

A VIOLÊNCIA FAMILIAR SOB A ÓTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: A TRAJETÓRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Family violence from the Health Promotion perspective: the path taken by the municipality of Rio de Janeiro

Andrea Augusta Castro¹, Anna Tereza Miranda Soares de Moura²,
Ricardo de Mattos Russo Rafael³

RESUMO

Objetivos: Analisar a percepção dos gestores da saúde do Município do Rio de Janeiro em relação à abordagem da violência familiar, com foco na promoção da saúde e as ações desenvolvidas nos últimos dez anos para a efetivação das políticas públicas sobre o tema. **Métodos:** Um estudo de caso realizado no nível central e regional da gestão municipal, com a aplicação de entrevistas individuais semiestruturadas aos gestores e o levantamento de documentos oficiais. Foi utilizada a análise de conteúdo com a identificação das seguintes categorias analíticas no relato dos gestores: percepção do gestor, possibilidades de atuação integrando as ações de promoção da saúde e transformações na produção de saúde. **Resultados:** Os relatos demonstram que as ferramentas da promoção podem ampliar as possibilidades de intervenção na atenção primária para a abordagem da violência familiar, em especial no modelo organizacional proposto na Estratégia Saúde na Família (ESF), em que esta atuação se mostra particularmente desafiadora. Foram apontadas algumas ações facilitadoras, como a proximidade com o território e o protagonismo social. **Conclusões:** As políticas desenvolvidas na gestão municipal têm exercido importante papel indutor na construção de novas práticas de saúde, a partir de uma perspectiva intersetorial. O olhar diferenciado dos gestores sobre a violência familiar parece fundamental para a ampliação de ações de prevenção da violência e de promoção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Violência Doméstica; Promoção da Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the perception of healthcare sector managers in Municipal Rio de Janeiro, concerning their approach to family violence, from the perspective of health promotion and the actions developed in the last ten years, towards the implementation of public health policies on this issue. **Method:** This is a case study conducted at the central and regional levels of municipal health management, through the application of semi-structured interviews with individual managers and the survey of official data. Report content was analyzed and stratified into the following categories: manager's perceptions and options for linking health promotion actions to transformations in health production. **Results:** Promotion tools can expand the range of possible interventions within primary care, especially under the organizational model proposed in the Family Health Strategy, where the options for addressing family violence are particularly challenging. Some facilitating factors were indicated, such as closer contact with the territory, and social advocacy. **Conclusion:** The policies developed at the city management level have boosted the construction of innovative healthcare practices, based on an intersectoral perspective. Healthcare management's unique approach to family violence represents an essential element for expanded actions towards violence prevention and health promotion.

KEYWORDS: Violence; Domestic Violence; Health Promotion; Health Management.

¹ Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (MSF/UNESA). Professora substituta do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Médica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Gerência de Saúde do Homem. E-mail: andreaugusta@bol.com.br.

² Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ). Professora do Programa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (MSF/UNESA).

³ Enfermeiro. Doutorando em Ciências pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (MSF/UNESA). Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Iguazu (UNIG).

INTRODUÇÃO

A violência familiar é considerada um fenômeno sócio-histórico e multifatorial com enraizamentos profundos nas estruturas familiares e sociais. Suas repercussões são consideradas graves e de difícil mensuração, causando danos físicos, morais, psicológicos e/ou espirituais na vida de quem sofre, perpetra ou presencia os abusos. Embora alguns grupos populacionais se mostrem mais vulneráveis do que outros, o fenômeno das violências assume formas e intensidades distintas, tornando-se cada vez mais disseminado nas diversas camadas da sociedade.^{1,2}

A magnitude desse evento possui variações em diferentes países e regiões, uma vez que as definições e métodos de detecção utilizados sofrem interferências relacionadas às noções culturais, éticas e políticas do respectivo grupo populacional. No Brasil, esforços vêm sendo realizados para estruturar a descentralização da vigilância desse agravo, embora haja uma prevalência oculta e ainda de difícil detecção. Apesar das limitações na qualidade das informações, muito se tem avançado no país e dados do Ministério da Saúde estão em sintonia com os resultados internacionais, principalmente quando aponta o domicílio como o local prioritário para a ocorrência de conflitos violentos contra crianças, idosos e entre casais.^{3,4}

A partir da visão proposta pelo modelo ecológico explicativo para a ocorrência da violência, seria interessante avaliar as possíveis estratégias para sua abordagem, considerando o modelo biopsicossocial e sua expressão na família, bem como o sentido que esse agravo vai assumir em determinada comunidade.^{1,5} A integralidade do cuidado propõe ações de promoção, prevenção e curativo-reabilitadoras auxiliadas por ferramentas da vigilância em saúde que ainda precisam ser estimuladas nos serviços. Essa visão ampliada da saúde pode permitir analisar o fenômeno da violência familiar em sua gênese, agregando informações acerca dos aspectos e condições de vida, dos determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento da população, estando em consonância com as atuais diretrizes das políticas de saúde.⁶ Essas estratégias apontam para o fortalecimento de ações que possam favorecer o desenvolvimento social, a articulação intersetorial, além do reforço da capacidade e autonomia das pessoas, respeitando seu pertencimento cultural.⁷

Identificar fatores de vulnerabilidade e proteção em famílias de um determinado território parece favorecer a organização da dinâmica de assistência e controle de agravos, visando intervenções baseadas na mobilização dos recursos locais, no empoderamento dos indivíduos e comunidades. A atenção integral e a perspectiva de atuação na ótica da promoção de saúde permitem ampliar as pos-

sibilidades de intervenção com investimentos em ações positivas, o que pode fazer grande diferença no enfrentamento do fenômeno das violências.⁸ Ademais, os casos que chegam aos serviços de saúde costumam ser complexos, demandando múltiplas iniciativas e a articulação com diversos setores, com elevados custos e acompanhamento de longo prazo.⁹

Embora muito ainda se tenha a avançar, a ampliação dessas possibilidades de atuação frente à violência pode ser facilitada na dinâmica de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pela aproximação com as famílias e a cultura local, favorecendo a construção de redes de proteção.¹⁰ Esse modelo de organização dos serviços possibilita a longitudinalidade do cuidado pela equipe de saúde, facilitando a formação de vínculo. A atuação da equipe multiprofissional, valorizando os princípios da humanização e da atenção centrada na pessoa, permite reconhecer as singularidades subjetivas e socioculturais, os interesses e necessidades de cada pessoa, o que pode propiciar uma atuação diferenciada frente às situações de violência.

Nessa perspectiva, o município do Rio de Janeiro pode se apresentar como um caso interessante a ser avaliado, uma vez que possui forte experiência de atuação no enfrentamento desse grave problema social, com uma trajetória ativa na construção de ações e ferramentas voltadas para a abordagem à violência familiar.¹² E apesar desses inúmeros avanços, existem poucos estudos que avaliam as políticas e ações de saúde voltadas para esse fenômeno. Buscando minimizar essa lacuna, este artigo tem como objetivo analisar a percepção dos gestores da saúde do Município do Rio de Janeiro em relação à abordagem da violência familiar, com foco na promoção da saúde e descrever as ações desenvolvidas nos últimos dez anos (1999 a 2009) para a efetivação das políticas públicas sobre o tema. Visa, dessa forma, contribuir para a discussão acerca das intervenções nesse nível de atenção, especialmente na ESF, buscando subsidiar novas formas de abordagem familiar e identificação precoce do problema.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso e a escolha do município do Rio de Janeiro ocorreu pelos altos índices de violência registrados em seu território e pela história de iniciativas na abordagem a esse agravo nas últimas décadas.¹² O cenário da pesquisa contemplou os níveis centrais e regionais de gestão municipal no âmbito da atenção primária, de acordo com a organização da época em que foi realizado o trabalho de campo. No nível central, foram incluídas

as gerências técnicas de grupos e áreas especializadas, a saber: criança, idoso, adolescente, mulher e saúde mental, além da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família e Assessoria de Promoção da Saúde.

No nível regional do município, existem dez Áreas de Planejamento (AP) como divisores administrativos do Rio de Janeiro. Considerando o critério contraste-aprofundamento e diferenças na organização dessas regiões, optou-se por duas APs com os piores indicadores de saúde e uma com os melhores. Os marcadores eleitos para essa seleção foram: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o coeficiente de mortalidade por causas externas na categoria agressões. No período da coleta de dados (maio a julho de 2009), a estrutura regional da coordenadoria de saúde era composta por representações técnicas similares às da estrutura central e por núcleos multidisciplinares de apoio às equipes de saúde da família, denominados Grupos de Apoio Técnico (GAT), que tinham por finalidade a implantação das políticas públicas no território.

A população da pesquisa foi constituída por gestores dos níveis central e regional da secretaria municipal que ocuparam o cargo, durante pelo menos três anos, ao longo do período definido para o estudo: 1999 a 2009. Participaram um total de 10 gestores, sendo sete do nível central nas áreas técnicas anteriormente indicadas e três do nível regional das APs selecionadas.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, por meio de dois instrumentos distintos, um para o nível central e outro para o regional. O primeiro abrangeu questões relacionadas às propostas de atuação frente à violência, como capacitação e sensibilização das equipes, além das facilidades e desafios na implementação de ações no âmbito da ESF. As variáveis constituintes do instrumento para os gestores regionais abrangeram ações realizadas na sua área específica, identificação dos parceiros locais, percepção dos profissionais da ESF sobre o tema, além das facilidades e desafios para trabalhar com famílias consideradas em risco. Também foram utilizados como fonte de informação os documentos oficiais indicados pelos entrevistados do nível central e obtidos por meio de pesquisa na internet e na própria instância municipal. Foram incluídos na pesquisa os documentos identificados como contribuintes para delinear as principais etapas de construção das políticas públicas municipais voltadas para o enfrentamento da violência familiar.

A análise de conteúdo de Bardin,¹³ com abordagem temática foi utilizada no tratamento e interpretação dos dados, considerando-se as seguintes categorias analíticas: possibilidades de atuação do gestor e novas práticas de abordagem sob a perspectiva da promoção da saúde.

Por meio da sistematização das informações obtidas nas entrevistas e documentos, levando em consideração os sentidos frequentes e ímpares presentes nos discursos, foi possível perceber os principais temas emergentes na pesquisa de campo. Os dados foram organizados e classificados segundo categorias temáticas, que consideraram os objetivos da pesquisa em associação aos temas emergentes no campo e às categorias teóricas que orientaram a análise.

As falas dos entrevistados estão identificadas por numeração de acordo com o tipo de inserção do profissional, por exemplo, EC1, EC2,... EC7 para os gestores centrais e ER1, ER2 e ER3 para os gestores regionais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ, conforme protocolo de pesquisa nº 78/09 CAEE: 0086.0.314.000-09 nos termos da Resolução CNS 196/96 que define as normas legais para a realização de estudos que envolvam seres humanos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Possibilidades de atuação do gestor: abordando a violência intrafamiliar

A violência foi reconhecida pelo conjunto de gestores entrevistados como um problema presente em todas as esferas da vida social e com importantes repercussões no setor de saúde. Conforme o entendimento de um dos entrevistados: “*É um tema que sempre aparece [...], nos dados de mortalidade, no atendimento, no dia a dia, é um tema transversal em todas as ações*” (EC1). Também afirmaram que ainda há resistências em perceber a violência entre as atribuições do setor de saúde, como expressam estas falas: “*Nunca foi uma bandeira, não fazia parte de uma pauta específica - a violência. Mas sempre se faz presente*” (ER3); “*É um tema que incomoda muito, muito presente e pouco trabalhado, identificado como uma ação externa, política, acham que a ação deles [profissionais] tem pouco impacto no problema, pouca governabilidade sobre o problema*” (ER2).

Os gestores também destacaram algumas dificuldades na abordagem à violência familiar no setor da saúde. A omissão do profissional e da própria vítima, quando acontece, pode estar revelando o seu despreparo em lidar com o problema que é frequentemente envolvido em tabus que limitam sua revelação. Esse fato pode propiciar a perpetuação de episódios de violência, como indica esta fala: “*Muitas vezes, o próprio idoso não fala, não quer falar do familiar, muitas vezes o filho é usuário de drogas, que pega o dinheiro, o cuidador que se apropria dos seus bens*” (EC4), “*Todos os profissionais que lidam com a violência devem ser capacitados, mas também capacitar famílias, o que é violência, sobre seus direitos*” (ER2).

A violência se torna um tema próprio ao setor de saúde pelas lesões físicas e psíquicas que acarreta, pelas exigências de cuidados nos serviços, pela oportunidade de detecção precoce, mas também pela possibilidade de abordagem com a incorporação de alguns marcos teóricos, como a concepção ampliada de saúde e a articulação intersetorial.⁵ A presença dessa nova concepção na gestão da saúde municipal foi observada na fala dos gestores, apesar da percepção relativamente recente quanto à importância dos determinantes sociais da saúde. Existe uma dificuldade que é ainda anterior a essa, que diz respeito ao reconhecimento da violência pelas próprias vítimas, seus familiares e também pelos profissionais de saúde. Ao apontar essa lacuna, os gestores evidenciam sua preocupação com a sensibilização dos profissionais, bem como com a necessidade de maior envolvimento com os usuários, trazendo o tema para ações de educação em saúde junto à comunidade.¹⁴

Segundo os entrevistados, a participação da saúde no enfrentamento da violência familiar precisa acontecer de forma articulada e integrada a outros setores em rede. Essa percepção é essencial para a mudança de olhar sobre o problema, como expressam estas citações: “*A saúde tem que levantar essa bandeira, porém sozinha não faz milagre, precisamos de todos os setores. No município, as várias secretarias, habitação, educação, assistência social e o estabelecimento de parcerias com o Ministério Público e a Delegacia do Idoso...*” (EC4); “*Os vários parceiros, ONGS, a gente acha que a saúde não pode dar conta sozinha, precisamos fortalecer as ações locais, conhecer os recursos locais, fortalecer essa rede*” (ER2). Os gestores relataram que para lidar de forma mais efetiva com esse fenômeno, seria necessário avançar na gestão e planejamento, de forma a ampliar a participação, a intersetorialidade e a integralidade nas ações e serviços.¹⁵

É importante a produção de conhecimentos e novas práticas sanitárias que subsidiem as políticas públicas na abordagem de problemas complexos, como expressa a fala: “*E tinha este projeto, para além da assistência focada nas notificações, pudessem trabalhar na construção da cultura da paz, lidar com as relações familiares, trabalhar na lógica da prevenção e não esperar acontecer*” (EC5). Por meio dessas ideias, os gestores mostram alguma sintonia com os conceitos que embasam as ações voltadas para a abordagem da violência, na ótica da intersetorialidade e ressaltando a importância da construção de redes de proteção e apoio para as vítimas e suas famílias.

Outro ponto que merece ser ressaltado é a percepção dos próprios entrevistados como representantes do Estado e com deveres frente à sociedade.¹⁵ Eles percebem como essa questão está entremeada no cotidiano, identificando a necessidade de fortalecer a cidadania: “*Principal*

avanço é a questão da cidadania, muitas mães, avós, homens acabam aceitando [a violência] como algo corriqueiro, justamente por não se ver com direitos, é um trabalho de desenvolvimento de cidadania” (ER3). “*Atravessam cotidianamente, quando aparece uma menina de 11 anos grávida, mesmo quando não parece uma situação de violência, suscitam questões de direitos*” (EC7).

Para que esses avanços possam ocorrer, os gestores apontaram que a saúde vem participando do desenvolvimento de políticas sociais mais abrangentes, que permitiriam contemplar questões complexas e de natureza multifatorial. O desafio de lidar com essas questões exige o fortalecimento do vínculo com as famílias e comunidades, exemplificado pelo relato: “*Quando conseguimos entrar [na comunidade] é um avanço, como aprendemos sobre o modo de viver, a cultura*” (ER2); “*Quando nos aproximamos da comunidade, conhecemos o campo de subjetivação de cada universo. Acho que é o pulo do gato*” (EC7). Outro aspecto refere-se à importância de conhecer o território e respeitar sua cultura local, construindo intervenções que considerem os vários olhares dos atores locais: “*Não dá para discutir de forma generalizada, em cada território é diferente, [...], sendo que um é muito mais violento; o trabalho do técnico, do gestor, é um pouco isso*” (ER2).

Esses resultados reforçam a concepção de que o setor de saúde pode lidar com a violência familiar por meio do desenvolvimento de políticas públicas ampliadas, que incluam o apoio individual, familiar e comunitário, no sentido de fortalecer a cidadania. A percepção dos gestores está em consonância com o consenso científico que reforça os princípios do vínculo e acesso, a integralidade, a longitudinalidade e o cuidado coordenado, atributos imprescindíveis da Atenção Primária.¹¹ Cabe destacar a importância de se buscar possibilidades de metodologias que facilitem o entendimento da pessoa, sua experiência e percepção, seu contexto e a família. Acredita-se que a incorporação dos princípios da promoção à saúde deva fomentar a autonomia dos sujeitos, por meio de um plano conjunto, além da construção de uma rede de apoio através da articulação setorial, possibilitando o uso dos recursos locais.^{16,17}

Mudanças no cenário: incorporando novas práticas na abordagem à violência domiciliar

A perspectiva da nova promoção da saúde começou a obter espaço na prefeitura do Rio de Janeiro, principalmente a partir dos anos 2000: “*Na fase inicial dos anos 90, a visão da promoção era um tanto restrita a alguns aspectos relacionados à doença, evitar o adoecimento, depois na década seguinte é que se desenha [ações de saúde] incorporando a visão de qualidade de vida*” (EC7). Outra fala do gestor ressalta a preocupação em estruturar políticas indutoras: “*A prefeitura pensando po-*

líticas públicas, pensando uma política de enfrentamento da violência, foi uma construção da [Assessoria de] Promoção da Saúde” (EC7).

A estruturação da Assessoria de Promoção da Saúde pode ser citada como um exemplo de mudanças no âmbito da instância municipal, ocorrida em 2006.¹⁸ Essa iniciativa organizacional é originária da Gerência de Atenção ao Adolescente, a partir da preocupação da equipe com os indicadores de mortalidade desse grupo etário e sua maior vulnerabilidade à violência. Começa a ganhar espaço institucional a importância de estruturas que pudessem trabalhar questões de saúde transversais aos diversos ciclos de vida. Em uma fase inicial, essa Assessoria intensificou ações voltadas aos profissionais da ESF no município, incluindo atividades direcionadas à abordagem da violência sexual, na perspectiva de treinamentos e educação permanente, conforme exposto: “*Em 2000 foram capacitados mais de seiscentos profissionais. E desde 2003, temos um evento anual sobre violência sexual*” (EC2).

A partir de 2006, outros eixos temáticos criados pela recente Assessoria de Promoção da Saúde são desenvolvidos, conforme registro em atas: solidariedade e prevenção da violência; atividade física e qualidade de vida; equidade e valorização da diversidade; desenvolvimento humano e comunitário; informação, comunicação e educação em saúde. O núcleo da Assessoria de Promoção também fomentou o projeto Família Fortalecida em parceria com a UNICEF, e a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde, para o incremento do protagonismo juvenil nas comunidades.¹⁹ Essas iniciativas sinalizam para uma visão mais ampliada das ações para a promoção da saúde, com possíveis interfaces com a abordagem diferenciada da violência.

A constituição de parcerias para a proposição de ações de promoção também passou a ser valorizada no município, destacando-se a atuação do Conselho Municipal de Direitos das Crianças e Adolescentes (CMDCA). Essa valorização pode ser observada no relato do gestor: “*A participação de elementos da gerência [do programa do adolescente] no CMDCA possibilitou a notificação na década de 90. Além de pensar uma política sobre violência familiar, a coordenação foi da saúde, puxado pela saúde*” (EC1).

Intensificam-se movimentos visando uma articulação entre a área da saúde e as secretarias de Educação e de Assistência Social, com outros parceiros como a Fundação Oswaldo Cruz, através do Instituto Fernandes Figueira e do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES), Núcleos de Defesa da Criança e do Adolescente e diversas organizações não governamentais. Como produto desse período de intenso debate, ocorreu a implantação do Núcleo de Promoção da Solidariedade

e Prevenção da Violência com a participação de representantes das gerências técnicas, impulsionando estratégias de caráter intersectoriais.²⁰

Dentre as ações deste Núcleo estão incluídas capacitações com profissionais da saúde e educação na abordagem de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, por meio de técnicas que promovem a mediação de conflitos. Esses podem ser considerados como registros de mudanças frente às possibilidades de atuação em relação à ocorrência da violência, permitindo uma reflexão sobre as ações mais adequadas, a partir da visão de diferentes atores – profissionais da ponta, gestores, lideranças comunitárias, usuários etc. A construção coletiva de estratégias de intervenção compatíveis com o contexto local podem ser consideradas inovadoras e facilitadoras para uma abordagem menos repressora e mais acolhedora do tema.

Cabe ressaltar a importância da ampliação de suporte para as equipes com a integração de profissionais da saúde mental, incrementando ações de prevenção secundária da violência nos territórios da ESF, por meio da formação de equipes de apoio matricial com o propósito de compartilhar o cuidado e fomentar as ações de enfrentamento: “*As pessoas [profissionais], que eram o objetivo destas oficinas, discutiam os seus próprios problemas e davam soluções, e os núcleos de apoio e os profissionais da saúde mental ajudavam a discutir os problemas surgidos*” (ER1).²¹

Os gestores destacaram o envolvimento e a participação criativa de moradores no enfrentamento de problemas complexos, exigindo espaços de escuta compartilhada, trocas de experiências e a formação de rede social, “*empregada de forma crescente como estratégia de ação coletiva que traz uma nova forma de ação organização e ação*”, conforme revelam os exemplos: “*Você consegue levar uma vizinha a participar, tem coisas que a própria comunidade pode dar conta, mas tem que ter alguém para alertar. E a promoção pode dar uma luz*” (EC4); e “*Surge rede onde não existia*” (EC 7).²²

A produção da saúde vem exigindo a incorporação de novas práticas, com destaque para a integralidade na atenção à saúde, fomentando a participação social organizada, a identificação dos recursos locais e a construção de redes solidárias. Instâncias catalisadoras no desenvolvimento dessas experiências inovadoras foram identificadas; “*A violência foi um tema que esteve pautado no processo de trabalho da Promoção da Saúde, esta foi uma ação delineada pelo grupo da Assessoria [de Promoção da Saúde]*” (EC5).²³

CONCLUSÕES

O estudo evidencia mudanças na percepção e atuação dos gestores municipais frente à violência familiar e a in-

serção de estratégias direcionadas a este tema na agenda do setor de saúde, principalmente, a partir dos anos 2000. Os resultados possibilitam observar a inclusão da temática como responsabilidade do próprio gestor, tanto na elaboração como na sustentação de ações direcionadas ao tema.

A promoção da saúde integrada à atenção é apresentada como uma estratégia de produção de saúde articulada às demais políticas sociais, com a perspectiva de fortalecer a autonomia e melhorar a qualidade de vida da população. A incorporação de conhecimentos do campo da promoção da saúde pode ser capaz de potencializar a aquisição de novas habilidades e atitudes pelos gestores, possibilitando a indução de novas práticas no cuidado pelas equipes de saúde. Essas ações também precisam estar alinhadas à melhoria do acesso, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado. Vale ressaltar que ao longo da janela temporal utilizada no estudo, a cobertura da ESF no município era muito insipiente, e esses princípios eram ainda mais difíceis de ser incorporados nos modelos tradicionais de assistência à saúde.

O estudo possui algumas limitações que merecem reflexão. O relato dos gestores pode conter certo viés de memória, com as lembranças mais positivas se sobressaindo em detrimento das ações que não foram exitosas. Ademais, a organização da gerência passou por ampla reformulação, sendo possível que a importância e área de atuação de alguns cargos tenham sido modificadas. Apesar dessas limitações, cabe ressaltar a importância de avaliação e monitoramento das novas formas de produção de saúde implementadas, e a reflexão dessa trajetória singular pode possibilitar a identificação de experiências locais inovadoras.

REFERÊNCIAS

1. Domenach JM. La violencia. In: Domenach JM et al. La violencia y sus causas. Paris: UNESCO; 1981.
2. Krug EG, et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
3. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CM, Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*; 2001; p. 69-82.
4. Gawryszewski VP, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 11(Suppl):1269-1278.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a

atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 104p.

6. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.
7. Teixeira CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(1):37-46.
8. Deslandes SF, et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(Suppl):1279-90.
9. Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):29-36.
10. Apratto Júnior PC, Moraes CL. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2983-95.
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
12. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP) - 1997 a 2008. [material eletrônico]. 2005 [citado 2011 jun. 14]. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editionsectionid=123>>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004. 281p.
14. Amaro MCP, Andrade SM, Garanhani ML. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). *Saúde Soc*. 2008; 17(3):171-80.
15. Costa AM, Pontes ACR, Rocha DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. SUS: Ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 96-116

16. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006. 288 p.
17. Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010. 376p.
18. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Projetos e Ações Prioritárias [material eletrônico]. 2006 [citado 2011 jun. 14]. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?user=reader&editionsectionid=252>>.
19. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Família Brasileira Fortalecida: estratégia para melhorar as competências familiares [material eletrônico]. 2006 [citado 2011 jun. 14]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10221.htm>.
20. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Básica, Vigilância e Promoção da Saúde [material eletrônico]. 2012 [citado 2012 jul. 23]. Disponível em: <<http://www.otics.org/rio/subpav>>.
21. Tavares SMG. A implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da saúde mental no território NASF/ESF. Bol Inst Saúde. 2008; 45:10-12.
22. Akerman M, Duhl L, Bógus CM. A questão urbana e a saúde: impactos e respostas necessárias. In: Castro A, Malo M. SUS ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 119-132
23. Costa AM, Pontes ACR, Rocha DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. SUS ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 96-116.

Submissão: fevereiro de 2013

Aprovação: março de 2015
