações

voltadas para os acidentes e violências e que o governo tenha uma só voz: “Então tá uma troca de contato. Mais do que, propriamente, de formulações de ações. Então as pessoas se conhecem, sabem que o outro existe, mas assim, projeto integrado não tem” (E7).

O relato de um dos entrevistados sobre a integração de um PAV com o sistema de garantia de direitos e outros setores governamentais aponta que, neste caso, algumas negociações para o estabelecimento do fluxo do atendimento e discussões de casos conjuntos tiveram sucesso.

Porém, nota-se que as parcerias são pontuais e formadas a partir do conhecimento pessoal entre os técnicos dos setores envolvidos, ou seja, a articulação se fundamenta no relacionamento pessoal e não normativo/legal/técnico: “[...] Foi na realidade do dia-a-dia e em nível do pessoal, eu conheço Fulano e então a gente estreita isso e daí tenta formalizar” (E5).

Em relação à falta de consenso operacional os desafios são a busca de acordo com relação a grupos de clientes-alvo, ações a serem executadas, serviços a serem prestados e metodologias a serem empregadas. A pluralidade de interesses e formas de relacionamento e a escassez de recursos dificultam a coordenação no âmbito da SES/DF:

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
	Consenso operacional		Para o consenso operacional é preciso buscar o consenso entre grupos de clientes-alvo, ações a serem executadas, serviços a serem prestados e metodologias a serem empregadas. Existem manuais de procedimentos e atividades de capacitação que buscam padronizar procedimentos. Salienta-se que estas iniciativas são essencialmente desenvolvidas internamente ao setor saúde. Na Rede Intersetorial de Violência são desenvolvidas algumas capacitações com vistas a padronizar procedimentos.

Quadro 8 – Análise da variável consenso operacional

Fonte: quadro elaborado pela autora.

[...] nós precisamos do Ministério Público, precisamos da responsabilização, porque se o trabalho não estiver funcionando o agressor tá rondando, tá intimidando. Nós precisamos de tudo, pois terminou o trabalho aqui, que ela vá para a comunidade, tenha uma referência na comunidade se ela precisar de alguma coisa, ela vá (falando sobre a necessidade da integração) (E5). Os conselhos e a Vara da Infância é uma parceira excelente, que quando a gente tem alguma coisa que precise de uma intervenção, que precise que o pai seja retirado, porque teve a questão do abuso, é rapidinho que nós conseguimos, flui! (E5).

Nós somos a porta de “desemboque” (risos) do DF e do entorno. Escola manda para cá, conselho tutelar manda para cá, Vara da Infância manda para cá, promotoria manda para cá, Ministério manda para cá, qualquer um manda para cá. Não tem isso, os CREAS mandam pra cá, todos mandam pra cá para atendimento (E5).

Para Peters (1998) na realidade a primeira pergunta que deve ser feita é se devemos dar mais atenção à coordenação política ou à coordenação da administração. Estas duas questões estão, com certeza, relacionadas, porém ela apresentam diferenças importantes; abordar um assunto sem o outro pode resolver apenas uma parcela dos problemas de coordenação geralmente identificados na prestação de serviços públicos.

A coordenação administrativa é essencial na coordenação de baixo para cima (bottom-up) e está centrada em questões de prestação de serviços. Esta orientação "bottom-up" para tornar o governo mais eficaz pressupõe importantes perguntas sobre o que regem as questões de implementação. A coordenação política supõe, por outro lado, que, se as políticas estão bem formuladas inicialmente, em seguida, haverá poucos (ou pelo menos, menos) problemas em colocá-las em prática.

Esta abordagem é mais "top-down", politicamente centrada na concepção sobre como fazer o governo desempenhar melhor, o mesmo da coordenação administrativa. Portanto, para o autor, a escolha entre a coordenação administrativa e política é, em certo grau um falso dilema, para serem verdadeiramente eficazes, os governos exigem ambas as formas de coordenação. A questão torna-se então um equilíbrio entre coordenar os dois elementos da formulação e implementação.

Apesar dos autores falarem sobre a importância da coordenação política ou administrativa, observamos que no DF, na prática, há uma queixa em relação ao apoio do MS, órgão formulador da PNRMAV:

[...] o Ministério te dá à diretriz e cada estado faz aquilo que acha que deve fazer. Mas eu acho que o DF é muito “largado” em relação ao Ministério, inclusive, eu já fiz essa crítica em um seminário. Porque eu acho que, uma vez só que eu consultei a presença do Ministério da Saúde dentro da nossa estrutura, eu nunca mais a vi. Nesses sete anos, só veio uma vez [...] (E4).

Assim, observa-se que a coordenação administrativa é feita pelo NEPAV, no que diz respeito à implementação das ações pelo PAVs ou pela própria unidade, no

seu âmbito de competência. Ficando, portanto, ausente a coordenação política por parte do órgão formulador da PNRMAV e, também, por parte da cúpula da SES/DF.

Uma das tarefas essenciais de iniciativas horizontais é a do compartilhamento de informações. O tipo de estrutura de apoio mais adequada para essa tarefa está sujeita ao fato de a coordenação ser mais bem garantida por meio de conversas freqüentes e abertas ou por meio de troca regular de dados e documentos (HOPKINS; COUTURE; MOORE, 2003).

Nesse sentido, os vários comitês no nível federal e a Rede Intersetorial do DF são mecanismos que facilitam as interlocuções entre os atores, bem como a troca de documentos e dados.

Outro fator, apontado por Hopkins, Couture e Moore (2003), como facilitador da gestão horizontal é o compartilhamento de recursos financeiros e as cessões formais de funcionários que exigem estruturas de apoio administrativas e de controle para garantir a accountability.

Bakvis e Juillet (2004) afirmam que é importante proporcionar a orientação indispensável no uso das ferramentas e dos mecanismos caracteristicamente empregados em ambientes colaborativos, nos quais os gerentes necessitam atuar com cuidado para atender aos requisitos da Lei da Administração Pública, entre outras normativas.

Foi possível observar nesta pesquisa a existência de diversos manuais de operacionalização das ações, tanto no contexto federal como no DF, e estes são vistos como essenciais para a padronização dos procedimentos, produtos e habilidades. Entretanto, salienta-se que nem sempre os manuais são padronizados entre os setores e, neste sentido, cada um faz o seu próprio manual:

Tem o manual, a gente tem o manual de atendimento e tem o manual de prevenção. O manual de prevenção tá na gráfica ainda deve ficar pronto dia 22 a previsão. Porque a gente fez um manual só com a prevenção de violência lá na saúde da família, lá no centro de saúde, aí o manual de prevenção este é pra gente fazer com a rede, com a educação, com a assistência, porque as pessoas precisam de educação de saúde né? Agora o manual de atendimento é específico da saúde" (E4).
Cada um faz o seu, esse é o problema, a gente fez um manual agora chama: Caminhos do Tratamento Saudável na Perspectiva de Saúde [...]. A respeito da dificuldade não é só lá fora aqui também tem, se chegar um programa agora um número de gestantes você não vai assim, cuidados mensal, essas coisas, dar orientação, não tomar a medicação sem permissão médica, repouso [...] (E4).

[...] Trabalho em conjunto com a rede ou se não com assistência, com promotoria. A cartilhinha é do DETRAN, foi o DETRAN que fez que escolheu (E4).

Brinkerhoff (1996) defende que a coordenação em redes de implementação só é eficaz quando três dificuldades inteorganizacionais são suficientemente administrados: ameaça à autonomia, falta de consenso operacional e requisitos conflitantes da integração vertical e horizontal.

Outro fato verificado na pesquisa que pode contribuir para a integração, ainda que esta seja embrionário no DF, são os valores compartilhados, pois parece que no DF, tanto no nível da coordenação quanto do serviço, há consenso em torno da necessidade de integração e de formação de rede para o enfrentamento dos crescentes índices de violência e acidentes:

Nesta questão de trabalhar de forma intersetorial, pra falar a verdade, eu comecei isso mesmo antes de estar no núcleo. Essa ação intersetorial, por exemplo, quando eu comecei a trabalhar no HRAS, eu percebi que se a gente não trabalhar integrado as ações não caminhavam. Então, eu comecei a chamar a delegacia, a educação, a assistência, a assistência quase não participa das reuniões, não participa. A educação, agora, porque está chegando muitos casos de violência nas escolas, é que está participando das reuniões de rede, mas vão lá mais pra saber pra onde encaminhar o paciente [...] (E4).

A integração diminuiria a nossa demanda. Porque nós somos um atendimento terciário, era para vir o que já passou pelo secundário [...] pelo primário, pelo secundário para depois chegar ao terciário e aqui não! Então, como não tem nas pontas nem primário e nem secundário (E5).

Com base nas entrevistas, ainda, foi possível verificar que o processo de implantação da Ficha de Notificação é apontado pela Área Técnica de Prevenção de Violência (CGDANT/SVS) como fator integrador, indutor de rede. Porém os entrevistados do DF apontam a existência da ficha como um elemento dificultador dos processos de trabalho:

A ficha ela é bem extensa, antigamente a ficha era só de marcar (X), agora a ficha ela entra no SINAN, então a ficha é mais complexa, e na hora do preenchimento ela não é só de marcar (X), ela tem de por um para o sexo masculino, dois se for sexo feminino, então ela gasta um tempo maior pra pessoa preencher. Aquele que está no primeiro trimestre de gestação, é um número, se tá no terceiro trimestre de gestação, é outro número, então as pessoas reclamam muito da complexidade da ficha, e ai eles reclamam tanto do tempo que gasta pra preencher, eles falam assim “olha eu tô no pronto socorro, tem gente morrendo na porta”, chegou uma vítima de violência e eu atendi (E4).

Para dificultar, tem coisas ali que são impossíveis, porque têm muitas questões. Você tem que saber a hora que isso aconteceu, às vezes a

violência aconteceu a dois, três anos, não sabem precisar o dia, não sabem precisar a hora, tem muitos dados ali que não cabe a nós, sabe? (E5).

Portanto, no DF, os elementos processuais analisados apontam que nessa dimensão há mais elementos fragmentadores que integradores, pois há processos de gestão fracamente integrados, pertencentes a domínios institucionais bem demarcados e que operam segundo lógicas distintas.

No que diz respeito a área Federal um fator que chama atenção é a ampla gama de leis, decretos e portarias no âmbito federal relativas à violência e acidentes existentes⁵, o que dificulta sobremaneira a coordenação. A partir da análise dos Decretos Presidenciais é possível constatar a constituição de 5 (cinco) comitês ou grupos de trabalho, todos com responsabilidades voltadas para os acidentes e violências e compostos por representantes de muitos ministérios e secretarias especiais vinculadas à Presidência da República. Enfim, são muitos ministérios e secretarias especiais envolvidos com a temática. Um exemplo, que já foi explicitado acima, é o envolvimento de 11 órgãos na formulação e implementação de ações voltadas para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Ao analisarmos as normativas e documentos existentes no nível federal não encontramos especificações de procedimentos, resultados, tampouco as habilidades requeridas para o desenvolvimento da intersetorialidade.

No plano federal, indícios apontam que as Secretarias Especiais vinculadas à Presidência da República têm conseguido articular os setores de governo e este tem sido um importante fator para a integração horizontal no âmbito federal.

7.2.6 As pessoas como fator de integração

Pessoas são fatores de integração na medida em que dividem, na qualidade de membros de um ou vários subsistemas de política pública, valores, crenças e opiniões em torno de questões relativas a formulação e implementação (MARTINS, 2003).

Autores como Hopkins, Couture e Moore (2003) asseveram que além das instruções detalhadas sobre como reunir recursos operacionais ou de capital entre ministérios envolvidos em esquema colaborativo, outro recurso essencial são as

⁵ Relação da Legislação Federal sobre Acidentes e Violência está disponível em anexo (anexo VII) desta dissertação.

pessoas. Para os estudiosos em referência essa dimensão não abrange apenas o tempo gasto por servidores em iniciativas horizontais e as capacitações necessárias, mas também as recompensas e ainda as sanções que facilitam e tornam mais gratificante o envolvimento das pessoas em projetos horizontais e o compromisso efetivo com eles.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2003), a maioria dos obstáculos à integração de políticas está profundamente arraigada nas divergências de percepção das partes interessadas sobre as questões abrangidas. Esse informante coloca a seguinte questão:

[...] falar de violência como uma questão de saúde pública ainda é uma dificuldade ainda é uma dificuldade falar sobre a questão da violência dentro da saúde pública pela questão da nossa cultura e pela falta de familiaridade com o tema dentro das faculdades. Porque à medida que “não foi estudado esse tema dentro das universidades não faz parte das minhas atribuições”. Vejo muito isso por parte dos profissionais (E4).

Martins (2003) aponta um questão que tem influência direta sobre esse fator, que são os valores compartilhados como elementos de integração na medida que um subsistema de política pública se constitui, de forma isolada, ou em conjunto com outros uma comunidade epistêmica ou uma comunidade da política.

Peter Hass (1992), cientista político, desenvolve nessa direção o conceito de **comunidades epistêmicas**. Um atributo central das comunidades epistêmicas seria que seus integrantes, na medida em que compartilham princípios lógicos de avaliação e juízo crítico de legitimidade intersubjetivamente constituído, cumprem sua autoridade e jurisdição, bem como sua arbitragem em suas esferas de competência – e não em outras – para aplicá-los na apreciação de matéria e empreendimentos politicamente relevantes. As comunidades epistêmicas antecipariam e avaliariam assim os resultados de cursos alternativos de ação, procurando dar visibilidade às redes de ligações que se estabelecem entre estados de coisas no mundo, os programas de ação e as políticas públicas.

Neste quesito avaliamos que os temas acidentes e violências possuem um grupo de pessoas que comungam de valores relacionados à magnitude e relevância para a sociedade brasileira. Os números são alarmantes e há consenso de que os temas precisam ser priorizados nas agendas dos governos. Porém, estas pessoas no DF possuem poucos meios formais de interlocução, o que dificulta a integração.

Grupo	Variável	Propensão à Integração	Propensão à Fragmentação
PESSOAS	Valores		São diversas comunidades epistêmicas dotadas de poucos meios de interlocução.

Quadro 9 – Análise do fator pessoas sob a variável valores

Fonte: quadro elaborado pela autora.

Ao responder sobre como estão sendo desenvolvidas as parcerias com outros setores governamentais e sistema de garantia de direitos na realização nas ações desenvolvidas pelo PAV com vistas à redução da violência, um dos entrevistados relatou que as parcerias são estabelecidas, a princípio de modo informal, com base no conhecimento pessoal:

[...] Foi na realidade do dia-a-dia e em nível do pessoal, eu conheço Fulano e então a gente estreita isso e daí tenta formalizar. [...] É porque tinha uma relação mais próxima (do Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS e dos Conselhos Tutelares) porque a gente não consegue fazer, é muito bonito no papel, mas quando a gente vai tem os entraves, porque muda muita coisa, muda o coordenador, muda todo mundo, né? Muda a política, mudam as diretrizes e você fica assim... como? E se você consegue em nível do pessoal, que não é o ideal, mas que está funcionando bem e nós ficamos nele, e apesar das mudanças a gente vai reeditando. [...] primeiro a gente faz uma visita lá, o outro faz uma visita cá. Nós vamos na conversa, porque o objetivo maior, tanto de um quanto de outro, é a clientela, é visando o bem maior que é o da clientela (E5).

Outro aspecto apontado pelos profissionais do DF é o relativo aos entraves decorrentes das freqüentes trocas das pessoas envolvidas com a política, tanto na SES/DF como nos outros setores de governo:

[...] É porque tinha uma relação mais próxima porque a gente não consegue fazer, é muito bonito no papel, mas quando a gente vai tem os entraves, porque muda muita coisa, muda o coordenador, muda todo mundo, né? muda a política, mudam as diretrizes e você fica assim... como? E se você consegue em nível do pessoal, que não é o ideal, mas que está funcionando bem [...] e nós ficamos nele, e apesar das mudanças a gente vai reeditando (E5).

[...] E também tem aquele técnico que começa engajar na situação, ele é transferido de setor, ai ele não volta mais, e manda outro, manda outro e ai fica uma lacuna. Ai tem novos. A nossa reunião de rede ela é muito dinâmica, então toda vez que você começa uma reunião, tenho que fazer uma retrospectiva de todo o histórico dela, porque sempre tem gente nova (E4)

Os trabalhos horizontais exigem, igualmente, uma variedade de habilidades e valores, desta forma os indivíduos envolvidos devem ser mais bem aparelhados para se envolver em discussões e negociações com suas contrapartes de outros

ministérios ou secretarias, em situações caracterizadas pela ausência de formas tradicionais de alavancagem e autoridade. As pessoas precisam estar mais bem preparadas para criar consensos em torno de questões importantes que sirvam como base para outras ações (BAKVIS; JUILLET, 2004). O depoimento abaixo sintetiza a situação encontrada no DF:

As pessoas daqui estão assim, muito, como é que eu vou dizer [...] não estão empoderadas, e com isso dificulta ela dar a opinião dela, mesmo que a opinião não seja assim naquele momento não seja adequada, em outro momento pode ser, e eu coloco isso no meu início da reunião, todas as opiniões são válidas, não tenha medo de dizer o que você pensa, diga por que nós estamos aqui pra crescer juntos. (E4)

No que diz respeito ao âmbito federal há um movimento claro de formação de meios de interlocução entre as diversas comunidades de políticas existentes, porém, no nosso entendimento, ainda incipientes, por não conseguirem abranger a totalidade dos setores e também imprimirem uma visão de integralidade. As ações de violência ainda são discutidas e formalizadas por meio de plano que se baseiam nas demandas e pressões do atores envolvidos, ou seja, de acordo com o público que se pretende atingir.

Ainda no âmbito federal, outro ponto importante levantado pela pesquisa, já explicitado acima, é a existência das Secretarias Especiais ligadas diretamente à Presidência da República que têm desempenhado um importante papel de articulação e de coordenação dos setores governamentais levando a que no nível nacional esteja havendo integração no desenvolvimento de ações de redução da violência voltadas para grupos específicos.

Podem-se citar a Secretaria de Política para Mulheres (SPM) como grupo de pressão para o desenvolvimento de estratégias de proteção as mulheres. A Secretaria de Direitos Humanos (SDH) que induz ações integradas, voltados para as crianças, adolescentes e idosos. A Secretaria Especial de Políticas da Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) com ações voltadas para as questões de raça/cor.

8 CONCLUSÃO

Nesta conclusão procuraremos resumir os principais achados, assinalando os principais obstáculos e, ainda, refletir sobre os processos de integração horizontal, bem como apontar lições que podem servir para contribuir com os órgãos envolvidos na implantação da PNRMAV, como o MS e a SES/DF, a pensar novas maneiras de tornar mais efetivas as iniciativas nesse campo.

Realizamos este estudo buscando nos concentrar nas questões ligadas à integração horizontal, quais sejam, a implementação da PNRMAV pelo DF está se dando de forma fragmentada ou integrada com outros setores governamentais e se havendo, ou não, a fragmentação/integração, que fatores estão contribuindo com esta forma de governança horizontal.

Em primeiro lugar, queremos chamar a atenção para o fato de que não há uma única estratégia adotada que possa assegurar a integração horizontal. Este fato pôde ser demonstrado ao analisar a implantação da PNRMAV no DF e, ainda que de forma limitada, também, pelo MS.

A teoria da fragmentação de políticas proposta por Martins (2003), apresentada na primeira parte da pesquisa, mostrou-se útil e válida para os nossos objetivos de pesquisa, porque forneceu um conjunto de elementos que nos permite reconhecer que a combinação de fatores estruturais fragmentadores tem contribuído para a conclusão deste estudo de que há fragmentação na implementação da PNRMAV no DF.

A implementação da diretriz da PNRMAV no DF, que é o caso analisado, apresentou várias evidências fragmentadoras, demonstrando que há problemas de coordenação, com perda de coerência e consistência. Fazemos esta afirmativa, porque na análise dos documentos e das entrevistas não encontramos dados que nos apontassem a existência de vários setores governamentais atuando com uma finalidade comum (coerência), as partes envolvidas apoiando-se reciprocamente (consistência) e estas mesmas partes agindo de forma articulada (coordenação). Assim sendo, ao entendermos a integração, como a soma de coerência, consistência e coordenação já podemos afirmar que há fragmentação.

A coordenação é falha, pois os dados analisados demonstram que não há na SES/DF o exercício de ajustar estruturas e atividades para gerar ou promover a chance de alcançar objetivos horizontais, que são aqueles almejados por dois ou

mais parceiros, diminuir superposições e duplicações ou no mínimo garantir que tais objetivos não sejam frustrados pelas ações de uma ou mais das unidades envolvidas.

No que diz respeito à coerência, os achados da pesquisa não nos deram indícios de que os setores governamentais no DF estejam articulados, ou seja, não concretizam ações que se reforcem mutuamente de forma a criar sinergias para o atingimento dos objetivos propostos.

Um fator que deve ser levado em conta na análise dos resultados é o de que, apesar da intersetorialidade constar da PNRMAV e os entrevistados afirmarem que a integração entre os setores é um objetivo perseguido desde a sua formulação, estes aspectos não foram suficientes, por si só, para garantirem que a implementação da política dê-se de forma integrada, pelo menos isto parece ser verdade no caso em estudo.

Há que se acrescentar que para o êxito da integração horizontal de ações governamentais é preciso fazer uso de uma variada gama de ferramentas de gestão conhecidas pela administração pública atual. A administração moderna requer flexibilidade, transparência e agilidade, dentre outras coisas, na solução dos problemas. Estruturas rígidas, com diversos centros de poder e sem lideranças com capacidade de gerar convergência estrutural geram fragmentação, conforme aludido em nosso marco teórico.

Segundo as variáveis utilizadas na pesquisa, salientamos os seguintes aspectos: não encontramos nesta pesquisa dados que nos permita afirmar que o **fator liderança** seja um fator de integração. Não há lideranças nos níveis estratégicos e táticos na SES/DF que mobilize canais de diálogos e que se utilize do poder de persuasão e de influência para mobilizar atores de outros setores governamentais e, até mesmo, dentro da Secretaria para o desenvolvimento de compromissos compartilhados.

Neste quesito, chamamos a atenção para o fato de que o DF é conhecido por sua cultura de administração pública patrimonialista e clientelista que são de per si fatores fragmentadores. Sabe-se que valores patrimonialistas e clientelistas mitigam as fronteiras entre o público e o privado, são modelados, via de regra, por grupos hegemônicos para atender aos seus interesses privados e são forças restritivas à ação intersetorial.

As constantes trocas de subsecretários de atenção à saúde e diretores são fatores que contribuem negativamente para a geração da convergência estrutural e, inclusive, no decorrer da pesquisa o governador e vice-governador do DF foram afastados do cargo por denúncias de corrupção, o que acarretou o afastamento de vários Secretários de governo, inclusive o da Saúde.

No que diz respeito aos **fatores estratégia e estrutura**, são dois outros dos fatores estruturadores da integração que podem ser apontados como fragmentadores no caso em estudo. A coordenação é exercida por supervisão direta, com muitos níveis hierárquicos o que dificulta a coordenação e a comunicação. Não detectamos a existência de sistemas de planejamento expressos em forma de projetos ou planos com metas e objetivos claramente definidos e compartilhados entre os atores envolvidos.

Portanto, as evidências acima apontadas permitem concluir que a fragmentação na implementação das ações da PNRMAV do DF pode ser creditada, sobretudo, à atuação de fatores fragmentadores relacionados à liderança executiva, às estratégias e à estrutura.

Além dos fatores, já mencionados, foi possível avaliar que o fator, **ajustamento mútuo** é o que possuem maior potencial integrador no DF. Esse potencial refere-se à existência de mecanismos de governança do tipo rede estabelecido, o que facilita o estabelecimento do ajustamento mútuo, com a consequente solução de problema por coordenação positiva. Apesar de que há indícios de que a Rede Intersetorial de Violência do DF tem tido pouco sucesso na mobilização dos atores para a integração horizontal.

No que tange ao fator “**pessoas**”, há um grupo de atores atuando no nível central, na coordenação do NEPAV e na regional de saúde avaliada, os chamados “burocratas de rua” que têm realizado movimentos de integração, buscando estabelecer parcerias, a despeito da falta de incentivos do nível estratégico da SES/DF. Parece-nos que o valor relativo à necessidade da integração para o êxito destes complexos problemas, acidentes e violência, é consenso e está expresso na fala dos atores entrevistados.

Chama atenção também, o fato de que a complexidade do DF, com 29 regiões administrativas, induz os atores que atuam no NEPAV a mobilizar muitos esforços e tempo na integração intrasetorial, com falas que indicam que existe a necessidade de fazer com que os profissionais de saúde que atuam nas regionais

de saúde compreendam que estes agravos constituem um problema de saúde, com indícios de comportamentos de desresponsabilização. Portanto, aparentemente não há um valor compartilhado por todos os atores, que atuam nas regionais de saúde, do significado das violências e acidentes para a saúde biopsíquica e social da população.

Em relação ao fator “**processo**” é possível observar nos relatos do NEPAV uma crença de que a confecção de manuais é a melhor forma de resolver os problemas da falta de conhecimento dos protocolos de atendimento às vítimas de violência por parte da equipe técnica das regionais de saúde. Além do mais, acredita-se que a falta de comprometimento com o tema e de ações proativas de articulação em rede, podem ser minoradas por meio da padronização de procedimentos realizada por meio da confecção de Manuais. Esclarece-se que esta forma de resolver estes problemas é apontada pelo NEPAV como mais eficiente, por ser de mais fácil operacionalização, tendo em vista o tamanho da rede de saúde do DF, além de ser menos dispendiosa. Há também uma crença que as capacitações são onerosas e de pequeno alcance. Trata-se, neste sentido, de coordenação por padronização. Porém salienta-se que estes manuais são para o consumo interno ao setor saúde, não são assumidos, portanto, por todos os setores envolvidos no processo.

No que tange a este fator, os elementos processuais analisados indicam que nessa dimensão há no DF mais elementos fragmentadores que integradores, haja vista a existência de processos constituídos e arraigados segundo lógicas diferentes e, por vezes, graus de interdependência conflitantes.

Ao avaliar as falas do PAV localizado em uma regional de saúde, observamos um movimento de integração entre o setor saúde e outros tais como a assistência social e os conselhos tutelares. Porém, este movimento ocorre por iniciativa própria e sem planejamento e as articulações são baseadas no conhecimento pessoal dos técnicos e conselheiros envolvidos.

No que diz respeito ao Núcleo Acadêmico de Violência, localizado na UnB e responsável por apoio técnico e pela articulação dos municípios do entorno do DF, podemos avaliar que os esforços estão, ainda, voltados para que cada município estruture, de forma individual, sua rede de prevenção dos acidentes e violência e, também, o atendimento adequado às vítimas.

O núcleo acadêmico supramencionado apontou que há vestígios da existência, na RIDE/DF, de Núcleos Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que são financiados pelo MS, sem que, contudo, tenham sido estruturados, com alocação de equipes, recursos financeiros, materiais e equipamentos.

Em relação aos fatores avaliados no que tange à implementação da PNRMAV **no nível federal**, podemos concluir que também há fragmentação, porém com fatores estruturadores importantes, o que lhe dá maior potencial para a integração, sobretudo, porque existem lideranças no MS, tanto na SVS, quanto na SAS, com visão da importância da integração, envidando esforços neste sentido.

Detectamos, ainda, outro fator integrador que se trata do fato de que as Secretarias Especiais, vinculadas à Presidência da República, voltadas para grupos específicos, e os respectivos grupos de pressão subjacentes a elas, têm conseguido exercer pressão nos Ministérios, inclusive no MS, no sentido de articular os setores governamentais para o desenvolvimento de ações de proteção a estes grupos.

Outro ponto a ser considerado, refere-se ao gasto de energia que a Área Técnica de Violências da CGDANT/SVS/MS tem dispendido na coordenação federativa e intrasetorial, porquanto tais tipos de coordenação configuram-se um grande desafio tanto quanto a coordenação intersetorial. Há relatos que o MS tem alta fragmentação interna, porém detectamos que as áreas envolvidas com a temática no órgão, têm realizados esforços de integração tanto intra como intersetorialmente.

Um fator a ser registrado é o processo de descentralização conduzido pelo MS e que envolve a coordenação federativa e, de acordo com mencionado acima, avaliamos que estes são fatores que merecem pesquisas, pois a baixa implementação da PNRMAV em alguns municípios, como constatado no DF pode ser explicada pelos problemas decorrentes da fragmentação, além dos processos de descentralização e da coordenação federativa que fogem do escopo desta pesquisa.

Destacamos que a PNRMAV é uma categoria de política que lida com temas complexos e ao mesmo tempo o governo está cada vez mais complexo e fragmentário. A violência e os acidentes são temas altamente transversais e podemos dizer que se aplicam ao governo como um todo.

Consideramos que as contribuições desta pesquisa podem ser relatadas da seguinte forma:

- 1) O tema da integração horizontal no desenvolvimento da PRNMAV no DF precisa entrar na agenda do Secretário da SES/DF, bem como dos demais Secretários, por exemplo, Assistência Social, Segurança Pública, dentre outros. Idealmente este tema deve entrar na agenda do Governo do Distrito Federal; Compromissos de governo não podem prescindir de lideranças executivas ativas, com visão do problema e engajamento na condução das estratégias integradoras.
- 2) Em relação aos valores, a promoção do diálogo entre comunidades epistêmicas dos setores de governo, envolvendo os movimentos sociais interessados na temática, de forma que estes grupos possam compartilhar aprendizado, pode ser viabilizada por meio de estabelecimentos de fóruns, comitês e capacitações que busquem mesclar diferentes comunidades epistêmicas e que estimulem a proposição de solução conjunta de problemas;
- 3) Do ponto de vista da estratégia de governo é fundamental a inclusão do tema violência e acidentes no plano de governo, com metas de cumprimento da diretriz da intersetorialidade da PNRMAV planejada e consubstanciada em forma de documentos formalizados e metas estabelecidas;
- 4) No que diz respeito ao fator “processos”, a teoria indica a necessidade da especificação de procedimentos, de produtos, de habilidades, de formas de integração ao longo de toda a cadeia envolvida na implementação da política. Assim, é necessário o estabelecimento de contratos, acordos, protocolos e equipes com o respectivo sistema de informação que possa ser compartilhado por todos.

Enfim, acrescenta-se que a teoria da fragmentação que serviu de base para esta pesquisa pode orientar a formulação de agendas de integração.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. *et. al.* **Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina:** desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ANDRADE, P. A. **Análise de políticas públicas:** conceitos e modelos teóricos. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/eps/ConceitosdePolíticasPublicas-PriscilaAlmeidaAndrade.pdf>>. Acesso em: 8 set. de 2009.

ANSOFF, H. I. **A nova estratégia empresarial.** São Paulo: Atlas, 1990.

ARENDT, H. **Da violência.** Paris, 1969. Disponível em: <www.sabotagem.revolt.org>. Acesso em: 03 jun. 2010.

AUTRALIA. Victoria Government. **Joined up government:** a review of national and international experiences. Melbourne, 2007. Disponível em: <<http://www.vgso.vic.gov.au/resources/publications/ccl/vgso%20april%202009%20seminar%20ssa%20joined%20up%20government%20working%20paper.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Violência e Saúde:** por que a violência é um problema de saúde pública? Salvador, 2010. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COPLAM/DANT/A%20VIOLENCIA%20E%20A%20SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

BAKVIS, H.; JUILLET, L. **O Desafio Horizontal:** ministérios setoriais, órgãos centrais e liderança. Brasília: ENAP, 2004.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.566, de 02 de setembro de 1998. **Institui o Comitê Técnico Científico (CTC) de assessoramento ao Grupo Técnico de Acidentes e Violência.** Brasília, 1998. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3535442&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=3566&data=&dataFim=&ano=1998&pag=1>. Acesso em: 03 set. 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 3.733, de 14 de outubro de 1998. **Institui o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência.** Brasília, 1998. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3540927&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=3733&data=&dataFim=&ano=1998&pag=1>. Acesso em: 03 set. 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência.** Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html>. Acesso em: 03 set. 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 936 de 19 de maio de 2004. **Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html>. Acesso em: 03 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília, 2005.

_____. **VIVA: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **O que é o SAMU**. Brasília, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1>. Acesso em: 14 set. 2010.

BRINKERHOFF, D. W. Coordination Issues in Policy Implementation Networks: an illustration from Madagascar's environmental action plan. **World Development**, Maryland, v. 24, n. 9, p. 1497-1510, 1996.

CHESNAIS, J. C. A Violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, nº 1, p: 53-69. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2010.

CKAGNAZAROFF, I. B.; MELO J. S. C. **Implementação de Programa Intersectorial de Políticas Públicas: o caso BH cidadania**. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/328.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

COMITÊ NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO PELA SAÚDE, SEGURANÇA E PAZ NO TRÂNSITO. **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011–2020**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://vias-seguras.com/a_prevencao/plano_de_acao/plano_nacional_de_reducao_de_acidentes_2011_2020>. Acesso em: 03 set. 2010.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Brasília e sua região polarizada: perfil sócio-econômico e demográfico da população, relação entre o Distrito Federal e Entorno**. Brasília, 2003.

_____. **Síntese de Informações Socioeconômicas**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000327.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

_____. Indicadores Sóciodemográficos Prospectivos para o Distrito Federal: 1991-2030. **Demografia em Foco**. Brasília, 2009A. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000335.pdf>> Acesso em 10 jan. 2010.

_____. **Estratégias para o Desenvolvimento do Distrito Federal e seu Entorno:** Relatório do Seminário realizado em Brasília, nos dias 2 e 3 de abril de 2009B. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000299.pdf>> Acesso em 10 jan. 2010.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Portal do Distrito Federal. **Tudo sobre o Distrito Federal.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.gdf.df.gov.br/045/04501018.asp>> Acesso em: 08 jan. 2010.

DOMENACH, J. M. La Violencia. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Editorial:** la violencia y sus causas. Paris, 1981. p. 32-44.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F.G.; SALM, J.F. (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento:** bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2009. p. 99-160.

FORTUNATO, M. A. B. **Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e Entorno, 2002 a 2007.** 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas,** Brasília, n. 21, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>>. Acesso em: 20 set. 2010.

GAETANI, F. As políticas de gestão pública e os desafios da coordenação. In: OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Política de Gestão Integrada.** Rio de Janeiro: FGV, 2008. p. 38-46.

GIL, A. C. **Estudo de Caso.** São Paulo: Atlas, 2009.

GRAU, N. C. **La intersectorialidad em el gobierno y gestión de la política social.** Trabalho apresentado no X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, em Santiago, Chile, 2005. Disponível em:<<http://www.bdp.org.ar/facultad/posgrado/maestrias/gp/documentos/Cunill.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2010.

HALL, R. H. **Organização:** estruturas, processos e resultados. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

HEIDEMANN, F.G. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F.G.; SALM, J.F. (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento:** bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2009. p. 23-39.

HOPKINS, M.; COUTURE, C.; MOORE, E. **Do Heróico ao Cotidiano: lições aprendidas na condução de projetos horizontais**. Brasília: ENAP, 2003.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, Brasília, n. 22, p. 102-110, 2001.

JOXE, A. Examen crítico de los métodos cuantitativos aplicados a las investigaciones sobre las causas de la violencia. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Editorial: la violencia y sus causas**. Paris, 1981. p. 69-87.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersectorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Trabalho apresentado no XI Concurso de Ensayos del CLAD sobre El Tránsito de La Cultura Burocrática al Modelo de La Gerencia Pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones. Caracas, 1997.

KLUYVER, C. A. de; PEARCE, J. A. II. **Estratégia: uma visão executiva**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1981.

LUNA, R. B. **Integração horizontal de ações governamentais**. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARTINS, H. F. **Uma Teoria de Fragmentação de Políticas Públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública**. 2003. Dissertação (Doutorado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Introdução ao governo matricial: um problema de fragmentação**. Trabalho apresentado no IX Congresso Internacional del CLAD sobre La reforma del Estado y de La Administración Pública, Madrid, 2004.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise Diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, ciência e saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 513-531, fev. 1998.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

NUNES, E. **A Gramática Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genéve, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Progreso em La Ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y salud**. Relatório da 118ª Reunião do Comitê Executivo. Washington, 1996.

_____. **Prevenção de Violência e Lesões e Promoção da Segurança: apelo à ação na região**. Washington, 2008.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Comitê de Gestão Pública. **Coerência nas Políticas: relatório final de atividades**. Brasília, 2003.

PETERS, B. G. **Managing Horizontal Government: the politics of coordination**. Ottawa: Canadian Centre for Management Development, (Research Paper, n. 21). 1998.

POLLITT, C. **Joined-up Government: a survey**. **Political Studies Review**. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2003.

POPE, C.; MAY, S N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

REY, F. L. G. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

RUA, M. G. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.unb.br/webceam/nucleos/omni/observa/downloads/pol_publicas.PDF>. Acesso em: 10 ago. 2009.

_____. **Algumas Regularidades das Políticas Públicas no Brasil nos anos recentes**. Brasília, 2009. Texto de aula.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr., J. L. **Análise das Políticas Públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids**. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006.

SILVA, M. **Violência: um problema de saúde pública**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/violenciamartasilva.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. **Observatório de Gestão da Saúde no âmbito da RIDE/DF**. Brasília, 2009. Disponível em <<http://www.nesp.unb.br/ride/index.htm> > Acesso em: 20 ago. 2009.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008**. Brasília: RITLA, Instituto Sangari, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.sangari.com/view.cfm?cod=42&cod_pub=8&t=2&ext=.pdf&pag=publicacoes_sangari>. Acesso em: 28 ago. 2009.

_____. **Mapa da violência 2010: anatomia dos homicídios no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2010. Disponível em: <<http://www.sangari.com/midias/pdfs/MapaViolencia2010.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2010.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada A

ENTREVISTA 1

Entrevista com os gestores, técnicos e pesquisadores que participaram da etapa de formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)

Órgão:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Função:

Parte 1: Relembrando o objetivo da entrevista.

Parte 2: Contrato de sigilo.

Parte 3: Etapa de Formulação da Política (PNRMAV): Diretriz da Intersetorialidade

- Como ocorreu o processo de inclusão da intersectorialidade na pauta de discussão da Política?
- Em que momento no processo de formulação da PNRMAV a diretriz da intersectorialidade passou a fazer parte da pauta de discussão?
- Quais eram os principais atores que atuaram favoravelmente em relação a inclusão da intersectorialidade como uma das diretrizes da política?
- Qual o papel desempenhado pelo Ministério da Saúde na indução da inclusão da diretriz da intersectorialidade na política?
- Como era o processo de negociação na definição das diretrizes da política?
- Foi realizado o mapeamento de outras políticas governamentais de redução da violência?
- Outros setores governamentais eram convidados a participar das discussões? De que forma participavam?
- Havia conflito entre as visões dos diferentes setores governamentais no que diz respeito ao desenho da política? Como estes conflitos eram resolvidos? Quais os principais atores neste processo?
- A quem cabia a coordenação entre os diferentes atores participantes do processo de formulação da política? Como esta coordenação era exercida?
- Os dirigentes principais do Ministério defendiam e expunham com clareza sua visão sobre a importância da integração entre os setores governamentais?
- Os principais dirigentes do Ministério manifestavam sua visão sobre a importância da integração da Saúde com outros setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?
- A intersectorialidade fazia parte das discussões quando do processo de pactuação da política nas instâncias de pactuação?
- As pessoas envolvidas na formulação da PNRMAV compartilhavam valores, crenças e opiniões em relação ao desenho da política?

- Os atores envolvidos compartilhavam valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade?
- Em relação à diretriz da intersectorialidade havia grupos contrários a sua inclusão na Política? Quais eram as opiniões e crenças defendidas pelos diferentes grupos?
- Como eram solucionados os conflitos em relação a estas divergências de pontos de vistas e crenças?
- Se sim, como estes grupos interagiam entre si? Quais eram os meios de interlocução com estes grupos? Como os conflitos eram administrados?
- Como você percebia que eram legitimadas e validadas as soluções propostas pelos atores internos e dos diferentes setores governamentais envolvidos com o desenho da política?
- Você tem conhecimento se os procedimentos, produtos e habilidades necessários para a implementação da PNRMAV estão padronizados e bem especificados nos processos de trabalho dos executores da Política?
- Você detecta ambigüidades nos procedimentos e produtos já padronizados?
- Vocês têm conhecimento dos procedimentos e produtos padronizados e consensuados entre os diferentes setores governamentais?
- Como você percebe hoje que são legitimadas e validadas as soluções propostas pelos atores internos à saúde e dos diferentes setores governamentais envolvidos com a política?

Anexo B – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada B

ENTREVISTA 2

Entrevista com os gestores, técnicos e assessores do Ministério da Saúde responsáveis pela implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Órgão: Ministério da Saúde

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Função:

Parte 1: relembando o objetivo da entrevista.

Parte 2: Contrato de sigilo.

Momento 1 – Aspectos Gerais:

- Qual a função desempenhada por você na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência?
- Você participou da fase de formulação da Política?
- Quem é o executivo principal deste órgão na condução da política?
- Quais os planos, programas, projetos se desdobraram a partir da regulamentação da Política em maio 2001?
- Como a Diretriz da Intersetorialidade da PNRMAV está sendo colocada em prática por este órgão?

Momento 2 – Categoria de Análise: Liderança Executiva – Variável: Gestão do Poder

- De que forma sua unidade se relaciona com outros setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?
- A sua unidade integra grupos intersetoriais que tenham como objetivo o desenvolvimento de políticas públicas para redução da violência? De que forma?
- Como são resolvidos os eventuais conflitos com outros setores governamentais em relação às políticas públicas que visam a redução da violência?
- De que forma o Ministério da Saúde busca o consenso com os setores governamentais na condução da PNRMAV?
- Você considera que seria necessário maior envolvimento de um executivo de maior nível hierárquico da estrutura do Ministério da Saúde para o desenvolvimento da diretriz da intersetorialidade da PNRMAV? Qual seria o executivo? De que forma deveria ser este envolvimento?

Momento 3 – Categoria de Análise: Liderança Executiva – Variável: Visão

- Você acredita que a integração deste Ministério com outros setores governamentais é importante para o alcance dos objetivos propostos na PNRMAV?
- De que forma você manifesta sua visão sobre a diretriz da intersetorialidade da PNRMAV?

- De que forma os principais dirigentes do Ministério manifestam sua visão sobre a importância da integração do Ministério com outros setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?

Momento 4 – Categoria de Análise: Estratégia – Variável: Plano

- Há um projeto nacional que vise à integração dos setores governamentais na redução da violência? De que forma está expresso?
- Há um projeto do governo para a integração dos setores governamentais na redução da violência expresso em forma de um plano?

Momento 5 – Categoria de Análise: Estratégia – Variável: Sistemas de planejamento

- Há um sistema de planejamento que estabelece objetivos, meios de alcance e mecanismos de monitoramento e avaliação da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?

Momento 6 – Categoria de Análise: Ajustamento Mútuo – Variável: Ajustamento Mútuo

- Como os problemas de integração com outros setores governamentais são resolvidos por este órgão?
- Como são realizadas as negociações com outros setores no que diz respeito as políticas governamentais de redução da violência?
- É possível identificar alguma solução inovadora que foi gerada a partir da integração deste Ministério com outro setor governamental?
- Como se dá o processo de negociação na solução dos problemas surgidos no combate a violência e que envolva diferentes setores?
- Se surge algum conflito com outro setor governamental na implementação de ações que visem a redução de violência como estes conflitos são resolvidos?

Momento 7 – Categoria de Análise: Estrutura – Variável: Desenho Organizacional

- As diretrizes, objetivos e ações para combate e redução da violência são de responsabilidade de um único setor no Ministério?
- As responsabilidades da Coordenação de Violência estão claras?
- De quem é a responsabilidade no Ministério pela supervisão da implementação da PNRMAV?
- De que forma a posição ocupada pela Coordenação de Violência no Ministério interfere na integração com outros setores governamentais?

Momento 8 – Categoria de Análise: Estrutura – Variável: Coordenação

- Como são coordenadas as ações desenvolvidas por sua unidade em conjunto com outros setores do Ministério na implementação da PNRMAV?
- Existe algum grupo interno que discute o tema da violência? A quem cabe a coordenação? Que ações conjuntas são desenvolvidas?
- Existe algum grupo intersectorial que discute o tema? A quem cabe a coordenação? De que forma este Ministério participa? Há um sistema de planejamento de ações conjuntas?
- Outras unidades do Ministério participam de algum grupo intersectorial que discuta a temática?

Momento 9 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Autonomia

- As ações necessárias para a implementação da PNRMAV depende de outras unidades do Ministério?
- As ações entre as unidades são articuladas de que forma?

Momento 10 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Consenso Operacional

- Os procedimentos, produtos e habilidades necessários para a implementação da PNRMAV estão padronizados e bem especificados nos processos de trabalho dos executores da Política?
- São detectadas ambigüidades nos procedimentos e produtos já padronizados?
- Todos os envolvidos na política têm conhecimento dos procedimentos e produtos padronizados e consensuados?

Momento 11 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Integração Vertical e Horizontal

- Para a implementação da PNRMAV existem muitos atores internos e externos envolvidos?
- São detectados conflitos de autoridade dentro do Ministério na implementação da PNRMAV?
- Existem conflitos de autoridade entre os setores governamentais envolvidos com a política?
- Os resultados esperados são claros para todos os atores internos e externos envolvidos com a PNRMAV?
- Há conflito entre os atores governamentais em relação aos resultados esperados com as políticas de combate e redução da violência?
- As formas de integração com os atores internos e externos já estão estabelecidas com resultados esperados claros?

Momento 12 – Categoria de Análise: Pessoas – Variável: Valores

- As pessoas envolvidas na formulação e implementação da PNRMAV compartilham valores, crenças e opiniões no que diz respeito à sua execução?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?
- As pessoas envolvidas na formulação da PNRMAV compartilhavam valores, crenças e opiniões em relação ao desenho da política?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade?
- Em relação à diretriz da intersectorialidade há grupos contrários ou resistentes à sua implementação? Quais são as opiniões e crenças defendidas pelos diferentes grupos envolvidos com a política?
- Como são solucionados os conflitos em relação a estas divergências de pontos de vistas e crenças?
- Como são legitimadas e validadas as soluções propostas pelos atores internos e dos diferentes setores governamentais envolvidos com a política?

Anexo C – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada C

ENTREVISTA 3

Entrevista com os gestores, técnicos e assessores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal responsáveis pela implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Órgão: SES/DF

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Função:

Parte 1: relembando o objetivo da entrevista.

Parte 2: Contrato de sigilo.

Momento 1 – Aspectos Gerais:

- Qual a função desempenhada por você na implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência?
- Você participou da fase de formulação da Política?
- Quem é o dirigente principal deste órgão na condução da política?
- Você tem conhecimento de quais os planos, programas, projetos se desdobraram a partir da regulamentação da Política?
- Como a Diretriz da Intersetorialidade da PNRMAV está sendo colocada em prática por esta Secretaria?
- Qual o papel desempenhado pelo Ministério da Saúde na orientação e indução da implementação da diretriz da intersectorialidade por esta Secretaria?

Momento 2 – Categoria de Análise: Liderança Executiva – Variável: Gestão do Poder

- De que forma sua unidade se relaciona com outros setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?
- A sua unidade integra grupos intersectoriais que tenham como objetivo o desenvolvimento de políticas públicas para redução da violência? De que forma?
- Como são resolvidos os eventuais conflitos com outros setores governamentais em relação às políticas públicas que visam a redução da violência?
- De que forma a SES/DF busca o consenso com os setores governamentais na condução da PNRMAV?
- Você considera que seria necessário maior envolvimento de um dirigente de maior nível hierárquico da estrutura desta Secretaria da Saúde para o desenvolvimento da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV? Qual seria o executivo? De que forma deveria ser este envolvimento?

Momento 3 – Categoria de Análise: Liderança Executiva – Variável: Visão

- Você acredita que a integração desta Secretaria de Saúde com outros setores governamentais é importante para o alcance dos objetivos propostos na PNRMAV?

- De que forma você manifesta sua visão sobre a diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?
- De que forma os principais dirigentes da Secretaria manifestam sua visão sobre a importância da integração da Secretaria com outros setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?

Momento 4 – Categoria de Análise: Estratégia – Variável: Plano

- Há um projeto de âmbito distrital que vise à integração dos setores governamentais na redução da violência? De que forma está expresso?
- Há um projeto do governo para a integração dos setores governamentais na redução da violência expresso em forma de um plano?

Momento 5 – Categoria de Análise: Estratégia – Variável: Sistemas de planejamento

- Há um sistema de planejamento que estabelece objetivos, meios de alcance e mecanismos de monitoramento e avaliação da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?

Momento 6 – Categoria de Análise: Ajustamento Mútuo – Variável: Ajustamento Mútuo

- Como os problemas de integração com outros setores governamentais são resolvidos por este órgão?
- Como são realizadas as negociações com outros setores no que diz respeito às políticas governamentais de redução da violência?
- É possível identificar alguma solução inovadora que foi gerada a partir da integração desta Secretaria com outro setor governamental? Como se deu o processo de negociação na solução do problema em questão?
- Se surge algum conflito com outro setor governamental na implementação de ações que visem a redução de violência como estes conflitos são resolvidos?

Momento 7 – Categoria de Análise: Estrutura – Variável: Desenho Organizacional

- As diretrizes, objetivos e ações para combate e redução da violência são de responsabilidade de um único setor da Secretaria?
- As responsabilidades do Núcleo de Violência estão claras?
- De quem é a responsabilidade na SES/DF pela supervisão da PNRMAV?
- De que forma a posição ocupada pelo Núcleo de Violência na hierarquia da Secretaria interfere na integração com outros setores governamentais?

Momento 8 – Categoria de Análise: Estrutura – Variável: Coordenação

- Como são coordenadas as ações desenvolvidas por sua unidade em conjunto com outros setores da SES/DF na implementação da PNRMAV?
- Existe algum grupo interno que discute o tema da violência? A quem cabe a coordenação? Que ações conjuntas são desenvolvidas?
- Existe algum grupo intersectorial que discute o tema? A quem cabe a coordenação? De que forma este Núcleo participa? Há um sistema de planejamento de ações conjuntas?
- Outras unidades da SES/DF participam de algum grupo intersectorial que discuta a temática?

Momento 9 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Autonomia

- As ações necessárias para a implementação da PNRMAV dependem de outras unidades da Secretaria?
- De que forma são articuladas as ações entre as unidades?

Momento 10 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Consenso Operacional

- Os procedimentos, produtos e habilidades necessários para a implementação da PNRMAV estão padronizados e bem especificados nos processos de trabalho dos executores da Política?
- São detectadas ambigüidades nos procedimentos e produtos já padronizados?
- Todos os envolvidos na política têm conhecimento dos procedimentos e produtos padronizados e consensuados?

Momento 11 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Integração Vertical e Horizontal

- Para a implementação da PNRMAV existem muitos atores internos e externos envolvidos?
- São detectados conflitos de autoridade dentro e fora da SES/DF na implementação da PNRMAV?
- Existem conflitos de autoridade entre os setores governamentais envolvidos com a política?
- Os resultados esperados são claros para todos os atores internos e externos envolvidos com a PNRMAV?
- Há conflito entre os atores governamentais em relação aos resultados esperados com as políticas de combate e redução da violência?
- As formas de integração com os atores internos e externos já estão estabelecidas com resultados esperados claros?

Momento 12 – Categoria de Análise: Pessoas – Variável: Valores

- As pessoas envolvidas na formulação e implementação da PNRMAV compartilham valores, crenças e opiniões no que diz respeito à sua execução?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?
- As pessoas envolvidas na com a PNRMAV compartilham valores, crenças e opiniões em relação ao desenho da política?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade?
- Em relação à diretriz da intersectorialidade há grupos contrários ou resistentes a sua implementação? Quais são as opiniões e crenças defendidas por estes diferentes grupos?
- Como são solucionados os conflitos em relação a estas divergências de pontos de vistas e crenças?
- Como são legitimadas e validadas as soluções propostas pelos atores internos e dos diferentes setores governamentais envolvidos com a política?

Anexo D – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada D

Entrevista com os pesquisadores do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília responsáveis pelo Núcleo das Violências

Órgão: NESP/UnB

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Função:

Parte 1: relembrando o objetivo da entrevista.

Parte 2: Contrato de sigilo.

Momento 1 – Aspectos Gerais:

- Qual o papel desempenhado por este Núcleo na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência?
- Este Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) participou da fase de formulação da Política?
- Os pesquisadores deste Núcleo têm conhecimento de quem são os executivos principais do Ministério da Saúde e SES/DF responsáveis pela condução da política?
- Quais os planos, programas, projetos se desdobraram a partir da regulamentação da Política e consequente constituição do Núcleo de Violência?
- Este Núcleo tem desenvolvido alguma ação para implementar a Diretriz da Intersetorialidade da PNRMAV?
- Qual o papel do Ministério da Saúde na indução da intersetorialidade no desenvolvimento das ações de redução da violência desenvolvidas por este Núcleo?

Momento 2 – Categoria de Análise: Liderança Executiva – Variável: Gestão do Poder

- De que forma este Núcleo se relaciona com os setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?
- Este Núcleo integra grupos intersetoriais que tenham como objetivo o desenvolvimento de políticas públicas para redução da violência? Quais como é a atuação destes grupos?
- Como vocês têm observado que são resolvidos os eventuais conflitos entre os setores governamentais em relação às políticas públicas que visam a redução da violência?
- Como é alcançado o consenso entre os setores governamentais na condução da PNRMAV?
- Você considera que seria necessário maior envolvimento de um executivo de maior nível hierárquico da estrutura do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do DF para o desenvolvimento da diretriz da intersetorialidade da PNRMAV? Qual seria o executivo? De que forma deveria ser este envolvimento?

Momento 3 – Categoria de Análise: Liderança Executiva – Variável: Visão

- Você acredita que os executivos principais responsáveis pela PNRMAV do Ministério da Saúde e SES/DF acreditam que a integração com outros setores governamentais é importante para o alcance dos objetivos propostos na PNRMAV?
- De que forma este Núcleo manifesta a visão da importância da intersectorialidade?
- De que forma os principais dirigentes da Secretaria manifestam sua visão sobre a importância da integração da Secretaria com outros setores governamentais no desenvolvimento da PNRMAV?

Momento 4 – Categoria de Análise: Estratégia – Variável: Plano

- Há um projeto de âmbito nacional e distrital que vise à integração dos setores governamentais na redução da violência? De que forma está expresso?
- Há um projeto do governo para a integração dos setores governamentais na redução da violência expresso em forma de um plano?

Momento 5 – Categoria de Análise: Estratégia – Variável: Sistemas de planejamento

- Há um sistema de planejamento que estabelece objetivos, meios de alcance e mecanismos de monitoramento e avaliação da diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?

Momento 6 – Categoria de Análise: Ajustamento Mútuo – Variável: Ajustamento Mútuo

- Como os problemas de integração com outros setores governamentais são resolvidos por este Núcleo?
- Como são realizadas as negociações com outros setores no que diz respeito às políticas governamentais de redução da violência?
- É possível identificar alguma solução inovadora que foi gerada a partir da integração deste Núcleo com outros setores? Como se deu o processo de negociação na solução do problema em questão?
- Se surge algum conflito com outro setor na implementação de ações que visem à redução de violência como estes conflitos são resolvidos?

Momento 7 – Categoria de Análise: Estrutura – Variável: Desenho Organizacional

- As diretrizes, objetivos e ações para combate e redução da violência estão claras?
- Em sua opinião de que forma a posição ocupada pelas coordenações de Violência na estrutura do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do DF interfere na integração com outros setores governamentais?

Momento 8 – Categoria de Análise: Estrutura – Variável: Coordenação

- Como são coordenadas as ações desenvolvidas por este Núcleo em conjunto com outros setores na implementação da PNRMAV?
- Existe algum grupo interno que discute o tema da violência? A quem cabe a coordenação? Que ações conjuntas são desenvolvidas?
- Existe algum grupo intersectorial que discute o tema? A quem cabe a coordenação? De que forma este Núcleo participa? Há um sistema de planejamento de ações conjuntas?

Momento 9 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Autonomia

- As ações necessárias para a implementação da PNRMAV dependem de outras unidades desta Universidade?
- De que forma são articuladas as ações entre as unidades?

Momento 10 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Consenso Operacional

- Os procedimentos, produtos e habilidades necessários para a implementação da PNRMAV estão padronizados e bem especificados nos processos de trabalho dos executores da Política?
- São detectadas ambigüidades nos procedimentos e produtos já padronizados?
- Vocês têm conhecimento dos procedimentos e produtos padronizados e consensuados?

Momento 11 – Categoria de Análise: Processos – Variável: Integração Vertical e Horizontal

- Para a implementação da PNRMAV existem muitos atores envolvidos?
- São detectados conflitos de autoridade na implementação da PNRMAV?
- Você percebe se existem conflitos de autoridade entre os setores governamentais envolvidos com a política?
- Os resultados esperados são claros para todos os atores internos e externos envolvidos com a PNRMAV?
- Há conflito entre os atores governamentais em relação aos resultados esperados com as políticas de combate e redução da violência?

Momento 12 – Categoria de Análise: Pessoas – Variável: Valores

- As pessoas envolvidas na formulação e implementação da PNRMAV compartilham valores, crenças e opiniões no que diz respeito à sua execução?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade da PNRMAV?
- É possível identificar grupos diversos que compartilham um conjunto de crenças e princípios normativos e que constituem uma base de valor em relação à Política e também em relação à diretriz da intersectorialidade?
- Existem grupos que divergem entre si em relação aos valores, crenças e opiniões no que diz respeito às soluções para os problemas da violência e da intersectorialidade? Se sim, como estes grupos interagem entre si? Quais são os meios de interlocução entre estes grupos? Como os conflitos são administrados?
- Como você percebe que são legitimadas e validadas as soluções propostas pelos atores internos e dos diferentes setores governamentais envolvidos com a política?

Anexo E – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada E

ENTREVISTA 4

Entrevista com os integrantes da Rede Intersetorial de Atenção às Vítimas de Violência do Distrito Federal.

Órgão:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Função:

Parte 1: relembando o objetivo da entrevista.

Parte 2: Contrato de sigilo.

Momento 1 – Etapa de Implementação da Política (PNRMAV): Diretriz da Intersetorialidade

- Há quanto tempo você participa desta REDE?
- Em que momento da política foi formada esta rede?
- Quem foram os principais atores que atuaram para a formação da rede?
- Que setores governamentais participam da rede?
- Qual o papel desempenhado pelo Setor Saúde na indução da formação da rede?
- O Ministério da Saúde tem ou teve um papel indutor para formação da REDE?
- Como são os processos de negociação na rede?
- Como se dá o processo de negociação na solução dos problemas discutidos na REDE?
- Há conflito entre as visões dos diferentes setores governamentais no que diz respeito ao desenho da política? Como estes conflitos são resolvidos? Quais os principais atores neste processo?
- A quem cabe a coordenação dos diferentes atores participantes da rede? Como esta coordenação é exercida?
- Há a preocupação em mapear outras políticas governamentais de redução da violência? Como são articuladas as diferentes políticas?
- Os executivos principais dos setores envolvidos defendem e expõem com clareza sua visão sobre a importância da integração entre os setores governamentais?
- Você considera que seria necessário maior envolvimento de um dirigente de maior nível hierárquico da estrutura da sua unidade para o desenvolvimento da intersectorialidade? Qual seria o dirigente? De que forma deveria ser este envolvimento?
- A intersectorialidade faz parte das discussões do seu órgão quando do processo de discussão de políticas de redução e combate à violência?
- Os integrantes da rede compartilham valores, crenças e opiniões em relação ao desenho da política?
- Como os problemas de integração com outros setores governamentais são resolvidos por seu órgão?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade?

- As pessoas envolvidas com a PNRMAV compartilham valores, crenças e opiniões em relação ao desenho da política?
- Os atores envolvidos compartilham valores, crenças e opiniões em relação à diretriz da intersectorialidade?
- Em relação à diretriz da intersectorialidade há grupos contrários ou resistentes a sua implementação? Quais são as opiniões e crenças defendidas por estes diferentes grupos?
- Como são solucionados os conflitos em relação a estas divergências de pontos de vistas e crenças?
- Como você percebe que são legitimadas e validadas as soluções propostas pelos atores da rede?
- Você tem conhecimento se os procedimentos, produtos e habilidades necessários para a implementação da política de violência estão padronizados e bem especificados nos processos de trabalho dos diferentes setores?
- Você detecta ambigüidades nos procedimentos e produtos já padronizados?
- Vocês têm conhecimento dos procedimentos e produtos padronizados e consensuados entre os diferentes setores governamentais?
- Há um projeto do governo para a integração dos setores governamentais na redução da violência expresso em forma de um plano?
- Há um sistema de planejamento que estabelece objetivos, meios de alcance e mecanismos de monitoramento e avaliação da diretriz da intersectorialidade das ações de combate e redução à violência no DF?
- Como os problemas de integração com outros setores governamentais são resolvidos por esta rede?
- É possível identificar alguma solução inovadora que foi gerada a partir da criação da REDE?
- Os resultados esperados com a constituição da rede são claros para você e a sua unidade?

Anexo F – Roteiro de Análise Documental**Atas de reuniões; leis; portarias; resoluções; planos; projetos; programas; organogramas e outros documentos oficiais relativos à política em análise (PNRMAV)**

1. Há menção no documento sobre a intersetorialidade?
2. De que forma o tema da intersetorialidade é mencionado no documento?
3. Há orientação clara para a implementação da diretriz da intersetorialidade?
4. Estão explícitos no documento em análise os procedimentos e habilidades necessários à implementação da intersetorialidade?
5. No organograma do órgão qual a posição hierárquica ocupada pela unidade responsável pelas ações da violência?
6. Há diferentes unidades no órgão com responsabilidade pelas ações de combate e redução à violência e acidentes?
7. Quais os mecanismos de comunicação entre as áreas internas ao órgão e entre os demais setores governamentais estão explícitos nos documentos?
8. Há conflitos entre as normativas no que diz respeito ao tema da intersetorialidade?
9. Existem ambigüidades e falta de clareza nos documentos no que diz respeito à integração entre os setores governamentais;
10. Nos planos e projetos decorrentes da PNRMAV existem orientações claras para a implementação da intersetorialidade;
11. No desenho dos planos, projetos e/ou programas a diretriz da intersetorialidade aparece como prioridade?
12. Nas atas das reuniões que tratam sobre a temática da violência aparece discussão sobre a intersetorialidade? É possível observar conflitos de opiniões entre os atores? Como são solucionados os conflitos? Que atores tem maior capacidade de indução e convencimento? Como são negociadas as soluções apresentadas pelos atores?
13. Existem normativas e/ou documentos editadas em conjunto por diferentes setores governamentais que versem sobre a política da violência? Há orientação clara sobre a integração entre os setores?

Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa na área de Saúde Pública, do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães/Fiocruz, que tem como objetivo estudar a integração entre o setor saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no Distrito Federal.

Leia cuidadosamente o que segue e quaisquer dúvidas serão respondidas prontamente. Esse estudo será conduzido pela psicóloga e pesquisadora do Mestrado em Saúde Pública, Maria Cristina de Oliveira Marques, e contará com a orientação do professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

A sua participação é voluntária e será documentada através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será lido com a pesquisadora e, posteriormente, assinado.

O intuito dessa pesquisa é conhecer os fatores estruturais para a intersectorialidade cuja combinação disfuncional explica o porquê da existência da fragmentação/integração entre os setores saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento de medidas de enfrentamento da violência.

Você será entrevistado (a) em um encontro, podendo ser estendido a dois encontros, com duração de até duas horas. Todos os encontros serão gravados para que seja possível realizar o estudo do material e para que não possamos acrescentar informações que não foram ditas por você.

No decorrer da entrevista há a possibilidade de risco de constrangimento diante de alguma pergunta. Porém, fica garantido o seu direito de não responder a alguma pergunta realizada no decorrer da entrevista e esta recusa não representará nenhum prejuízo.

A pesquisa trará benefícios que podem ser definidos em termos de oferecer ao Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal um estudo analítico sobre os fatores que contribuem à integração da saúde com os demais setores governamentais para redução da violência no Distrito Federal, contribuindo desta

forma com o cumprimento da diretriz da intersectorialidade existente na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Mestrado em Saúde Pública, através de uma apresentação, podendo ser, inclusive, publicada posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Caso você concorde em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em rigoroso sigilo. Somente os pesquisadores terão acesso a suas informações para verificar os dados do estudo. Ressaltamos que todas as informações colhidas pela pesquisadora não terão utilidade para processos e para fins judiciais.

Sua participação no estudo é voluntária e você pode escolher não fazer parte dele ou desistir a qualquer momento. Em caso de desistência você deverá entrar em contato com a pesquisadora no telefone (61) 8124.0124 ou com o professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior no telefone (81) 87962002.

Fica assegurado o direito de não participarem nesse estudo de pessoas que não concordem com o presente termo.

Você receberá uma via assinada deste termo e a outra via ficará com o pesquisador.

As dúvidas e questões que surgirem em relação ao estudo, poderão ser esclarecidas com a pesquisadora durante os encontros. Para tirar dúvidas sobre os seus direitos como participantes no estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães através do telefone (81) 21012639.

EU,....., Identidade nº....., SSP –, declaro que fui informado (a) e devidamente esclarecido (a) do projeto de pesquisa intitulado “*Integração entre o setor saúde os demais setores governamentais no desenvolvimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*” desenvolvido por Maria Cristina de Oliveira Marques do curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães/Fiocruz.

Declaro que após ser esclarecido pelo pesquisador a respeito da pesquisa, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Brasília.....de.....2010.

Nome:.....

RG:.....Data de nascimento:...../...../.....Sexo M () F ()

Endereço:.....

Bairro:.....Cidade:.....CEP:.....Tel:.....

.....
Assinatura do declarante

Declaração do Pesquisador

Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima, qualificado para a realização desta pesquisa.

Maria Cristina de Oliveira Marques
Mestranda em Saúde Pública – RG: M2559732 – SSP/MG

Anexo H – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Título do Projeto: A integração entre o setor saúde e os demais setores governamentais no desenvolvimento da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência no Distrito Federal.

Pesquisador responsável: Maria Cristina de Oliveira Marques

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 18/02/10

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 04/10

Registro no CAAE: 0003.0.095.000-10

PARECER Nº 11/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 07 de abril de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 07 de abril de 2010.

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 08/10/2010.

Anexo I – Atas das Reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT em que constam os temas acidentes e violências no período de 2000 a 2003.

Número da Reunião	Data	Assunto
3ª Reunião Ordinária	18 de abril de 2002.	O tema constou dos informes da reunião sob o Título “Redução de Acidentes de Trânsito e Promoção da Saúde em Aglomerados Urbanos” – Tratava basicamente de um informe sobre o programa e explicitava o total de recursos, oriundos do DPVAT, que seria alocado para o financiamento de projetos elaborados por municípios, conforme critérios estabelecidos.

Fonte: própria autora com base em informações na página eletrônica do MS

Anexo J – Atas das Reuniões do Conselho Nacional da Saúde – CNS em que constam os temas acidentes e violências no período de 2000 a 2003.

Número da Reunião	Data	Assunto
Resumo Executivo da 94ª Reunião Ordinária do CNS	Nove e Dez de fevereiro de 2000.	A Proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência foi distribuída aos Conselheiros para que esses estudassem o documento. Houve a informação de que o documento da política seria pautado na 95ª Reunião Ordinária, momento em que seria formalmente apresentado pela SPS, para deliberação do plenário.
Resumo Executivo da 95ª Reunião ordinária do CNS.	Quinze e Dezesesseis de março de 2000	O tema constou como o quinto item da reunião. Conforme previsto na reunião anterior não houve a deliberação do plenário em relação à PNRMAV em virtude do adiamento de sua apresentação pela SPS.
Resumo Executivo da 96ª reunião Ordinária do CNS	Cinco e seis de abril de 2000	A Política de Redução de Morbimortalidade por Acidente e Violência foi apresentada ao CNS pela Professora Dra. Cecília Minayo, que foi a coordenadora dos Comitês Técnicos para elaboração da política.
Ata da centésima sexta reunião ordinária do CNS	Sete e oito de março de 2001	O tema constou como o terceiro item da reunião sob a denominação de “Política de Saúde e Violência” em que A Professora Cecília Minayo fez uma exposição sobre o assunto. Nesta reunião a PNRMAV foi aprovada e na sequência foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) composto por seis (6) Conselheiros (GT/CNS da Violência). O GT teria o objetivo de mobilizar “intensamente” os Conselhos de Saúde, entidades e autoridades com vistas ao reconhecimento e tratamento da violência como primeira prioridade da saúde pública.
Ata da centésima sétima reunião ordinária	Quatro e cinco dias de abril de 2001	O tema entrou na reunião como o primeiro item da extrapauta. Houve a apresentação do Projeto Bolsa Alimentação. O programa propunha uma agenda de compromissos do Ministério, das mães e das crianças e dentre eles citava o compromisso de cuidados com a saúde e prevenção de acidentes e violências.
Ata da centésima oitava reunião ordinária	Nove e dez de maio de 2001	O tema constou como o sexto item de pauta e tratou do relato da 1ª Reunião do GT/CNS da Violência. Salientou-se que o maior desafio do GT era colocar a discussão sobre a violência no eixo central das discussões da área de saúde e foi pedido extensão do prazo para que o GT terminasse seus trabalhos.

Número da Reunião	Data	Assunto
Ata da centésima décima reunião ordinária do CNS	Quatro e cinco dias de julho de 2001	Houve novo relato do GT/CNS da Violência em que o Conselheiro que presidia o GT relatou as articulações feitas com a Câmara dos Deputados e submeteu à apreciação dos Conselheiros propostas de Recomendação. Uma delas era de que o CNAS posiciona-se positivamente no prosseguimento do processo de articulação intersetorial implementadas pelo GT/CNS da Violência e outra era que o CNS constituísse Comissão Intersectorial Permanente do CNS, com atribuições de acompanhamento da PNRMAV, análise e revisão das estratégias de implementação dos três níveis de governo;
Ata da centésima décima primeira reunião ordinária do CNS	Oito e nove dias de agosto de 2001	O tema constou como o item 8 da reunião e foi aprovada a proposta de transformação do Grupo de Trabalho sobre Violência em Comissão Intersectorial do CNS de Trauma e Violência, a qual seria composta da seguinte forma: Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, ABRASCO, COBAP, Sociedade Pestalozzi, além de representação dos trabalhadores, do Ministério da Justiça, Rede Nacional Feminista de Saúde e dos Direitos Reprodutivos e Ministério do Trabalho e emprego.
Ata da centésima décima segunda reunião ordinária do CNS	Cinco e seis dias de setembro de 2001	Houve o relato da CIVT/CNS com informes sobre a realização de Audiência Pública e Seminário com a CDU/Câmara Federal. Além disso, houve informação sobre a realização do Seminário Nacional de Violência Urbana, nos dias 30 e 31/10/2001.
Ata da centésima décima terceira reunião ordinária do CNS	Três e quatro dias de outubro de 2001	Houve relato da CITV/CNS sobre as audiências públicas realizadas pela Comissão e informe sobre a realização do Seminário Nacional sobre Violência Urbana, nos dias 30 e 31 de outubro de 2001 (Espaço Cultural Zumbi dos Palmares da Câmara dos Deputados). Houve, ainda, discussão sobre a normatização da Portaria do Ministério da Saúde, referente ao atendimento a queimados.
Resumo executivo da centésima décima sétima reunião ordinária do CNS	Seis e sete dias de março de 2002	O coordenador da CITV/CNS notificou aos demais Conselheiros sobre a epidemia de mortes violentas no Brasil e sobre o início dos seminários macro regionais de trauma e violência.
Resumo executivo da centésima décima oitava reunião ordinária do CNS	Três e quatro dias de abril de 2002	O coordenador da CITV/CNS prestou esclarecimentos sobre a Comissão de Trauma e Violência e pediu mobilização dos Conselheiros em apoio e estímulo a realização dos seminários macrorregionais. Como item 2 da pauta houve esclarecimentos a respeito do Plano Nacional de Segurança Pública.
Resumo executivo da centésima décima nona reunião ordinária do CNS	Oito e nove dias de maio 2002	O coordenador da CITV/CNS apresentou proposta preliminar das datas dos Seminários Macrorregionais Sobre Violência Urbana e Saúde e, também, submeteu à apreciação do Colegiado as diretrizes orientadoras para realização dos Seminários acordadas com a Comissão de Desenvolvimento Urbano da Câmara dos Deputados.

Número da Reunião	Data	Assunto
Resumo executivo da centésima vigésima reunião ordinária do CNS	Cinco e seis dias do mês de junho de 2002	Como item 10 da pauta houve a apresentação da Agenda Nacional De Saúde por um assessor do gabinete do Ministro, em que a proposta da agenda foi trabalhar com os objetivos definidos na Agenda Nacional de 2001 com acréscimo do ponto referente à redução de acidentes nas grandes cidades.
Resumo executivo da centésima vigésima quinta reunião ordinária do CNS	Seis e sete dias do mês de novembro 2002	Como informe nº 04 a CITV/CNS apresentou alguns temas para apreciação do Colegiado, dentre eles que o CNS, por meio da CITV, coordenaria a oficina temática "Saúde e Violência" no decorrer da IV Conferência das Cidades que seria realizada nos dias 03, 04 e 05 de dezembro de 2002 e teria como tema central a Violência Urbana e propôs como diretrizes norteadoras das manifestações da oficina as diretrizes elencadas pela PNRMAV.
Resumo executivo da centésima vigésima sexta reunião ordinária do CNS	Quatro e cinco dias do mês de dezembro de 2002	Como item 05 da pauta houve o informe sobre o Colegiado que participou da IV Conferência das Cidades.
Ata da vigésima quinta reunião extraordinária do CNS	21 e 22 do mês de maio de 2003	Como item 04 da pauta houve o informe sobre o Seminário Nacional sobre Violência Urbana e Segurança Pública, com a conseqüente participação do CNS nos dias 27 e 28 de maio de 2003.
Resumo executivo da centésima vigésima sétima reunião ordinária do CNS	5 e 6 do mês de fevereiro 2003	Como item de pauta houve debate sobre a Saúde da Mulher – CISMU – com a informação que a Comissão fora instituída em 1993, reestruturada em 1996 e, posteriormente, em 1999, assim como as demais comissões do Conselho. Sinalizou as principais áreas de atuação da Comissão, dentre elas a violência contra as mulheres e a discussão junto aos segmentos;
Resumo executivo da centésima vigésima oitava reunião ordinária do CNS	12 e 13 do mês de março 2003	Como item cinco da pauta o coordenador da CITV/CNS da Violência informou que seria necessária a indicação de novo coordenador para a CITV, considerando que deixaria a coordenação da Comissão.
Resumo executivo da centésima trigésima primeira reunião ordinária do CNS	4 e 5 dias do mês junho de 2003	Após discussão e contribuições do Colegiado, o Projeto de Urgência/Emergência foi aprovado por unanimidade e foi delegada à Comissão de Trauma e Violência do CNS a tarefa de acompanhar o processo de elaboração final.

Fonte: própria autora com base em informações obtidas no endereço eletrônico no MS

Anexo L – Legislação Federal sobre violência e acidentes – Decretos

Decretos	Assunto	Ministérios Envolvidos
» Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004	Serviços sentinelas para notificação compulsória de violência contra mulher.	Ministério da Saúde
» Decreto nº 5.397, de 22 de março de 2005	Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD, órgão colegiado, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República	Pelo Secretário Especial dos Direitos Humanos, que o presidirá; II – por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados: a) Casa Civil da Presidência da República; b) Ministério das Relações Exteriores; c) Ministério da Educação; d) Ministério da Saúde; e) Ministério do Trabalho e Emprego; f) Ministério do Desenvolvimento Agrário; g) Ministério da Defesa; h) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; i) Ministério da Justiça; j) Ministério da Cultura; l) Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República; m) Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República; n) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; o) Fundação Nacional do Índio – FUNAI; e III – quinze representantes de entidades e organizações não governamentais das populações negra, indígena e do segmento de "Gays", Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB.
» Decreto nº 5.948, de 26 de outubro de 2006	Fica instituído, no âmbito do Ministério da Justiça, o Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar proposta do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas – PNETP.	Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; II – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República; III – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República; IV – Casa Civil da Presidência da República; V – Ministério da Justiça; VI – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; VII – Ministério da Saúde; VIII – Ministério do Trabalho e Emprego; IX – Ministério do Desenvolvimento Agrário; X – Ministério da Educação; XI – Ministério das Relações Exteriores; XII – Ministério do Turismo; XIII – Ministério da Cultura; e XIV – Advocacia-Geral da União.
» Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007 (parte 1)	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.	Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão considerar em seus planejamentos as ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Decretos	Assunto	Ministérios Envolvidos
» Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007 (parte 2)	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.	Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão considerar em seus planejamentos as ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.
» Decreto nº 6.230, de 11 de outubro de 2007	Estabelece o Compromisso pela Redução da Violência Contra Crianças e Adolescentes, com vistas à implementação de ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, por parte da União Federal, em regime de colaboração com Municípios, Estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Enfrentamento à Violência contra Criança e Adolescente, e dá outras providências.	Fica estabelecido o Compromisso pela Redução da Violência Contra Crianças e Adolescentes, com o objetivo de conjugar esforços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para a promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.
» Decreto nº 6.231, de 11 de outubro de 2007	Institui o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM.	Poderão compor o conselho gestor representantes da Defensoria Pública, dos Centros de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, dos Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares e de entidades de promoção e defesa de direitos da criança e do adolescente. Poderão ser convidados para participar das reuniões do conselho gestor representantes do Ministério Público e do Poder Judiciário.
» Decreto nº 6.489, de 19 de junho de 2008	Regulamenta a Lei no 11.705, de 19 de junho de 2008, no ponto em que restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais.	Compete à Polícia Rodoviária Federal fiscalizar, aplicar e arrecadar as multas previstas neste Decreto. A União poderá firmar convênios com os Estados ou o Distrito Federal, para que exerçam a fiscalização e apliquem as multas de que tratam os arts. 1o e 4o deste Decreto em rodovias federais nas quais o patrulhamento ostensivo não esteja sendo realizado pela Polícia Rodoviária Federal.

Decretos	Assunto	Ministérios Envolvidos
» Decreto de 19 de setembro de 2007	Institui o Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito.	O Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito será composto por: I – dois representantes de cada um dos seguintes órgãos: a) Ministério das Cidades, sendo que um deles o coordenará; b) Ministério da Saúde; c) Ministério dos Transportes; d) Ministério da Justiça; e) Ministério da Educação; II – um representante de cada um dos seguintes órgãos: a) Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República; b) Secretaria Nacional da Juventude da Secretaria-Geral da Presidência da República; e c) Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31074&janela=1> Acesso em: 30/09/2010.

Anexo M – Legislação Federal sobre violência e acidentes – Portarias

Portarias	Assunto
» Portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008	Estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008.
» Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008	Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
» Portaria nº 548, de 19 de outubro de 2007	Designar para compor o Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, instituído com a finalidade de diagnosticar a situação da saúde, segurança e paz no trânsito e promover a articulação e definição de estratégias intersetoriais para a melhoria da segurança, promoção da saúde, e da cultura de paz no trânsito, os seguintes membros
» Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001	Aprova a Política de Promoção da Saúde.
» Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004	Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS
» Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.
» Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006	Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).
» Portaria nº 1.384, de 12 de junho de 2007	Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde.
» Portaria 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 Sistema Único de Saúde – SUS.
» Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
» Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004	Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.
» Portaria nº 3.230, de 21 de dezembro de 2007	Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde visando à implantação e/ou à implementação da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz.

Portarias	Assunto
» Portaria nº 3.231, de 21 de dezembro de 2007	Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal visando a implantação e/ou à implementação da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz.

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31074&janela=1> Acesso em: 30/09/2010.

Anexo N – Legislação Federal sobre violência e acidentes – Leis

Portarias	Assunto
» Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989	Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.
» Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.
» Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991	Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências.
» Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997	Define os crimes de tortura e dá outras providências.
» Lei nº 9.970, de 17 de maio de 2000	Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.
» Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001	Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências.
» Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003	Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher.
» 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.
» Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003	Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm, define crimes e dá outras providências.
» Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004	Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica".
» Lei nº 11.489, de 20 de junho de 2007	Institui o dia 6 de dezembro como o Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres.
» Lei nº 11.523, de 18 de setembro de 2007	Institui a Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância.
» Lei nº 11.577, de 22 de novembro de 2007	Torna obrigatória a divulgação pelos meios que especifica de mensagem relativa à exploração sexual e tráfico de crianças e adolescentes apontando formas para efetuar denúncias.

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31074&janela=1> Acesso em: 30/09/2010.