

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ANDRÉA AUGUSTA CASTRO

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ABORDANDO À VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR
NO ÂMBITO DA GESTÃO DA ESF

Rio de Janeiro

2010

ANDRÉA AUGUSTA CASTRO

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ABORDANDO À VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR
NO ÂMBITO DA GESTÃO DA ESF

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito Para obtenção do título de mestre

ORIENTADORA: Profa. Dra. Anna Tereza Miranda
Soares de Moura

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Marilene
Nascimento

Rio de Janeiro

2010

“Todo esforço fecundo sempre gera
estímulos que fortalecem o ânimo e
asseguram a solidez dos empenhos” Carlos
Bernardes Pecotche

AGRADECIMENTOS

Ao Criador por nos prover de inteligência e sensibilidade para construirmos nossa vida em prol do bem e da felicidade de nossos semelhantes;

Aos meus pais Ildfonso e Musa, gratidão pelos bens preciosos recebidos nesta jornada, os valores eternos;

Aos meus filhos Ricardo e Tatiana pelas ausências e presenças quando possíveis;

Ao meu querido Théo pela sua compreensão infinita;

Aos amigos, minha gratidão

Em especial:

À Maria Tereza Costa que me nutriu da primeira semente no assunto e o estímulo para realizar o mestrado, ainda na época como chefe do HM Jesus;

À Ana Lúcia Portugal pela força depositada para que as pessoas possam desenvolver seu potencial

À Sonia Baptista que me deu seu voto de confiança ao chamar-me para trabalhar na ESF

À Fátima Enes pelo seu apoio incondicional

As orientadoras Anna Tereza Moura e Marilene Nascimento pelo carinho, firmeza e estímulo nesta longa jornada

Aos colegas que contribuíram para este trabalho, meus agradecimentos

LISTA DE SIGLAS

ABRAPIA- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

AP- Área Programática

CID -Código Internacional de Doenças

CLAVES- Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde

CMDCA- Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CT- Conselho Tutelar

DAB- Departamento de Atenção Básica

ECA -Estatuto da Criança e da Adolescência

ESF –Estratégia Saúde da Família

GAT -Grupo de Apoio Técnico

IPPMG- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira /UFRJ

MP- Ministério Público da Infância e Juventude do Estado do Rio de Janeiro

OMS-Organização Mundial da Saúde

ONGs- organizações não–governamentais

OPAS-Organização Pan Americana

PSF- Programa Saúde da Família

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS/RJ Secretaria Municipal de Saúde /Rio de Janeiro

SMSDC- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SVS- Sistema de Vigilância em Saúde

SUBASS –Superintendência de Ações e Serviços de Saúde

UNICEF- Fundo da Nações Unidas para a Infância

UNESCO- Organização pela Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE SIGLAS	
APRESENTAÇÃO	
1.Introdução.....	15
1.1.Violência e Saúde.....	15
1.1.1 A legitimação da violência na área da saúde.....	15
1.1.2 A epidemiologia d a violência no mundo e no Brasil.....	22
1.2.Violência intrafamiliar: abordagens e definições.....	26
1.3. Promoção da Saúde: bases conceituais e operacionais.....	38
1.4. Gestão na Estratégia Saúde da Família.....	48
1.5. Justificativa.....	60
1.6. Objetivos	63
2.Procedimentos e métodos.....	64
2.1. Tipo de pesquisa.....	64
2.2. Cenário da pesquisa.....	65
2.3. População da pesquisa.....	68
2.4. Instrumentos da coleta de dados.....	69
2.5. Análise e interpretação dos resultados.....	71
3.Resultados.....	75
3.1-A inserção da violência na saúde e a percepção da violência intrafamiliar segundo os gestores municipais de saúde.....	75
3.2 A resposta à violência : o avanço das políticas públicas e estratégias de produção de saúde no município do Rio de Janeiro segundo o relato dos gestores.....	80
3.2.1- O avanço das políticas públicas a partir do olhar do gestor.....	80
3.2.2-Ações de prevenção da violência e promoção da saúde implementadas segundo o olhar do gestor.....	87
3.3- Na ESF : outras possibilidades de intervenção visando a proteção	93
3.3.1.Facilidades da abordagem nos territórios da ESF.....	94
3.3.2. Alguns limites identificados.....	97
3.4. Desafios apontados.....	100

4. Considerações finais e conclusão.....	103
Referências Bibliográficas.....	113
ANEXO 1- Organograma SUBASS.....	120
APENCICE 1- Roteiro para entrevista com gestores do nível central..	121
APENCICE 2- Roteiro para entrevista com gestores do nível regional.	122
APENCICE 3- Roteiro para levantamento dos documentos.....	123
APÊNDICE 4- Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	124

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção do gestor da atenção primária no município do Rio de Janeiro em relação à abordagem da violência intrafamiliar considerando os recursos da promoção da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro. Este foco se fundamenta na valorização dos determinantes sociais e na concepção ampliada da saúde, abordando a violência com base no modelo bioecológico à luz da teoria sistêmica e propõe como eixos de ação a articulação intersetorial e a participação social. A pesquisa foi realizada utilizando a metodologia qualitativa e duas fontes de informação, a saber: entrevistas individuais semi-estruturadas com os sujeitos definidos na população da pesquisa e revisão de documentos. O tratamento dos dados foi desenvolvido através da técnica de análise de conteúdo com abordagem temática indicada por BARDIN (2004). Através das entrevistas realizadas foram levantadas questões relacionadas às facilidades, limites e desafios da implantação das ações de prevenção da violência e promoção da saúde no âmbito da ESF, compreendendo melhor o papel do gestor neste processo e a construção das políticas públicas e ações produzidas no período das duas últimas décadas. Identificamos uma percepção ampliada dos representantes deste setor social, e uma compreensão de que precisam responder às demandas da sociedade através da elaboração de políticas públicas. Portanto, são atores-chaves que possuem uma visão periférica. Esse olhar ampliado é fundamental para encampar a intersetorialidade, um dos eixos da promoção da saúde. A ESF é uma modalidade organizacional apontada pelos entrevistados que possibilita uma escuta mais atenta, acolhimento e vínculo. A proximidade da equipe amplia o conhecimento acerca do contexto sociocultural em que estejam inseridos, facilita a integralidade da atenção e as intervenções nos determinantes do agravo. As principais dificuldades reveladas pelos gestores foram relativas à baixa qualificação para lidar com o

problema, gerando um sentimento de impotência, bem como pelo sentimento de insegurança, além das fragilidades institucionais. A implementação do cuidado matricial, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, propicia apoio às equipes no sentido de minimizar o sentimento de impotência, solidão e insegurança, apontada pelos gestores como uma necessidade. Entendem que o setor precisa planejar e adequar a gestão para atender as mudanças do perfil epidemiológico, a partir do desenvolvimento de competências que possam ser incorporadas a novas habilidades e atitudes, balizadas por uma gestão participativa e inovadora. Já é possível identificar uma linha contínua de ações de promoção da saúde na linha de tempo estudada, demonstrando haver uma política indutora em construção, como o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção à Violência, em consonância com as diretrizes das políticas mundiais e da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Colocam a necessidade de produção de conhecimento e práticas sanitárias que subsidiem as políticas públicas, e estas contribuam para abordar os problemas complexos de saúde.

Palavras –chaves : violência intrafamiliar- promoção – gestão no saúde da família

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate perception of primary care manager of the municipality of Rio de Janeiro inter-animal intrafamiliar violence approach considering the resources of health promotion in the framework of family health strategy (ESF) in the municipality of Rio de Janeiro. This focus is based on the valuation of social determinants and health, extended design approach violence based on the model bioecológico in the light of the theory and proposes action priorities to intersectoral coordination and social participation. The search was conducted using qualitative methodology and two information sources, namely semi-structured one-on-one interviews with central level managers and regional level and reviewing documents. The processing of data was developed through content analysis technique with thematic approach indicated by BARDIN (2004). Through interviews and survey of documents were raised issues related to facilities, limits and challenges of deploying violence prevention and health promotion under the ESF, understanding better the role of Manager in this process and the construction of public policies and actions produced in the period of two decades. We identify a larger perception this social sector representatives, and understanding they need to respond to the demands of society through public policies. So, are key actors that have a peripheral vision. This expanded look is fundamental to incorporate the intersectoral approach, one of the axes of health promotion. The ESF is an organizational pointed by respondents modality that allows a host listening more carefully, and link. The proximity of team extends the knowledge about the sociocultural context in which they are inserted, facilitates full attention and assistance in determining tort. The main difficulties revealed by the managers were on the low qualification to deal with the problem, generating a feeling of powerlessness and the feeling of insecurity, in addition to the institutional weaknesses. Matrix implementation of care, sharing health practices in the territories,

provides support teams in order to minimize the feeling of helplessness, loneliness and insecurity, pointed to by managers as a necessity. Understand that the industry needs management plan and match to meet the epidemiological profile changes from the development of skills that can be incorporated into new skills and attitudes, integration by a participatory management and innovative. It is possible to identify a continuous line of health-promoting actions in timeline studied there, demonstrating in construction, it induces policy as the core of promoting solidarity and violence prevention, in line with the guidelines of global policies and national policy on health promotion (2006). Put the need for knowledge production and health practices that subsidize public policies, and these contribute to addressing the complex health problems.

Key words: intrafamiliar violence – promotion – family health management

APRESENTAÇÃO

A violência intrafamiliar, noção relativamente recente na saúde, é considerada um agravo de saúde pública. Este projeto a aborda com base no modelo bioecológico à luz da teoria sistêmica de Bronfenbrenner, que considera as influências dos contextos em que os sujeitos vivem, bem como a bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente e a temporalidade. Esta contextualiza a violência como produto de fatores individuais e sociais, merecendo um olhar diferenciado do gestor em saúde, principalmente nos casos menos visíveis, como os abusos às crianças, mulheres e idosos (MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

Em 2005, violência e acidentes dos mais diversos tipos constituiu a segunda causa de mortalidade geral no país, a sexta de internação hospitalar e, na faixa etária de 5 a 39 anos, a principal causa de morte (BRASIL, 2001a). Cabe destacar a alta prevalência da violência intrafamiliar – e suas implicações na vida dos seres humanos, razão pela qual é preciso, explicitar na agenda pública esta questão para compreender seus determinantes sociais e, desenvolver estratégias de enfrentamento através de políticas públicas (BRASIL, 2001b; MINAYO, 2006; DESLANDES, 2006).

No Brasil, os esforços na área da saúde têm se direcionado muito mais para os desfechos do que para os determinantes deste processo, embora esta mudança de foco pareça ser um processo em construção. Segundo Minayo, o avesso da violência é “a cidadania, pois assegura o diálogo e o entendimento”(2006, p.1292). É possível prevenir a violência, podendo ser evitada ou minimizar suas conseqüências, pela implementação de políticas públicas específicas e iniciativas individuais e comunitárias (KRUG, 2002).

A opção de enfrentamento na perspectiva da promoção de melhor qualidade de vida está fundamentada na compreensão do conceito ampliado de saúde¹ e na valorização dos determinantes sociais da saúde. Suas estratégias se dão através de políticas públicas que favoreçam o desenvolvimento social, além do reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades, visando recuperação e/ou autonomia dos indivíduos como sujeitos de sua vida e de sua saúde (BUSS, 2000; LUZ, 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde e o Pacto pela Vida (2006) ratificam a reorientação dos serviços no sentido de atentar para a integralidade², envolvendo ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada e por meio da vigilância em saúde. Exige a superação da organização da atenção primária por meio de programas verticais, abarcando as necessidades de saúde, estando a proposta calcada nos três pilares da Vigilância em Saúde: o território, os problemas sociais e a intersetorialidade (MENDES, 1996; BUSS, 2007; FILHO, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz a diferença no sentido de avançar na identificação dos determinantes e riscos de agravos, trazendo novas possibilidades de intervenção, ao possibilitar o cuidado de forma continuada, facilitando a formação de vínculo com a equipe, e o estímulo à autonomia (PINHEIRO & MATOS, 2005). Traz em seu bojo os princípios da Humanização, valorizando a atenção centrada no usuário, pressupondo o reconhecimento do usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos (TRAD, 2006).

¹ Conceito ampliado de saúde- é legitimado na Lei 8080/90, resultante dos fatores determinantes e condicionantes , entre outros , a educação, a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990)

² Integralidade- pilares do ideário do SUS, remete a integração entre as várias esferas, os vários níveis assistenciais, interdisciplinaridade e a integração de partes ou componentes de um organismo (ARCHANJO, 2007). Segundo a compreensão trazida por Cecilio, “é expressa no esforço da equipe de traduzir e atender da melhor forma possível as necessidades dos usuários, portanto é preciso captá-las em sua expressão individual.(TRAD, 2006, p.199)

Na proposta da Vigilância de Saúde e da Promoção da Saúde segundo Paim (2002), as práticas sanitárias devem estar estruturadas numa organização que facilite a detecção precoce do agravo, identificando as famílias mais vulneráveis e o acompanhamento diferenciado destas famílias. Para Freitas (2003), cabe a vigilância de saúde identificar os fatores de risco e proteção das famílias em um dado território, visando intervenções baseadas na mobilização dos recursos locais, o empoderamento dos indivíduos e comunidades³ e o resgate da cultura local.

Existem lacunas na abordagem sobre a violência intrafamiliar pela equipe de saúde, relacionadas ao sentimento de baixa segurança dos profissionais e da frágil comunicação com os conselhos tutelares e a rede de proteção, entre outros aspectos. É importante que o gestor perceba as possibilidades de abordagem com foco nos determinantes da saúde de acordo com a política de promoção da saúde (MARTINS, 2007).

O objeto deste estudo foi avaliar a percepção do gestor da atenção primária de saúde do Município do Rio de Janeiro em relação às ferramentas da Promoção da Saúde, e a trajetória das políticas municipais e ações produzidas visando subsidiar intervenções na ESF em relação à abordagem à violência intrafamiliar.

A dissertação está dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda a introdução, justificativa e objetivo do estudo, incluindo a fundamentação teórica subdividida em seis seções. A primeira seção do primeiro capítulo discute a inserção da violência na saúde, o contexto histórico deste processo e os dados epidemiológicos deste agravo. A segunda seção levanta as várias definições de violência intrafamiliar face ao seu caráter polissêmico, a definição de família e as transformações na sociedade, os tipos de violência, e

³ Empoderamento como ampliação de poder ou fortalecimento. O “empowerment origina-se na psicologia social e pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de poder público. Pressupõe que os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações das realidades social e política (CHIESA & VERÍSSIMO, 2008).

as prevalências nos distintos ciclos de vida e grupos vulneráveis. É abordado também o modelo explicativo utilizado para compreendê-la, os fatores de risco e proteção.

Na terceira seção, o campo de conhecimento trazido pela nova promoção da saúde, seus campos de ação, os eixos de ação, o processo histórico e as correntes identificadas neste processo. Aprofunda os conceitos trazidos pela reorientação dos serviços, tais como vigilância da saúde, território, integralidade, a clínica ampliada conforme a Política Nacional de Humanização e a gestão do cuidado.

A quarta seção enfoca o papel do gestor público, as ferramentas de trabalho deste profissional, como o planejamento estratégico, algumas competências e habilidades específicas para esta atuação, a incorporação dos NASF com a proposta de apoiadores especializados matriciais e os desafios atuais. Em seguida, aborda as definições de rede social, as categorias da rede, o capital social acumulado, o papel dos conselhos tutelares e a construção de fluxos na rede. Outros eixos abordados são a intersetorialidade, seu conceito, desafios e fatores facilitadores, bem como a participação social.

Nas últimas seções deste capítulo estão fundamentadas a justificativa e os objetivos do trabalho. É explicitada a escolha de abordagem ao agravo violência familiar com os recursos da promoção da saúde, aprofundando os campos das políticas públicas e a reorientação dos serviços.

O capítulo seguinte descreve os procedimentos e métodos utilizados, e o tipo de pesquisa escolhido, sendo esta a qualitativa devido a natureza do objeto. O terceiro capítulo revela os resultados das entrevistas e do levantamento documental, sendo estes divididos em seções. A primeira seção trata da inserção da violência na saúde e a percepção da violência intrafamiliar segundo os gestores municipais de saúde; a segunda trata do avanço das políticas públicas e as ações implementadas no âmbito do município do Rio de Janeiro, e a terceira trata das facilidades, limites e desafios da abordagem no âmbito da ESF.

O quarto capítulo trata das considerações adicionais e conclusão, posteriormente foram relacionadas às referências bibliográficas utilizadas no escopo do trabalho, seguida pelos apêndices e anexos que fazem parte desta pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Violência e Saúde

1.1.1 A legitimação da violência na área da saúde

A legitimação da violência na área da saúde é relativamente recente e ocorreu pela força de atores. Diversos profissionais, pesquisadores e gestores têm se dedicado à tarefa de compreender as raízes da violência, visando sua prevenção e minimizar suas conseqüências (KRUG, 2002). Um desafio para o setor saúde é construir uma abordagem calcada nos marcos da Promoção da Saúde e da qualidade de vida, tendo como princípios a saúde como direito fundamental e o direito ao respeito à vida como valor ético (BRASIL, 2006).

A incorporação deste agravo vem ocorrendo de forma gradativa na agenda do setor saúde, em que pese ser fortemente marcado pela racionalidade biomédica. Isto é um entrave para ampliar as possibilidades de abordagem, ao criar dificuldades em aceitar que problemas complexos podem ser determinados por questões sociais e não por doenças. Muito se tem avançado na incorporação da violência como tema da saúde, e atualmente se observam transformações, sendo incorporado este tema nas políticas públicas (MINAYO, 2006).

Esta reflexão torna-se relevante face uma concepção ampliada de saúde, que considera fatores biopsicossociais e econômicos, estilos de vida e condicionantes familiares, ambientais e sociais. No processo saúde-doença não há equivalência a situações polares de

uma mesma coisa, ou seja, saúde não é apenas ausência de doença (AYRES, 2007, BRASIL, 1990).

Para a produção da saúde, são necessárias novas práticas, embora percebendo a estreita relação que há entre saúde e doença na vida cotidiana, ampliando as possibilidades de intervenções no cotidiano dos serviços na construção do cuidado.

A violência é um problema sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade, portanto, não deve ser vista como um problema específico do setor saúde. Entretanto, devido às implicações que traz para a saúde individual e coletiva, exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas públicas e organização de práticas nos serviços próprios da área (MINAYO, 2006).

A sensibilização em relação ao tema no setor saúde inicia-se com a questão da violência contra crianças nos anos 60 do século passado, sendo descrita a “síndrome do bebê espancado” pelo pediatra Kempe. Passa a ser reconhecido e diagnosticado pelos profissionais, impulsionando a instituição de programas de prevenção primária e secundária⁴, visando intervir nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligência e abusos psicológicos (MINAYO, 2006).

Concomitantemente, a introdução da violência contra a mulher na agenda da saúde inicia-se pelo que protagonizou o movimento feminista, pressionando por ações concretas e não apenas no tratamento das lesões e traumas produzidos pela violência. Surge, então, uma demanda crescente para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações e tomada de atitude (MINAYO, 2006).

Importante conquista na área é a legitimação deste avanço histórico através da Lei Maria da Penha (2006), que combate a violência doméstica e de gênero. Pode ser considerada

⁴ Prevenção primária se destina a evitar que a violência surja, atuando sobre os fatores que contribuem para sua ocorrência e sobre os agentes dela em tempo anterior à ação violenta. Prevenção secundária se realiza quando a violência já ocorreu, enfocando a capacidade de diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez (SOUZA, 2007).

como fruto de uma vitória do movimento de mulheres e de direitos humanos neste país. Traz como mudança uma proteção mais rápida para as mulheres, podendo o agressor ser afastado de casa até em 48 horas.

Desta forma, o Brasil como país signatário da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) avança com medidas para uma proteção mais efetiva para as mulheres (CEDIM, 2008).

Os maus-tratos contra os idosos foram, pela primeira vez, nomeados em um periódico inglês em 1975, apresentados como “espancamento de avós”, passando o tema a aparecer lentamente na literatura internacional e nacional, e a traduzir-se em práticas de proteção, prevenção e atenção (MINAYO, 2006).

Os direitos dos idosos foram regulamentados recentemente através do Estatuto dos Idosos em 2003, trazendo para a agenda da sociedade brasileira um novo olhar para esta fase do ciclo de vida, e uma série de direitos inerentes até então ocultados. Está previsto que para os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos ao idoso deverá ser feita a notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público (BRASIL, 2007b).

A partir da década de 70, iniciou-se um processo de âmbito mundial, apontando para a importância da atenção à saúde ser tratada como resposta social aos problemas e necessidades do setor e, portanto, convergir para atuar nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Neste sentido, a incorporação da noção de direitos é fundamental para o avanço de medidas protetoras, porém, os direitos sociais são mais difíceis de serem protegidos que os individuais, indicando o progresso moral da humanidade (BOBBIO, 1992).

No Brasil, a inclusão da violência na agenda da cidadania coincide com o declínio da ditadura militar e o avanço dos movimentos sociais pela democratização das instituições de direito e da forte pressão de entidades não-governamentais (ONGs) e organizações internacionais.

A partir do início de atividades assistenciais e de prevenção à violência nos hospitais, foram constituídas algumas ONGs. No Rio de Janeiro, temos como exemplo a ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência), criada com o propósito de tratar temáticas que ultrapassavam os marcos tradicionais do setor saúde.

No que se refere à proteção da criança, o progresso foi fruto da ação de profissionais e órgãos como a ABRAPIA comprometidos com a defesa dos petizes. Como fruto deste movimento social em prol da cidadania foi criado o Estatuto da Criança e da Adolescência(ECA), promulgado em 1990.

A partir da década de 80, as secretarias municipais em parceria com a sociedade organizada criaram os serviços de prevenção à violência e de assistência às suas vítimas, tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher. Além de incluírem este tema em suas diretrizes, avançaram na intersetorialidade e interdisciplinaridade em suas bases conceituais e ações.

Em 1989, foi criado o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES). Em 1998, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) instituiu um plano de ação de prevenção à violência em parceria com a UNICEF e a UNESCO (MINAYO, 2006).

A Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (2001) alavanca as bases da Promoção da Saúde e Vigilância à Saúde em relação ao tema, ao trazer em suas diretrizes a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, apontando para o investimento em capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

No ano seguinte, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”, resultado de uma ampla pesquisa, abrangendo diferentes posições teóricas e considerando a diversidade dos países e culturas, para lidar com o fenômeno da violência (ZUMA, 2007).

Em 2002, a Secretaria de Estados dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça elaborou o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, com caráter intersetorial em conjunto com o Ministério da Saúde (MINAYO, 2006).

Em 2004, o Ministério da Saúde propôs um plano setorial dispendo sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios com altas taxas de mortalidade por causas externa.

Ficou determinado no âmbito municipal os seguintes objetivos: elaborar o Plano Municipal, promover e participar de políticas e ações intersetoriais, qualificar e articular a rede social, garantir a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para a prevenção em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais (BRASIL, 2004).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apontou as diretrizes de atuação na prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, ratificando a necessidade de ampliar e fortalecer a Rede de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. Destaca-se o estímulo a ações intersetoriais, o fortalecimento da participação social, e mudança da cultura organizacional por meio de práticas horizontais de gestão e o estabelecimento de redes de cooperação intersetorial (BRASIL, 2006).

Tal política sinaliza a necessidade de sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde, bem como para a identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual. Além disto, incentiva Planos de Prevenção da

Violência em todos os níveis, estimulando a articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual.

Da mesma forma, prevê a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações, visando conhecer melhor a magnitude das violências, o Ministério da Saúde implantou em 2006, a Vigilância de Violências e Acidentes(VIVA) em serviços sentinelas para identificar a violência doméstica e sexual.

No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, cabe destacar alguns avanços na legislação pertinente a este agravo, determinando a obrigatoriedade de notificação compulsória de maus-tratos, ratificada pelo parecer do CREMERJ 76 e a Resolução da SES/RJ em 1999. Cabe destacar iniciativas como a instituição do Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional de acompanhamento das ações voltadas aos casos de notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2002).

Passos importante estão sendo dados para suplantando esta face, que ainda permanece “oculta”na esfera do privado, principalmente os maus tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, visando possibilitar a implementação de políticas públicas intersetoriais e integradas, na perspectiva de construção de redes de atenção integral e de proteção social (BRASIL, 2006).

A vigilância de violências foi regulamentada pelos seguintes documentos e atos normativos:

Lei n. 8069 de 1990- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
Resolução SES/RJ n.1354 de 09/07/1999, determinando a obrigatoriedade de notificação compulsória de maus-tratos
Resolução SES/RJ n.1420, de 12/11/1999, que institui o Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional
Portaria MS/GM n.737 de 16/05/2001 -institui a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
Lei n. 10.741 de 03/10/2003- Estatuto do Idoso

Portaria MS n. 777 de 28/04/2004 –trata da Notificação Compulsória de agravos à saúde do trabalhador
Portaria MS/GM n. 936 de 19/05/2004- institui a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde(PVPS) e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios
Lei n.10.778, de 0/06/2004 -institui a notificação compulsória de violência contra a mulher em estabelecimentos públicos ou privados
Portaria MS/GM n° 2406, de 5 de novembro de 2004- SES, institui serviço de notificação compulsória contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação, contribui para a produção de evidências para o desenvolvimento de políticas e atuações governamentais
Portaria n°1356, em 2006.- Plano Nacional de Redução de Violência e Acidentes e implantação da Rede de serviços Sentinela de Acidentes e Violência
Portaria MS/ GM n.687 de 30/06/2006, institui a Política Nacional de Promoção de Saúde
Portaria MS/GM n. 1876 de 14/08/2006, institui diretrizes nacionais para a prevenção de suicídio
Nota Técnica n°2 CGDANT/DASIS/SVS/MS de 01/08/006/2008, trata da implementação de vigilância de violências e acidentes-VIVA- no sistema SINAN NET
Resolução “P” SMSDC n°1507 de 20/10/2009, regulamenta o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência

A necessidade de intervenção nas causas da violência inicia-se pelo dimensionamento do problema, para o qual esforços internacionais e nacionais estão voltados. Como muitos outros problemas de saúde, a violência não está distribuída igualmente nos grupos divididos por sexo, idade e classe social, e representam a ponta de um iceberg, pois para cada caso notificado, ocorrem outros que não são oficializados.

A vigilância tem como instrumento a Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e /ou outras violências, devendo ser utilizada para qualquer caso suspeito ou confirmado contra homens e mulheres, independente da faixa etária. A ficha deve ser preenchida em duas vias, e em três nos casos de crianças e adolescentes, conforme preconizado pelo ECA ,sendo uma via encaminhada ao Conselho Tutelar, uma arquivada na Unidade e a outra enviada para onde será feita a digitação e análise dos dados.

A ficha tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências, caracterizando o perfil das vítimas, o tipo e o local das violências, o perfil do provável autor(a) de agressão, dentre outros. A partir da notificação são desencadeadas ações que visam integrar a Rede de Atenção e de Proteção social às Vítimas de Violências”, garantindo-se a atenção integrada e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos.

É preciso investir na compreensão do fenômeno, para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e para buscar formas específicas de atuação. Em consonância com o Relatório sobre Violência e Saúde da OMS (2002) e a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001), após análise da precariedade das informações sobre o tema e a excessiva subnotificação, já se apontava o desafio de superar o reducionismo do modelo biomédico no tratamento do tema ou, ainda como fruto do desconhecimento, da negação, da negligência, da falta de preparação dos profissionais e das instituições(SOUZA, 2007).

1.1.2 A epidemiologia da violência no mundo e no Brasil

Anualmente, no mundo, mais de 1,6 milhões de pessoas morrem vítimas de violência, individual ou coletiva, sendo esta uma das principais causas de morte na faixa etária de 14 a 44 anos (OMS, 2007). A grande maioria ocorreu em países de baixa e média renda (91% do total das mortes), 77% deles corresponderam aos homens, estando as mais altas taxas concentradas na faixa etária de 15 a 29 anos, segundo a OMS (KRUG, 2002).

No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde de 2002, as agressões físicas figuram como a principal causa de morte de crianças e jovens, na faixa entre 5 e 19

anos (BRASIL, 2001). As causas externas de óbito representaram, de 2000 a 2005, a terceira causa de morte no município do Rio de Janeiro.

A faixa etária mais atingida são os jovens entre 15 e 29 anos do sexo masculino, correspondendo a 90% dos casos, conforme dados da Gerência Informações Epidemiológicas/SVS/SUBASS /SMS/Município do Rio de Janeiro em 2000.

A violência intrafamiliar é um fenômeno mundial e dependente das condições sócio-culturais, como foi demonstrado em estudos internacionais, os achados apontam para diferentes prevalências deste agravo, que variam em torno de 4,8% nos EUA, 8% na Itália, 22% na Etiópia e 53% na Coreia (KRUG, 2002 & ROCHA, 2008).

Um trabalho do Comitê Latino-Americano de estudos sobre Violência (CLAVES), feito com uma amostra significativa de alunos das escolas públicas estaduais e particulares de Duque de Caxias/RJ em 1991, demonstra que 31,6% dos 1328 adolescentes entrevistados, entre 11 e 17 anos, relataram sofrer violência por parte de ambos os pais; 13,6% apenas da mãe, e 7,6% do pai, perfazendo um total de 52,8% de um ou de ambos. Em relação à violência severa praticada pelos pais, 12,8% relataram serem vítimas (BRASIL, 2001).

Em âmbito estadual, a partir de um estudo para estimar a magnitude da violência em três serviços de emergência hospitalares, foi encontrada uma prevalência de 5,6% para agressão física grave perpetrada pela mãe. Quando analisadas, segundo o grau de severidade, observou-se agressão menor em 47,2% das crianças e, em 9,9% agressão grave. Neste estudo foram constatados 94,8% de agressões psicológicas pelos entrevistados (MOURA, 2005).

Em estudo sobre prevalência da violência intrafamiliar realizado em Niterói, os resultados encontrados segundo a gravidade das agressões e tipo de agressor, foram os seguintes: 19,8% do total da amostra foram submetidos a agressões graves, sendo 18,2% por atos da mãe, 8,7% pelo do pai(ou companheiro) e 8,5% por outros responsáveis. Em relação

às agressões psicológicas, as crianças foram vítimas em 96,76% da casuística (ROCHA, 2008).

No tocante a violência contra a mulher, estudos especiais e levantamentos de diferentes grupos de população demonstram que ataques físicos e sexuais ocorrem em alta incidência. As estimativas nacionais e internacionais apresentam informações relevantes. Por exemplo, levantamentos em diversos países apontam que 10% das mulheres no Paraguai e nas Filipinas registram terem sido agredidas fisicamente por um parceiro, nos EUA, seria 22,1%, 29% no Canadá, e 34,4% no Egito (KRUG, 2002).

A cada 4 minutos, uma mulher é agredida em seu próprio lar por quem mantém uma relação de afeto, podendo-se afirmar que a violência nas relações de casal é tão significativa que assume caráter endêmico. As estatísticas disponíveis, bem como os registros nas delegacias especializadas de crimes contra a mulher, demonstram que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa, tendo como agressor o próprio marido ou companheiro. Além disto, mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, chutes, amarramentos, queimaduras e estrangulamentos (BRASIL, 2001; FERNANDES & CURRA, 2005).

Em relação à violência contra os idosos, constata-se nos EUA, segundo o mais extenso estudo com base populacional, a incidência de 32 casos em 1000 pessoas idosas. Estimativas inglesas apontam a ocorrência de 1 a 2 milhões de casos por ano, enquanto um estudo canadense comprovou o envolvimento de familiares em 29% das agressões, sendo que mulheres com mais de 65 anos são vítimas de violência intrafamiliar com mais frequência do que os homens da mesma idade (BRASIL, 2001).

Na Inglaterra, de acordo com estudos, apenas um caso entre 14 é denunciado, e dos registrados, 45% relacionam-se à negligência, o abuso físico responde por 26%, o abuso financeiro por 20%, e o abuso emocional cerca de 14%, 1,6% para o abuso sexual e a

autonegligência em 50% dos casos. Note-se que nos casos de violência, muitas vezes, ocorrer mais de um tipo de abuso. (BRASIL, 2001).

No Brasil , esforços continuam a serem feitos para se mensurar a dimensão e evolução do evento violência intrafamiliar, que precisam ser complementadas por outros bancos de dados (saúde, educação e segurança), a fim subsidiar as ações eficazes de intervenção e os territórios são espaços privilegiados para perceber o agravo.

Na medição e avaliação do impacto da violência intrafamiliar, torna-se necessário conhecer sua magnitude, a compreensão dos fatores de risco e proteção, visando subsidiar os programas de prevenção e promoção (KRUG et alli, 2002).É um grande desafio superar a subnotificação que envolve este agravo, portanto percebê-la, entender e intervir devem ser propósitos dos atores envolvidos. Alguns aspectos relativos a esta temática estarão descritos na próxima seção

1.2. Violência intrafamiliar: abordagens e definições

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde definiu violência como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática contra si próprio, outra pessoa, grupo, comunidade que resulte, ou possa resultar, em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação⁵”. O uso da palavra poder amplia o conceito usual para incluir intimidação, negligência ou ato de omissão, incluindo todos os tipos de abuso e atos auto-infligidos (OMS, 2002).

Neste estudo, será destacada a violência interpessoal, mais precisamente aquela exercida no interior da família ou entre parceiros íntimos, podendo ser dividida entre parceiros íntimos, contra as mulheres, contra crianças e adolescentes e contra os idosos (ZUMA, 2007).

Portanto, é importante definir que família é esta que estamos tratando, e a seguir violência intrafamiliar. Chama-se família ao grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consangüinidade ou de convivência (BRASIL, 2001). Segundo Ribeiro (2004), entende-se família “como lugar de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e de construção de identidade”. Assim, concebe-se a família como espaço privilegiado e estratégico para fomentar melhores níveis de vida.

Outra compreensão acerca do papel da família é entendê-la como a instituição a que se atribui a responsabilidade por tentar superar os problemas da passagem do tempo tanto para

⁵ Privação- é considerada como um tipo de violência relacionada a negligência ou como falta de garantia dos direitos. Configura -se quando os responsáveis falham em prover cuidados de saúde, nutrição, higiene pessoal, vestimenta, educação, habitação e sustentação emocional, e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle(OMS, 2002).

o indivíduo como para a população (BERQUÓ, 1998), portanto locus privilegiado de atuação dos profissionais de saúde.

Pode ser definida ainda como “um grupo de pessoas com vínculos afetivos por consangüinidade ou convivência, responsáveis pela socialização, transmissão de valores, usos e costumes que formarão a personalidade e proporcionarão o aporte emocional para a formação do indivíduo” (FERNANDES & CUNHA, 2005, p.12).

Há dificuldades em definir família, e compreender as questões polêmicas que a cercam. Alguns estudos focalizam a estrutura das relações familiares, natureza do parentesco e outros laços, tais como marido e mulher, pais e filhos e entre irmãos, já a corrente sociológica concentra-se em compreender e definir tipos de famílias e suas composições, assim como as transformações ocorridas em sua estrutura (MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

Neste estudo, nos apropriaremos do conceito trazido por Pagani e colaboradores, compreendendo um “sistema aberto interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilha uma relação de cuidados (proteção, alimentação e socialização), vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consangüíneo ou não, condicionados pelos valores sócio-econômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico-histórico- cultural (PAGANI, R. et alli, 2009) .

As transformações na sociedade produzem constantemente repercussões na família, seja no que se refere aos sentimentos entre os membros, seja quanto à forma como se organizam. Marcada pela diversidade de configurações e relações, pode ser nuclear, monoparental, homossexual e, portanto, pela flexibilização dos papéis sexuais, a família vive um processo de transformação, trazendo novos conflitos e um olhar ampliado para lidar com as questões inerentes a esta configuração (ARCHANJO, 2007).

A definição de violência intrafamiliar é difícil, sendo uma tarefa complexa, dado seu caráter polissêmico, relacionada ao ato de possibilitar danos físicos, morais, psicológicos e/ou espirituais, com profundos enraizamentos nas estruturas familiares e sociais. Para o Ministério da Saúde, violência intrafamiliar:

“É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que não possuam laços de consangüinidade, mas com uma relação de poder/afeto na qual está presente uma relação caracterizada por subordinação-dominação” (BRASIL, 2002).

A Lei Maria da Penha considera violência como qualquer ação ou omissão baseada no fato de a vítima ser do gênero feminino, que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral, patrimonial em que o agressor faça parte de uma família ou unidade doméstica. A lei é aplicada em casos onde existe qualquer relação íntima de afeto (independentemente da orientação sexual) e na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, morando ou não no mesmo lugar (BRASIL, 2006).

A Rede Internacional para Prevenção de Maus Tratos contra a pessoa idosa define violência ao idoso como ”ato (único ou repetido) ou de omissão que cause dano físico ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”. Entende como violência contra o idoso a que ocorre dentro da família, em casa ou fora dela, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filho/filha) ou civil (marido/esposa, nora/genro, etc.), por afinidade (por primo ou parente do cônjuge) ou ainda por afetividade – amigo ou amiga que more na mesma casa – (BRASIL, 2007b).

A violência intrafamiliar possui uma interface com a violência doméstica, porém se distingue por considerar a que ocorre no âmbito do domicílio, incluindo assaltos, agressões

por conhecidos, parentes ou não, agregados e outros (FERNANDES & CUNHA, 2007; BRASIL, 2001).

A Lei Maria da Penha avança na definição de violência doméstica de forma semelhante à violência familiar, e traz a nova conceituação de unidade familiar. Esta passa a ser entendida como espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar. Por exemplo, pessoas agregadas (pessoas que moram “de favor” e empregada doméstica, por exemplo) também fazem parte da unidade doméstica (BRASIL, 2006).

A violência intrafamiliar pode ser melhor compreendida quando analisamos a classificação e natureza dos atos, podendo ser física, psicológica, sexual ou envolver privação ou negligência, de ordem patrimonial, moral e auto-negligência, possuindo algumas peculiaridades segundo o ciclo de vida (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b; ZUMA, 2007; KRUG et alli, 2002).

Cabe destacar que se define como violência física qualquer ato que prejudique a integridade ou saúde corporal da vítima. A violência psicológica é entendida como qualquer ato que tenha a intenção de provocar dano emocional e diminuição da auto-estima, controlar comportamentos e decisões da vítima por meio de ameaça, humilhação, manipulação, manipulação, isolamento, vigilância constante, insulto, chantagem e ridicularização.

Por negligência ou privação, compreende-se a falta de atenção para atender às necessidades básicas (BRASIL, 2001). Entende-se por violência sexual qualquer conduta que force a vítima a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada.

Denomina-se violência patrimonial quando o agressor toma ou destrói os objetos da vítima, seus instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades, enquanto violência moral é o ato de caluniar, difamar ou cometer injúria (BRASIL, 2006). A

autonegligiada ocorre quando a pessoa idosa age contra si mesma ameaçando sua própria saúde ou segurança (BRASIL, 2007b).

Este entendimento da natureza do ato e categorização em relação à tipificação, constrangimento, intensidade ou existência de rede social⁶ é determinante para intervenções no sentido de garantir as medidas protetoras e a vida.

No modelo bioecológico, a violência pode ser explicada como resultado de uma interação complexa de aspectos multidirecionais inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo. Além disto, são propostos três características da pessoa que moldam o curso do desenvolvimento humano, sendo estas: as disposições que podem colocar os processos proximais⁷ em movimento, os recursos biológicos de habilidade, experiência e conhecimento, bem como as demandas que convidam ou desencorajam reações do contexto social que pode nutrir ou romper a operação de processos proximais.

A abordagem do modelo bioecológico leva em consideração as influências dos contextos em que os sujeitos vivem, assim como a bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente em que ela atua. Introduz maior ênfase na interação da pessoa em desenvolvimento com outras pessoas, mas também com objetos e símbolos. Privilegiam estudos em desenvolvimento de forma contextualizada e em ambientes naturais, visando apreender a realidade de forma abrangente, tal como é vivida e percebida pelo ser humano no contexto em que a habita.

Segundo Bronfenbrenner, o contexto é o meio ambiente global onde o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos do desenvolvimento, abrangendo os ambientes

⁶ Rede Social - *segundo Bronfenbrenner* é o sistema de interação, que pode ocorrer num ambiente restrito ou estão presentes nas interconexão entre os ambientes. “diferentes tipos de ambientes dão origem a padrões distintos de papéis, atividades e relações para as pessoas que se tornam participantes nestes ambientes”(MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

⁷ Processos proximais são considerados como formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano”(BRONFENBRENNER MORRIS, 1998, p.994 apud MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

imediatos , assim como os mais remotos, aquele em que a pessoa nunca esteve, porém se relacionam ou têm o poder de influenciar a pessoa.

O ambiente ecológico de desenvolvimento humano deve ser concebido topologicamente como uma organização de estruturas concêntricas, em que cada uma esteja contida em camadas de ambientes, que são denominados micro-, meso-, exo- e macrossistemas.

O macrossistema envolve sistemas, que formam uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra. Por exemplo, a estrutura política e cultural de uma família norte americana de classe média enquanto sistema é muito diferente de uma família de operários brasileiros (MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

Já o mesossistema diz respeito às inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais uma pessoa participa ativamente, podendo ser formado ou ampliado sempre que ela passe a fazer parte de novos ambientes. No ecossistema, ao contrário, a pessoa em desenvolvimento não é participante ativa, mas aí podem ocorrer eventos que a afetem, podendo ser exemplo o local de trabalho dos pais, a escola ou a rede de amigos dos pais.

Este estudo está focalizado no microssistema , isto porque as interações são face a face num dado ambiente com características físicas e materiais específicas, tais como a casa, a creche ou a escola.

A cada um dos níveis deste modelo podem-se atribuir fatores de risco e de proteção, tanto para quem sofre quanto para quem perpetra a violência (KRUG et alli, 2002 & ZUMA,2007). Esses fatores são variáveis e envolvem aspectos psicológicos, ambientais, comportamentais e genéticos. Ou seja, tanto estão no próprio indivíduo, como na família, na escola, na comunidade e na sociedade em geral (SILVA, 2009).

Conhecer os fatores de risco e proteção torna-se fundamental para a estruturação de um programa de prevenção e promoção da saúde. Um dos pilares da Atenção Primária é a

busca da equidade, quer seja , a partir da identificação de riscos e vulnerabilidades, planejar e desenvolver ações de forma justa, de acordo com as necessidades identificadas. Portanto, maiores esforços devem ser direcionados para aqueles que mais precisam ou estão em risco de adoecer (FRANÇA, S. P ET alli, 2009)

É importante o entendimento das iniquidades sociais, que implicam em desigualdades na saúde entre grupos populacionais, as quais, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS & FILHO, 2007). Embora a pobreza corrobore na situação de vulnerabilidade⁸ das relações familiares, estando no pano de fundo dos determinantes sociais da saúde, existem outras questões relacionadas aos fatores de risco que quando são melhores compreendidas abrem para outras perspectivas de atuação alicerçadas pelo desafio da integralidade.

Viver em condições de violência provoca graves prejuízos ao desenvolvimento humano, podendo ser mais devastadora quando é cometida por aqueles de quem se espera afeto e proteção (ASSIS, 2007). Algumas famílias encontram-se em situação de vulnerabilidade, sendo importante identificá-las e potencializar o apoio social (DESLANDES, 2005).

Crianças que vivem com apenas um dos pais têm 80% mais riscos de sofrerem maus-tratos e, 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada (BRASIL, 2001), Como exemplo, identificar as famílias cuja supervisão possa ser encorajada como, por exemplo, é freqüente em famílias jovens, nas quais a criança está doente e é mantida pela mãe, pois a uniparentalidade aumenta em 220 % o risco deste tipo de violência (DAY et alli, 2003).

⁸ Vulnerabilidade indica o fato de alguém ser mais sujeito a alguma coisa. A vulnerabilidade pode ser relacionada a determinadas circunstâncias e condições que podem ser revertidas e diminuídas, levando em consideração tanto os aspectos sociais, institucionais, familiares, quanto os individuais (SILVA, apud MAN, 2009, AYRES, 1996)

Na perpetuação da violência, destaca-se a consequência da violência intrafamiliar em crianças e adolescentes criados em ambientes agressivos. É muito comum que relações autoritárias praticadas sobre as crianças também permeiem as relações dos pais entre si. O “ciclo da violência” costuma enredar todos os membros da família, que reagem de forma diferenciada (ASSIS, 2007).

A violência intrafamiliar é um problema presente em todas as classes sociais e apresenta-se de várias formas e com diferentes graus de severidade, sendo significativos alguns fatores de risco relativos aos ciclos de vida. Nas relações dos casais, estão descritos a presença de modelo familiar violento na história pessoal ou de origem; usuários de drogas e álcool; antecedentes criminais ou uso de arma; dependência, baixa auto-estima; DST/AIDS e sentimento de posse.

Nas relações com as crianças e adolescentes, os principais fatores de risco referem-se a histórico de negligência, maus tratos, abusos; filhos de pais adolescentes; sofrimento mental dos pais; doenças crônicas, más formações congênitas; excesso de expectativas em relação à criança; problemas de vínculo; dificuldade dos pais para lidarem com estresse e abandono ou outro tipo de violência com outros filhos.

Já em relação aos idosos, os fatores de risco identificados que o colocam em uma situação de vulnerabilidade referem-se às doenças crônicas concomitantes; dependência física ou mental; déficit cognitivo; alteração do sono; incontinência fecal/urinária; dificuldade de locomoção, convívio familiar estressante e cuidadores despreparados.

Quanto aos portadores de necessidades especiais, destacam-se os fatores relativos a dificuldade na autonomia; estresse do cuidador; hiperatividade; comprometimento mental; dificuldades de locomoção e alteração do sono (FERNANDES & CURRA, 2007; BRASIL, 2007b).

Destaque-se que um ou mais fatores podem coexistir, estando presentes nos diversos ciclos de vida. O potencial de violência de uma família pode estar associado a um grau de verticalização da estrutura familiar, com distribuição desigual de autoridade e poder e de rigidez das hierarquias, crenças em torno de obediência e respeito sem diálogo, sendo a violência uma forma de resolução de conflito.

Os fatores de riscos familiares e impotência frente à situação de violência estão relacionados com questões relativas ao estereótipo de gênero, famílias sem limites e excesso de tensão, situações de crise, modelo familiar violento na história de origem ou em relacionamentos anteriores, usuários de drogas, antecedentes criminais, dependência e baixa auto-estima (ZUMA, 2007; FERNANDES & CURRA, 2007).

No coletivo, observa-se que o baixo capital social⁹ acumulado é fator importante na perpetuação da violência intrafamiliar. Portanto, valorizar os laços de coesão social e no desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos são importantes fatores de proteção para atenuar as vulnerabilidades (BUSS & PELEGRINI FILHO, 2007). A condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais, as características comportamentais e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade (STARFIELD, 2002).

Torna-se fundamental conhecer os fatores de risco e os de proteção, pois é da interação destes que temos como resultante a resiliência¹⁰ dos seres quanto ao encaminhamento de suas vidas, no tocante a resolução de problemas, formação de valores, capacidade de adaptação, independência e autodeterminação.

⁹ Compreende-se por capital social a “capacidade de organização de uma dada sociedade, ou seja, a capacidade das pessoas de estabelecerem relações de confiança, de cooperação, de associação em torno de interesses maiores” (ZUMA, 2007).

¹⁰ Resiliência apresenta-se nas ciências humanas, como a capacidade de um indivíduo construir-se positivamente frente às adversidades, atentando para as condições sociais. Caracteriza-se como a capacidade do ser humano de responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo de vida de desenvolvimento, resultante da combinação de atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural. (NORONHA, 2009)

Segundo Assis (2005, p.7), a teoria da resiliência pode ser uma pista para a prevenção, pois não é atributo que nasce com o sujeito, mas sim uma qualidade produzida pela relação da pessoa com o meio em que ela vive e que pode ser fortalecida para superar as dificuldades e violências vividas. Dessa forma, pode ser trabalhada e estimulada por qualquer grupo social ou instituição (escola, comunidades, profissionais, famílias) para potencializar respostas positivas às adversidades.

A capacidade de dar a volta por cima nos problemas nasce da mistura que cada pessoa faz de suas características individuais e aquilo que recebe de seu ambiente familiar e social, sendo este apoio tanto de natureza emocional como material (ASSIS, 2005). Estimular a capacidade individual, a autonomia para o desenvolvimento das potencialidades, aprendendo a caminhar por si mesmo e buscar a resolução ativa do problema são caminhos apontados.

Muitas pesquisas vêm mostrando que trabalhar com arte ou praticar esportes são experiências muito importantes para fortalecer a resiliência, além da capacidade de encarar com humor as adversidades da vida (ASSIS, 2005).

Alguns resultados de experiências nacionais, que analisam os êxitos e limites no enfrentamento da violência, apresentaram como eixos exitosos: a) informação sobre a cidadania - direitos e deveres; convivência com as diferenças; b) preparação para o trabalho; c) envolvimento em atividades lúdicas e educativas, com destaque para o esporte e arte; d) o fortalecimento da auto-estima (GOMES, MINAYO, ASSIS et alli, 2007).

Violência intrafamiliar é um tema complexo, com raízes no processo histórico das sociedades (BRASIL, 2002; ZUMA, 2007), exigindo abordagem em nível individual, familiar e social, com profissionais de diversas disciplinas e setores, sempre interligados. Portanto, a opção de enfrentamento pela abordagem do modelo ecológico apóia-se nas diretrizes da promoção da saúde, quer seja na elaboração de políticas públicas com estratégias

intersectoriais na construção de ambientes e entornos seguros e saudáveis, estimulando o empoderamento dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2007b).

Neste sentido, é importante que os serviços de saúde tenham equipes preparadas para identificar as várias formas de violência, confirmadas ou sob suspeita, notificando-as, bem como promover ações de prevenção dessa violência, por meio da educação em saúde com os familiares e do estímulo a uma rede de apoio social.

Quanto ao enfrentamento das vulnerabilidades, busca-se fortalecer a resistência a diversas exposições, como por exemplo, a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos. As contribuições da prevenção primária estão voltadas para a promoção de reflexão sobre os valores do patriarcado. Questiona os papéis tradicionais atribuídos aos gêneros, desmistificando as novas configurações familiares e os modelos de educação muito repressores ou muito permissivos, valorizando a administração dos conflitos sem apelar para violência e o aumento do capital social visando o incremento da organização de uma dada sociedade (ZUMA, 2007).

Outro importante aspecto é a valorização, mobilização e aprimoramento da abordagem da administração dos conflitos. Sendo estes inerentes a qualquer convívio, precisamos aprender a lidar com eles sem apelar para a violência. É importante indagar sobre as práticas disciplinares utilizadas pela família, pois quanto mais freqüente for a utilização de práticas restritivas e punitivas, mais elevado é o risco de violência física e emocional no contexto familiar (ASSIS, 2007).

No campo de sistema de saúde, a intervenção busca a melhoria da qualidade dos serviços, apoio aos deficientes, acesso aos cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento equitativos, que impeçam o empobrecimento adicional pela doença (ZUMA, 2007).

A análise dos dados gerados pelas notificações pode potencializar a intersectorialidade, as parcerias dentro do setor saúde e com outras instituições, possibilitando o fortalecimento da rede de apoio social. É uma ação importante, implicando no envolvimento de outras instituições que poderão ser mobilizadas para dar o suporte necessário no sentido de interromper atos de violência (BRASIL, 1990).

Esforços para mensurar a dimensão e a evolução da violência intrafamiliar vem sendo realizados no sentido de estruturar o Sistema de Notificação de maus-tratos. Alguns avanços podem ser destacados, como a adoção da Ficha de Notificação Compulsória, elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 1993 e já adotada, em âmbito nacional, para a infância. Recentemente, foi implantada a *Ficha de Notificação/Investigação Individual - Violência Doméstica, Sexual e outras Violências* – ampliando a notificação para os outros segmentos de vida como mulher e idoso (BRASIL, 2007b).

Há ainda um hiato entre a realidade e o preconizado, sendo preciso trazer para os espaços de diálogo as reivindicações aos direitos sociais e individuais visando a garantia da cidadania.

1.3. Promoção da Saúde: bases conceituais e operacionais

Promover a saúde significa promover a vida, traduzida em um conjunto de princípios, valores, atitudes, procedimentos e tecnologias voltadas para a criação de oportunidades. É ainda o aumento da capacidade de indivíduos, populações e organizações para identificar e lidar com os determinantes sociais da saúde.

A promoção da saúde estaria mais voltada para o coletivo de indivíduos e o ambiente em uma perspectiva ampla. Suas estratégias se dão através de políticas públicas que favoreçam o desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades, visando recuperação e/ou autonomia dos indivíduos como sujeitos de sua vida e de sua saúde (BUSS, 2000 & LUZ, 2004). Portanto, propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto:

“Os problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção envolva as ações e serviços de saúde para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida da população e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos no território onde vivem e trabalham” (PAGANI, 2009, p.27)

Este campo de conhecimento impulsiona a reorientação dos serviços no sentido de atentar para o princípio da integralidade, abarcando as necessidades de saúde nas dimensões de boas condições de saúde. E devem possibilitar a disponibilização de tecnologias adequadas que melhorem e prolonguem a vida e a formação de vínculos com o profissional e equipe (PINHEIRO & MATOS, 2005).

Destaca-se a importância da superação do modelo médico assistencial privatista¹¹ e a construção de um modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, resgatando as dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado (PAIM, 2003 & TEIXEIRA, 2004).

A Promoção da Saúde deve ser compreendida como uma das tarefas essenciais da medicina, representando uma das possibilidades de intervenção sobre a realidade sanitária, tanto na perspectiva individual como na coletiva (PAIM, 2003; BUSS, 2000).

O movimento ideológico em torno da promoção da saúde desenvolveu-se a partir da proposta da concepção ampliada de saúde. O Canadá teve um papel impulsionador e a OMS foi a difusora do conjunto de idéias voltadas para a mudança de estilos de vida das pessoas, bem como da formulação de políticas públicas, através da criação de redes de municípios saudáveis (PAIM, 2003; FREITAS, 2003).

O lema “Saúde para todos no ano 2000” da XXX Assembléia Mundial da Saúde em 1978, marcou a luta contra a iniquidade e a injustiça sanitária. No Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária passa a propor mudanças nas políticas públicas na saúde, a partir do entendimento desta como resultante da produção sócio-histórica e do reconhecimento dos direitos sociais (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

A Carta de Ottawa em 1986 apresentou uma concepção de saúde como expressão das formas de organização da vida social, contemplando paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. No Brasil se expressa no emanado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (BUSS, 2000).

O SUS legitimou a concepção de saúde ampliada, que não se reduz à ausência de doença, mas uma vida com qualidade, reafirmando “saúde como direito e dever do Estado”, expressando o entendimento de saúde como resultante de um modo de vida (BRASIL, 2004).

¹¹ Modelo médico- assistencialista –modelo assistencial cuja lógica de atenção é centrada no médico com caráter individual, curativa e economicamente racionalizadora. Enfatiza a assistência- hospitalar e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, é ainda hegemônica no Brasil (ARCHANJO, 2007).

Também, visou superar a lógica do modelo campanhista e preventivista, que opera com efeitos causados por condições adversas de vida, buscando combater as raízes complexas desses efeitos. No modelo da promoção da saúde, deve-se operar metodologicamente através da categoria saúde, colocando em questão os fundamentos biológicos, psíquicos e sócio-culturais que estão na origem do processo saúde-adoecimento (LUZ, 2004).

Nas décadas de 1980 e 1990, foram realizados outros encontros internacionais, ratificando os preceitos da Carta de Ottawa, ocorrendo um movimento para a geração de políticas públicas saudáveis, com foco nas desigualdades na saúde e resgatando a responsabilidade pública pela saúde como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

A partir da década de 80 e na América Latina na década de 90, começa a ganhar força a estratégia das Cidades Saudáveis, visando à melhoria da qualidade de vida da população através de políticas públicas e da ação intersetorial como estratégia principal, com o compromisso de equidade, empoderamento comunitário e reorientação dos serviços de saúde (MENDES, 1996, PASCHE & HENNINGTON, 2006). Pressupunha uma nova ordem governativa, as quais passariam a tomar por referência, em seu processo de desenvolvimento, organização e gestão, a produção de saúde.

Este movimento tem sido fomentado pela Organização Mundial da Saúde desde 1986, em síntese na Carta de Ottawa, e cuja iniciativa disseminou-se em vários países da América Latina, tentando responder às mudanças decorrentes da globalização, dos processos de descentralização e democratização, da urbanização acelerada, e dos novos arranjos políticos (PASCHE & HENNINGTON, 2006; WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006). Neste processo de valorização, identifica-se forte influência de correntes de pensamentos que relacionam promoção de saúde com atualização da saúde pública.

A primeira, inspirada pelo crescente peso da razão econômica, baseada na agenda do Banco Mundial, OMS e Organização Pan-Americana(OPAS), na década de 80, defende políticas de ajuste estrutural. Assim, realça a importância dos critérios de eficiência (custo-efetividade) na definição das políticas, trata a saúde como um componente das propostas de desenvolvimento e atribui-lhe um valor de mercado (CARVALHO, 1996 & FREITAS, 2003).

Quando a saúde é vista como um recurso privado e de valor econômico, atribui-se aos indivíduos a tarefa de promover sua saúde, de prevenir e proteger a si mesmos de doenças, através do acesso a informações que lhes permitam e induzam a mudanças de comportamento e estilos de vida (SABROZA, 1994).

Uma segunda corrente, influenciada pela importância crescente das atitudes individuais para a promoção da saúde, prevenção e proteção das doenças, ocorreu paralelamente à disseminação de informações relacionada aos fatores de riscos à saúde. Associada à primeira, vem multiplicando seus apelos materiais e simbólicos por necessárias mudanças nos estilos de vida, reduzindo para a dimensão individual a responsabilidade pela redução de doenças e prolongamento da vida, ratificando o doente como um desviante (CARVALHO, 1996; FREITAS, 2003 & LUZ, 2004).

Assim, restringe a promoção às atividades direcionadas para a mudança de comportamentos dos indivíduos e seus estilos de vida, desconsiderando os demais determinantes, concentrando a responsabilidade para o âmbito individual, o que além de nem sempre ser eficaz, pode ser acompanhado de forte sentimento de culpa e preconceito (LUZ, 2004).

Estas correntes influenciaram o padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde, trazendo como repercussão a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, o especialismo e a ampliação das barreiras de acesso. Caracterizam-se pela falta de compromisso com a qualificação da vida e a produção social da

saúde, se materializando na oferta de serviços e práticas inadequadas às necessidades de saúde (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Na mudança de olhar para a saúde, exige-se a superação do modelo médico tradicional, a partir de uma nova visão na formulação de políticas públicas que assegurem o bem-estar, a partir de uma Política de Estado. Para tanto, é necessário mudar a direção com base em um novo conceito de saúde, redefinindo propósitos, reorganizando novas práticas, revendo a clínica e a saúde pública e efetivando ações intersetoriais (BUSS, 2003, AYRES, 2007, PASCHE & HENNINGTON, 2006).

É nesse contexto que a moderna Promoção da Saúde emerge, apresentando críticas e propondo a reorientação dos modelos de atenção à saúde, indicando a necessidade de extrapolar os limites destes, no terreno da intersetorialidade, para intervir nos determinantes sociais da saúde (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

O principal desafio consiste em estabelecer uma hierarquia entre os fatores relacionados aos fatores que incidem sobre a situação de saúde de grupos e de pessoas. E, ao trazermos o ambiente ecológico de desenvolvimento humano amplia-se os níveis de intervenção, permitindo identificar onde e como devem ser feitas as intervenções com o objetivo de reduzir as iniquidades, ou seja, onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BUSS & FILHO, 2007; MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

O significado de promover saúde será aqui entendido como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida, implicando interferir nos estilos e modos de vida, e também na produção de políticas públicas que alavanquem o desenvolvimento humano. "Desenvolvimento para a saúde, entendida, então, como sinônimo de vida" (PASCHE & HENNINGTON, 2006, p.27).

A proposta da promoção incorpora princípios como participação e controle social, que se expressam na dimensão particular das políticas de saúde em cada contexto, através da

educação em saúde decorrente de sua aceção como educação para cidadania. Dito de outra forma, da instrumentalização da sociedade para participar de intervenções na realidade, buscando atender suas necessidades de saúde e a qualidade de vida (PEDROSA, 2006).

Esse olhar amplia as possibilidades de intervenção, implicando no desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias e a intervenção ambiental, através de um amplo conjunto de ações que ultrapassam o setor saúde (BUSS, 2000 & LUZ, 2004).

Por ser uma construção coletiva, envolve distintos atores sociais e o acúmulo de forças para garantir mudanças. Inicia-se na dimensão ideológica, influenciando na estruturação da atenção às necessidades de saúde; portanto, uma mudança cultural no tocante a dimensão cognitivo-tecnológica, exigindo a produção e utilização de conhecimentos e técnicas do projeto da produção social da saúde (MENDES, 1996).

Na produção social da saúde é essencial a participação de toda a sociedade, através de um diálogo democrático e participativo, da construção compartilhada do conhecimento da diversidade de atores envolvidos nas múltiplas ações de mudança social. Portanto, os sujeitos e coletividades devem ser partícipes e protagonistas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas promotoras de saúde.

Na mudança do paradigma do processo saúde-doença – e para as transformações necessárias no enfrentamento dos problemas – precisamos de um modelo que tenha por base estrutural a Vigilância da Saúde, que tem em seus pilares: o território, ¹²os problemas de saúde e a intersetorialidade. Segundo Mendes,

“Vigilância em Saúde pode ser entendida como prática sanitária, portanto resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organizando os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e, articuladas por diferentes estratégias de intervenção.” (Mendes, 1996, p.245)

¹² Território, entendido como “além de um território-solo é, ademais, território econômico, político, cultural e sanitário” (MENDES, 1996, p.249), o qual se expressa por um conjunto de problemas, de acordo com as condições sociais daquela dada população.

Assim, é fundamental considerar o território como elemento essencial para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, a partir do conhecimento do estado de saúde, dos dados epidemiológicos e levantamento em campo.

Abordar a complexidade dos problemas de saúde nas estratégias de vigilância de saúde implica reconhecer que estes englobam reais fenômenos entre o biológico e o social, os quais se encontram fortemente articulados (FREITAS, 2003). Busca-se evitar o reducionismo tanto biológico como social, procurando avançar em abordagens interdisciplinares e intersetoriais, e avançar em novos modelos de atenção.

A mudança do paradigma saúde-adoecimento, os pilares da linha do cuidado, calcados na humanização da saúde e na medicina centrada no paciente, trouxe a necessidade de revisão das práticas de saúde. Estas estão sendo criticadas pela visão segmentada do indivíduo, pela não consideração do contexto, pela abordagem excessivamente centrada na doença, e não no doente, se expressando pelo fraco compromisso com o bem-estar do paciente e a pobreza na interação médico-paciente (DESLANDES apud AYRES, 2007 p.45).

O movimento da promoção da saúde fomenta a formulação de políticas públicas e de reorientação do modelo de atenção, visando superar o processo de medicalização da sociedade e promover o envolvimento da população como participante ativo na produção da saúde. Para tanto, estimula a autonomia e a capacidade de pensar e agir coerentemente em defesa da vida (TEIXEIRA, 2006& PAIM, 1997).

É necessário resgatar uma atuação que abranja as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. No discurso biomédico, consideram-se os aspectos positivos, porém há uma assimetria entre as construções consideradas científicas e aquelas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença. É deixado à margem tudo que não for relacionado e subordinado ao discurso dito científico, trazendo como consequência, algumas vezes, práticas de saúde tecnicamente limitadas (AYRES, 2007& PAIM, 1997).

A saúde é (re)conhecida enquanto e porquanto se vive, sendo da esfera da razão prática, não devendo se limitar a encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas buscar decidir, a partir de possibilidades de fato postas, quais fins almejem e quais meios escolherem. Face à diversidade dos problemas e à multiplicidade de abordagens, busca-se os diálogos interdisciplinares e a ampliação de leques de ações (TEIXEIRA, 2006 & AYRES, 2007).

Não precisa ser produto de um saber exclusivamente instrumental, provido por um arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço, mas produzido no encontro entre os sujeitos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto não é o indivíduo ou o sujeito, mas algo que se constrói com esses sujeitos e a partir deles (CUNHA, 2005).

A incorporação desta compreensão nos remete para o enfoque da clínica ampliada, conforme a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que tem como foco o sujeito contextualizado, sendo norteada pelos valores de autonomia dos sujeitos, a co-responsabilidade, e o estabelecimento de vínculos. Ratifica como diretriz a integralidade da atenção e a necessidade de reformulação da clínica oficial (CAMPOS, 1989 & CUNHA, 2005).

De acordo com Cecílio(2001), a integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões, porém primeiramente decodificada pela equipe, no espaço singular dos serviços. A aproximação entre saúde e doença passa por um processo interpretativo-compreensivo que esclareçam os significados do adoecer para os diversos sujeitos, Essa relação de proximidade entre os diversos sujeitos do cuidado, sejam usuários e profissionais, populações e serviços, permite um compartilhamento de compreensões e projetos (CECÍLIO, 2001).

A construção do cuidado se explicita na experiência do encontro, no qual todos os partícipes trocam suas experiências e saberes, rompendo com a unilateralidade do conhecimento. Ao contrário, valoriza a produção social desse conhecimento, abandonando o caráter mecânico de um saber cristalizado e direcionado. A aproximação dos diversos indivíduos envolvidos neste processo realimenta os sujeitos e propicia novas abordagens e conhecimentos.

Na proposta de revisão das práticas de saúde, propõe-se que profissionais, serviços, programas e políticas de saúde sejam orientados pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações (AYRES, 2007). Segundo Ayres, pode ser compreendido como “configura-se como a totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações.” (AYRES, 2007, p. 54).

Constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação. É aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. É o pano de fundo que confere identidades, valores e vivências dos sujeitos.

Novos arranjos tecnológicos do cuidado em saúde devem ser incorporados nas práticas de saúde, sendo o diálogo o recurso central, que permite a fusão de horizontes (GADAMER, 2004 Apud AYRES, 2007). Isto representa compartilhamentos, familiarização e apropriação mútua de ambos os saberes. Uma das ferramentas mais eficazes é uma escuta ativa, empática e atenta, possibilitando, por si só, uma melhor atuação do cuidador na abordagem e detecção dos riscos a que famílias possam estar expostas (FERNANDES & CUNHA, 2007).

E poderíamos destacar o acolhimento, entendido aqui como a qualidade da recepção pela apreensão às demandas expressas pelo usuário, mas também como os critérios e condições de acesso a diferentes pontos do sistema.

Desta forma, podemos identificar que a humanização caminha na direção a valorização dos sujeitos, das relações dialógicas e de trocas solidárias que definem novas relações, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. Reivindica o estabelecimento de relações saudáveis e responsáveis entre sujeitos que compartilham saber, poder, experiências de vida e o compromisso ético e político com intervenções seguras. (DESLANDES, 2004).

Na gestão do cuidado, espera-se que o profissional desenvolva habilidades para intervir de forma participativa e construtiva na relação da família e da comunidade, identificando a violência no meio intrafamiliar. Assim como valorizar as características do núcleo familiar ao realizar a abordagem integral e sistêmica da família (FERNANDES & CUNHA, 2007).

A implementação de ações mais efetivas podem ser facilitadas pela proximidade da equipe local de saúde, que possui, em seus princípios organizacionais, condições especiais para garantir o cuidado longitudinal e a detecção das famílias de risco, possibilitando o acompanhamento destas em consonância com a vigilância à saúde.

E dentre os princípios deste enfoque podemos destacar a valorização dos sujeitos, das relações dialógicas, do fomento à autonomia, identificação das necessidades sociais, construção de vínculos solidários, fortalecimento do trabalho multiprofissional, coresponsabilidade na gestão e atenção em saúde, compromisso com as condições de trabalho e de atendimento, requerendo o envolvimento dos vários atores para o alcance da produção da saúde, quer seja, usuários, trabalhadores e gestores (TRAD, 2006).

1.4. Gestão na Estratégia Saúde da Família

No sentido de estimular políticas de saúde que propiciem o desenvolvimento humano e a qualidade de vida, surge a proposta da ESF, visando à reorientação do modelo de atenção, adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. A Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica a reorientação do sistema de saúde, tendo em sua base a ESF como propulsor da organização do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2007a).

A ESF encontra-se em fase de consolidação no Brasil, e os dados do Departamento de Atenção Básica(DAB) do Ministério da Saúde em 2007, mostram os resultados alcançados, sendo 27.324 equipes implantadas em 5.125 municípios, totalizando uma cobertura populacional de 46,6%, correspondendo a 87,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2008).

O Brasil vem vivenciando uma reforma sanitária sem precedentes desde a promulgação do SUS na Constituição de 88, visando à construção de um sistema universal, equânime e integral. A ESF alavanca esta luta, pois enfatiza as ações de vigilância à saúde com base territorial, permitindo uma porta de entrada facilitada e o reordenamento do sistema (BRASIL, 1997 & ARCHANJO, 2006).

Neste modelo de organização dos serviços, são incluídas ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde dos grupos prioritários (TEIXEIRA, 2006; BRASIL, 1996).

A ESF traz em seu bojo uma abordagem diferenciada e inovadora, tendo em seus princípios organizativos a territorialidade, a intersetorialidade e a abordagem orientada pela priorização de grupos de risco e por problemas. Em seus princípios organizativos propõe a

descentralização e a co-responsabilização através do planejamento local e a continuidade do cuidado.

O fortalecimento desta estratégia está calcado em princípios organizativos baseados em princípios claros de compromisso com a comunidade, possuindo algumas características particulares, sendo estes a abordagem comunitária, a orientação familiar, o reforço da competência cultural, quer seja, o respeito ao modo de viver dos indivíduos e famílias e a equipe deve ser preparada para ser fonte de recursos para uma população definida (FRANÇA, 2009)

A organização do trabalho de uma equipe facilita o princípio da integralidade, pois o indivíduo deve ser visto por todos os profissionais, pensando e planejando ações em conjunto para resolução dos problemas. Possibilitando romper com o reducionismo e a fragmentação, tendo um indiscutível papel de reorientação do modelo assistencial hegemônico (ARCHANJO, 2007)

Este modelo de organização da atenção propicia a aproximação do profissional ao núcleo familiar e comunitário, favorecendo uma intervenção mais efetiva e mais próxima da realidade. Tem a família como base de referência para as práticas de saúde e papel nuclear do cuidado, exigindo uma abordagem interdisciplinar (SILVA, COCEIRO, FÉLIX, 2007).

Em virtude disto, a ESF possui por suas características, a possibilidade de potencializar a interligação da rede social, tendo como facilitador o mapeamento dos recursos locais, avançando na proposta do desenvolvimento local (ARCHANJO et alli, 2007).

Diante deste desafio, o setor saúde constitui-se em um campo nos quais avanços e retrocessos são negociados cotidianamente. As expectativas dos gerentes públicos e dos programas mudaram durante as últimas décadas, trazendo a necessidade de transformações de suas habilidades (NEWCOMER, 1999).

Em 2003, foram organizados núcleos de apoio multidisciplinar às equipes de saúde da família, denominados no Município do Rio de Janeiro de Grupo de Apoio Técnico (GAT), integrados por um supervisor operacional regional, e uma Coordenação no nível central. Foram criados com o propósito de alavancar o fortalecimento da ESF, contribuindo para a melhoria da qualidade e propiciar maior resolutividade da Atenção Básica.

Em 2008, o MS instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), considerando as diversas Políticas nacionais, como a atenção básica, Promoção da Saúde, Integração da pessoa com deficiência, alimentação e nutrição, saúde da criança, saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, medicamento, assistência farmacêutica e pessoa idosa.

O NASF deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios de atuação das equipes no qual o NASF está cadastrado. A composição dos profissionais é de responsabilidade do gestor municipal e tem como finalidade central reforçar as diretrizes na Atenção à saúde, tais como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente, a humanização e a promoção da saúde.

A proposta destes núcleos seria a de atuar em parceria com as equipes locais, cabendo-lhes a responsabilização, a gestão compartilhada, a revisão do processo de referência e contra-referência e o apoio à coordenação do cuidado. Portanto, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes (CONASS, 2008; PAGANI, 2009).

É uma proposta de apoiadores especializados matriciais, em consonância com algumas escolas modernas de reengenharia organizacional. Portanto, esses núcleos não possuem linha de mando sobre a base da organização, e devem compor um corpo de apoio à

unidade de produção, possibilitando construir junto com a equipe novas soluções para problemas levantados pelo supervisor ou pela própria equipe local (CAMPOS, 2000).

Para a melhoria do desempenho das organizações, é preciso rever os processos de trabalho, sendo uma das ferramentas o planejamento estratégico e a avaliação. Combinar a objetividade inerente ao planejamento com a subjetividade dos atores sociais é um dos desafios desta proposta (OTERO & CAVALCANTI, 1997; CAMPOS, 2000).

O planejamento estratégico chegou ao setor saúde oriundo de três linhas de pensamento: a programação estratégica da Escola de Medellín, propondo programas operativos do “Saúde para Todos no ano 2000” no nível local; o pensamento estratégico de Mário Testa, para o qual o centro da problemática é o poder; e o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus.

Este último propõe uma ação centrada no aumento da governabilidade, desenvolvendo um conjunto de técnicas, métodos e habilidades para aumentar a capacidade de direção, gerência, administração e controle do sistema social (SILVEIRA, 2007).

Outro aspecto importante é o fortalecimento da gestão democrática e participativa, com o controle social do SUS, que constitui uma importante estratégia para a melhoria da atenção à saúde da população. Ao propor uma maior atenção à satisfação da população, o SUS valoriza a escuta das demandas e das necessidades dos usuários, criando uma nova forma de atuação (UCHIMURA & BOSI, 2007 (AYRES, 2007 & PAIM, 1997).

Esta proposta perpassa pela construção de um modelo de atenção integral, constituído de práticas sanitárias e sociais, que possam intervir nos diversos estágios do processo saúde-doença. Portanto, pressupõe articulação das ações intra-setoriais e intersetoriais com participação social (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Existem desafios na gestão, que permeiam tanto a superação da dicotomia entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras em prol da integralidade, da

qualidade, efetividade e equidade da saúde, como avançar na garantia de que as necessidades sociais possam orientar os parâmetros operacionais e influir na gestão garantindo a continuidade de acesso nos distintos níveis de atenção

O desafio é construir um sistema de gestão participativa, em várias rodas de análise e de co-gestão. Para tanto, tornam-se necessárias reformas da estrutura das organizações e do seu modo de funcionamento, possibilitando que esses atores participem da discussão dos problemas, da definição das prioridades e de modos para fazer as coisas funcionarem (CAMPOS, 2000).

Tendo em vista as mudanças ligadas às alterações na estrutura do modelo assistencial, o profissional de saúde vem assumindo um papel gerencial de serviços de saúde, devendo desenvolver essa função com competência para o trabalho na ESF (SILVA, COCEIRO & FÉLIX, 2007).

É preciso conhecer as ferramentas gerenciais para esta prática e o desenvolvimento destas habilidades tornou-se uma necessidade para toda a equipe, favorecendo o planejamento de ações e avaliação. Esta é proposta para a organização em programas e tem por objetivo a gestão de resultados, possibilitando a motivação da equipe e orientar futuras intervenções. Desta forma, não cabe mais a dicotomia entre gestão e assistência (KLUTHCOVSKY, 2007).

Na ESF, a equipe exerce, em algum momento, função gerencial, permeando funções tradicionais de direção compartilhadas. A equipe participa em ações, tanto de comando e coordenação, no planejamento, assim como no controle, acompanhamento e orientação dos processos de trabalho (CAMPOS, 2000 & ARCHANJO, 2007).

O trabalho interdisciplinar em equipe precisa abarcar conhecimentos acerca do trabalho do conjunto, ser capaz de estabelecer alianças e parcerias, assim como promover a articulação das instituições com outros setores e equipamentos sociais (SILVA, COCEIRO, FÉLIX, 2007).

O diagnóstico do território pode ser construído por aproximações sucessivas, que reflitam as condições locais. Como fontes de informação, utilizam-se os “mapas inteligentes”, os registros existentes, os indicadores de saúde fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como pelo levantamento dos recursos locais e da rede sócio-técnica (SILVEIRA, 2007).

Os profissionais devem conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença, o perfil epidemiológico da população da área de abrangência, os fatores sociais determinantes da qualidade de vida para realizar saúde, promoção e vigilância. Da mesma forma, precisam compreender o território, suas fragilidades e problemas de saúde de uma forma crítica, identificando caminhos e possibilidades de enfrentamento nos princípios da nova promoção da saúde. Portanto, espera-se que os profissionais possam planejar, implementar e avaliar ações multiprofissionais e participativas.

Isto requer que se avance para a integração de novos saberes, pautados na intersetoriais e na construção de redes de proteção. As relações sociais contribuem para dar sentido à vida de seus membros e a rede social ¹³proporciona uma retroalimentação cotidiana, favorecendo atividades pessoais de cuidados com saúde. Esses tecidos sociais articulam-se em torno de objetivos comuns, cuja teia é feita por uma construção coletiva e de responsabilidades compartilhadas, a partir de decisões e ações tomadas por este conjunto.

As redes sociais podem ser classificadas nas categorias de relacionamento: a) amorosa, familiares, amigos, colegas de escola e/ou trabalho, vizinhos; b) companheiros de identidade social: religiosa, étnica, ideológica; e c) identificadas por experiência de vida semelhante: divórcio, paternidade/maternidade, vítimas de violência, dependência química, etc. (ZUMA, 2006; FALEIROS, 2007).

¹³ As redes sociais podem ser definidas como o compartilhamento de poder e de recursos humanos e materiais de um conjunto social, formal ou informal, de atores, grupos e instituições em um determinado território. Pode ser compreendida ainda como o conjunto de pessoas distinguidas por alguém como significativas para si, dentro do universo de pessoas de suas relações. (FALEIROS, 2007. p. 77).

Os atores sociais podem ser categorizados em quatro tipos de rede: a familiar, a comunitária, a de justiça e a de atenção ou de serviços. Como exemplo da rede social potencialmente conectada a família, pode-se apontar a família nuclear, a família extensa, os amigos, os vizinhos, a comunidade. Da mesma forma, o policial da delegacia de mulheres, o conselheiro tutelar, o médico do pronto-socorro, os profissionais dos centros de direitos, os serventuários de justiça, o promotor público, o defensor ou advogado, o juiz, o legislador, entre outros (ZUMA, 2006).

A articulação e a integração de serviços complementares entre si em relação a um mesmo grupo-alvo é uma ótima contribuição para o aumento do capital social de um território. Em se tratando de um grupo que requer um olhar atento, temos como exemplo, a Rede de Proteção de crianças e adolescentes, que tem, como conjunto social, atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado com o objetivo de garantir direitos da população infanto-juvenil.

As Redes de Proteção dos direitos de crianças e adolescentes têm como marco de referência a garantia de direitos estabelecidos na ECA. Diferentes funções, objetivos e instrumentos de ação estão sob a responsabilidade de múltiplos organismos, governamentais e não-governamentais, em nível federal, estadual e municipal. Assim como temos sistemas de garantia dos direitos recentemente incorporados como o Estatuto do Idoso e o Conselho de Proteção à Mulher (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

Destaca-se o papel central e estratégico dos Conselhos Tutelares e os Conselhos Municipais de Direitos, que são órgãos colegiados, os quais têm em suas atribuições garantir as medidas de proteção à criança e adolescente sempre que os direitos reconhecidos no ECA forem violados ou ameaçados, quer por omissão da sociedade e Estado, quer por omissão, falta ou abuso dos pais ou em razão de sua conduta Ainda carecem de uma legitimidade

social, sendo necessário propor estratégias que propiciem o encaminhamento dos casos (BRASIL, 1990).

Esta articulação ainda é deficiente e as instituições que dela fazem parte pouco se complementam. Outrossim, os profissionais pouco conhecem sobre o funcionamento da rede de proteção existente e sobre o ECA.

Há dificuldades de entendimento dos papéis desempenhados por cada instância diante dos limites reais de atuação. Os problemas que exigem ações intersetoriais e interinstitucionais são desafios, devido à escassez de recursos, assim como pelo pouco acúmulo de experiência e conhecimentos acerca do tema. Esforços devem estar direcionados para a criação de instâncias loco-regionais¹⁴ para as devidas ações a serem desencadeadas visando promover as ações cabíveis (OLIVEIRA, 2002).

A articulação entre diferentes organizações com distintas funções, poderes e recursos é uma tarefa de alta complexidade, exigindo habilidade, flexibilidade e persistência. Nesta área, podemos destacar o papel das secretarias dos governos estaduais e municipais, enquanto executoras de políticas de saúde, educação, assistência, cultura, profissionalização, proteção especial. Também são importantes o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, os Conselhos Tutelares, o Ministério Público, as Promotorias da Infância e Juventude, ONGS de defesas de direitos, as Varas da Infância e da Juventude, as Defensorias Públicas e os Centros de Defesa, as Delegacias das Mulheres, entre outros (FALEIROS, 2007).

Existem fluxos, dentro da rede de proteção, que precisam estar funcionando articuladamente para que as situações de maus tratos possam ser interrompidas: o Fluxo de Defesa de Direitos; o Fluxo de Responsabilização e o Fluxo de Atendimento (FALEIROS, 2007).

¹⁴ Instância loco-regional é produto da interseção entre, de um lado, os aparelhos ligados ao poder público, em sua diferenciação, definida por sua origem administrativa e, de outro, as pessoas que vivem em uma comunidade e integram um dado Território.

Da mesma forma, é de grande valia o papel da escola como equipamento de proteção social, bem como o papel da comunidade, da família e instituições, sejam religiosas, sociais ou culturais. Outro aspecto importante é garantir a proteção, o cuidado, a vigilância e o apoio afetivo, mediante a supervisão dos pais, cuidadores e familiares (FALEIROS, 2007; ASSIS, 2007).

É muito difícil mudar comportamentos de risco sem alterar as regras culturais que os influenciam, sendo necessárias políticas que promovam mudanças de comportamento (ZUMA, 2006). Famílias que vivem situações de violência, muitas vezes, têm seu capital interno, como sua capacidade de conexão, comprometidos, implicando na incapacidade de buscar ajuda e ter acesso aos serviços adequados, por vezes por desconhecimento de como usufruir tais serviços (ZUMA, 2007).

No nível que corresponde às comunidades e suas redes de relações, é importante reforçar os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança para a promoção e proteção da saúde. Em suma, fortalecer a organização e participação das pessoas e comunidades para a melhoria de suas condições de saúde.

Em um esforço de ampliar o acesso aos serviços, é importante sensibilizar as lideranças comunitárias sobre o problema e, com informação suficiente para acolher, informar sobre os caminhos possíveis de ajuda, promovendo espaços de discussão nos diferentes locais onde as pessoas se encontram.

Está posto na agenda brasileira o desafio de construir políticas públicas saudáveis, que viabilize o conceito ampliado de saúde oriundo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e legitimado na Constituição de 1988. Apesar dos preceitos legais, ainda são observadas lacunas na sua aplicação, sendo necessário avançar no sentido de construir a articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a um projeto de mudança, que

incida sobre as condições de vida, os determinantes da saúde e os riscos de adoecimento (PAIM, 2003; ANDRADE, 2006).

De acordo com a OMS, a intersetorialidade na saúde se constitui em estratégia que busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor. Caracteriza-se pela atuação em conjunto com outros setores ou partes destes, tendo em vista resultados mais efetivos do que os alcançados pela saúde isoladamente (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

O desafio é desenvolver a estratégia da promoção da saúde na direção de dar um alcance intersetorial efetivo para a formulação das políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida. Observam-se algumas iniciativas para o alcance desta proposta, como por exemplo: os Sistemas Locais de Saúde, os Municípios Saudáveis, o Sistema de Saúde e a Defesa da Vida, bem como a reordenação da Atenção Básica pela ESF (AYRES, 2007; ANDRADE, 2006).

Como fator favorável ao processo da intersetorialidade, foi alavancada a descentralização municipal pós-88, possibilitando uma melhor resposta às necessidades sociais (ANDRADE, 2006). Porém, os governos municipais, na maioria das vezes, orientam suas políticas de forma fragmentada e setorializada, utilizando um conjunto de organizações: secretarias, departamentos, autarquias, fundações e empresas públicas, pelos quais exercem seu poder de regulação. Por sua vez, as organizações reforçam esta fragmentação com escalões hierárquicos e departamentos separados por disciplinas ou áreas de especialização, dificultando aos cidadãos o exercício do controle social (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

A implementação da intersetorialidade depende que, circunstancialmente, haja uma organização matricial, na qual a lógica de atuação seja por problemas. Tais como a mortalidade infantil, violência e dengue possuem naturezas complexas e múltiplas variáveis,

que devem ser observadas nas estratégias de intervenção e controle. Portanto, os gestores sabem que precisam avançar na articulação intersetorial para alcançar resultados efetivos e transformadores para a saúde como promotora de qualidade de vida dos indivíduos e população (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

A complexidade dos problemas exige uma abordagem multiprofissional e interinstitucional, necessitando de articulação entre os diversos serviços para o seu enfrentamento, assim como dos diversos setores envolvidos (PAIM, 2003). Um dos eixos norteadores da Política Nacional de Promoção da Saúde é a integração entre os vários setores para que possa intervir de maneira abrangente e, portanto, mais eficaz nos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2007a).

As ações de atenção primária precisam ser desenvolvidas em conjunto, de forma integrada, articulada e multidisciplinar (NOVLOSKI, SOUSA & PIOVEZAN, 2007). Os profissionais de saúde, de educação e assistência social devem estar capacitados na problemática da violência intrafamiliar. Sendo necessário investir em espaços de educação permanente para que ocorram reflexões sobre os temas relacionados a questões de gênero, relações, recursos para gestão de conflitos e para lidar com as diferenças (ZUMA, 2007).

A abordagem da saúde pública ao agravo violência intrafamiliar baseia-se em diversas áreas do conhecimento, como a medicina, a epidemiologia, a sociologia, a psicologia, a criminologia, a educação e a economia. Sua abordagem tem ênfase na ação coletiva, articulando diversos setores como a saúde, educação, serviço social e políticas, não sendo, portanto um problema unicamente médico (KRUG, 2002).

O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de instituir práticas sociais balizadas por políticas públicas convergentes voltadas para a produção social da saúde. Algumas críticas e preocupações no campo da violência podem ser melhor trabalhadas, para isto os limites e possibilidades de intervenção devem ser retomados, entendendo que esta é

uma construção complexa, porém realizada em conjunto, numa co-responsabilidade entre Estado e Sociedade (FREITAS, 2003; COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Na atenção às necessidades de saúde, segundo a ótica dos direitos, temos na informação e na educação em saúde campos de compreensão e construção das demandas. Importante aspecto é a vigilância para a promoção baseada na informação, possibilitando que a população esteja habilitada e, tenha como direito supervisionar as políticas e ações, através do controle social da informação sobre os condicionantes e determinantes da saúde (TEIXEIRA, 2006; AYRES, 2007; PINHEIRO, 2005).

Há uma distância entre a produção de conhecimentos e a vida real, evidenciada nas intervenções setoriais e na produção de saúde. Para que esta realidade seja modificada, requer uma mudança cultural nas instituições, nas vidas e valores dos trabalhadores e usuários, democratizando o processo de gestão e planejamento em saúde (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006; PINHEIRO, 2005).

A complexidade dos problemas exige intervenções de forma integrada e sistêmica, tendo destaque a ação intersetorial e a participação social. Uma cidade saudável só se constrói a partir do real compromisso com a cidadania, portanto não é um movimento para cidadão, mas dos cidadãos (MENDES apud WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006, p.140)

É essencial que o gestor local em parceria com a sociedade organizada, garanta uma estratégia participativa dos problemas locais, estimulando a construção de ambientes físico e socialmente saudáveis. Isto fortalece os recursos comunitários, possibilitando às pessoas o desenvolvimento de suas potencialidades e melhorarem a qualidade de suas vidas (WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006).

2. Justificativa

Esta proposta de estudo pretende contribuir no conhecimento das possibilidades de abordagem ao agravo violência intrafamiliar a partir do eixo de intervenção da promoção da saúde no âmbito da gestão na ESF, sem desconsiderar a importância da prevenção à violência e o atendimento das vítimas e suas famílias na linha de cuidado.

O campo da promoção da saúde foi escolhido, pois valoriza os determinantes sociais, ampliando as possibilidades de intervenção aos problemas complexos. Abordá-la nos possíveis níveis de intervenção à luz do modelo bioecológico e da teoria sistêmica de Bronfenbrenner. A valorização desta compreensão, bem como a incorporação da violência na agenda da cidadania e do setor saúde, são pressupostos importantes para a elaboração de políticas públicas e enfrentamento deste agravo (MARTINS & SKYMANSKI, 2004; BUSS & PELLEGRINI, 2007).

Considera-se que a ESF tem sua importância alicerçada em consonância à Política Nacional de Promoção da Saúde, tanto na reorganização do sistema como da atenção básica, possibilitando o desenvolvimento e implantação de novas práticas sociais para atender as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007a). Estamos lidando com um problema de saúde que está imbricado em questões ético-legais e que possui em seu processo de trabalho peculiaridades que facilitam sua abordagem, mas também traz algumas dificuldades.

A aproximação da teoria-prática e ensino-serviço amplia as possibilidades de atender as necessidades de saúde da população, pois pode viabilizar uma visão mais próxima da realidade. São perspectivas que se complementam, e podem trazer inúmeras possibilidades quando caminham juntas. Embora, esta parceria nem sempre seja de fácil execução, avança-se no aprofundamento das questões pertinente ao agravo violência intrafamiliar, na determinação

de seus determinantes, fatores de risco e proteção, ampliando as possíveis abordagens de intervenções.

Um dos desafios das políticas sociais é trazer a produção conceitual, metodológica e instrumental da promoção da saúde para as práticas sociais. Os pilares desta são a concepção ampliada de saúde, a discussão acerca da qualidade de vida, o pressuposto de que a solução dos problemas está no potencial de mobilização e participação da sociedade, o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades e o reforço do planejamento local (PEDROSA, 2006).

É importante conhecer a representação que o gestor possui em relação às ferramentas gerenciais da promoção da saúde necessárias para fomentar o desenvolvimento social no território de atuação. Compreender sua visão acerca de possibilidades de abordagem e o quanto se apropriam destas possibilidades frente o seu papel de formulador e fomentador de políticas públicas.

Face à relevância do agravo violência intrafamiliar nas questões atuais e seu enfrentamento como parte da agenda de compromissos para a saúde integral, torna-se relevante aprofundar um estudo que possa compreender as habilidades e competências do gestor nesta empreitada. Que possa trazer uma contribuição para o planejamento e a implementação das ações de enfrentamento à violência intrafamiliar, bem como avaliar o quanto já conseguimos avançar.

A SMS/RJ é marcada por iniciativas na área da promoção da saúde, que contribuem para a estruturação de políticas no nível municipal. Para tanto, esforços em capacitação dos profissionais, iniciativas em trabalhos articulados a outros setores e mobilização da população, estão sendo empreendidos. Experiências estas acumuladas e ainda pouco estudadas, mas que já trazem repercussões no país.

Desta forma, este trabalho busca conhecer a percepção do gestor do nível municipal da SMS/RJ em relação às possibilidades da promoção a saúde frente a este agravo, podendo contribuir para o avanço na organização dos serviços e nas condições de saúde da população. Como afirma Minayo (2006, p.1292), o antídoto da violência é a democracia e a cidadania, fruto de uma conquista social alavancada pelo desenvolvimento social.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Conhecer e analisar a percepção dos gestores municipais em relação às ferramentas da Promoção da Saúde para a abordagem à violência intrafamiliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ).

3.2. Objetivos específicos

1) Relatar a trajetória das políticas públicas na SMS/RJ direcionadas à abordagem da violência intrafamiliar.

2) Identificar os eventos direcionados à ESF pela SMS/RJ para abordar à violência intrafamiliar.

3) Mapear as estratégias de enfrentamento da violência intrafamiliar através das práticas de Promoção em Saúde identificadas pelos gestores da SMS/RJ.

2. Procedimentos e Métodos

2.1 Tipo de pesquisa

O tema desta pesquisa é o agravo violência intrafamiliar e o seu enfrentamento através da promoção da saúde no âmbito da ESF. O objeto de estudo é a percepção de gestores municipais em relação aos recursos da promoção da saúde utilizados frente à violência intrafamiliar. Esta percepção foi identificada através da análise do discurso -verbal e documental - de atores que atuam na gestão dos serviços da atenção básica no Município do Rio de Janeiro (MRJ).

Diante deste objeto, optou-se por desenvolver uma pesquisa utilizando a metodologia qualitativa, visando um entendimento desta realidade complexa, compreendida a partir de uma construção social. Buscou-se a compreensão e o sentido que os gestores têm acerca das possibilidades de intervenção, através dos recursos da promoção da saúde a este fenômeno social (VICTORIA, 2002).

Essa opção metodológica possibilitou a revelação de uma diversidade de situações, a partir de uma adaptação variada às situações pelos atores, e a mobilização de um repertório variado de recursos (GROULX, 2008).

A pesquisa abordou o caso da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), no contexto de ações de promoção da saúde para o enfrentamento da violência intrafamiliar, segundo a percepção dos atores que atuam na gestão dos serviços de atenção básica no âmbito da ESF.

O estudo de caso é uma investigação empírica que busca conhecer um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real , e esse tipo de pesquisa se aplica quando condições contextuais passam a ser pertinentes ao fenômeno de estudo (Yin, 2005, p.32).

2.2 – Cenário de Pesquisa

O cenário da pesquisa contemplou os níveis central e regional de gestão da SMS/RJ vinculados à ESF e ao tema deste estudo. O cenário sócio-histórico do Município do Rio de Janeiro é complexo ,e este macrossistema é marcado pela alta prevalência de violência intrafamiliar, observando-se um esforço no enfrentamento deste agravo, verdadeiro desafio à produção da saúde, exigindo reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro está organizada em Subsecretarias, e cabe ressaltar a mudança do organograma e estrutura organizacional na virada da gestão municipal em 2009. O presente estudo está relacionado às atividades da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS), atualmente chamada Sub-Secretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Esta instância é assessorada pela, atualmente designada Coordenação Técnica da Linha do Cuidado. Estando divididas de acordo com a especificidade dos grupos e áreas especializadas, entre as quais ,criança, idoso, adolescente, mulher e saúde mental, além do Programa Saúde da Família e Assessoria de Promoção da Saúde, conforme ANEXO 1. Até o momento, o organograma ainda não foi disponibilizado.

Diretamente subordinadas à SUBASS estão a Coordenadoria de Atenção Básica e a Coordenação de Promoção da Saúde, e subordinada à Coordenadoria da Atenção Básica o Programa Saúde da Família e sua coordenação central e regional. Em 2003, foram criados os núcleos multidisciplinares de apoio às equipes nas regionais, denominados de grupos de apoio técnico (GAT), sendo esta a instância regional até 2009.

No nível regional, a gestão da SMS/RJ inclui 10 Áreas de Planejamento (AP) constituídas a partir da divisão regional-administrativa do Município do Rio de Janeiro. Cada área conta com uma Coordenadoria de Saúde composta por representantes técnicos semelhantes à estrutura central.

Foram eleitas as coordenadorias de três Áreas Programáticas (APs) para o estudo, a partir do critério de amostragem contraste-aprofundamento (PIRES, 2008). Na seleção utilizou-se como critério epidemiológico, as taxas de mortalidade por causa externa e o Índice de Desenvolvimento Humano-indicador composto que considera o índice de escolaridade, renda per capita e esperança de vida ao nascer e índice de longevidade. Não foi utilizado um indicador direto para violência intrafamiliar, por ainda não dispormos de tal informação segmentada.

As áreas selecionadas foram: as duas áreas que apresentam os piores indicadores de violência, e uma que apresenta os melhores indicadores com base no coeficiente de mortalidade por causa externa na categoria agressões segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10) segundo os dados fornecidos pela Gerência de Informações Epidemiológicas a partir do Sistema de Vigilância em Saúde da SMS/RJ no ano de 2006 conforme “Indicadores por Área Programática do Rio de Janeiro no site da SMS.

Observamos os piores indicadores nas Áreas Programáticas 1 e 3.3, sendo estes respectivamente 68,4 e 53,7 por 100.000 habitantes e, o melhor na AP 2.1, com taxas três vezes menores. No outro indicador indireto utilizado foi o Índice de Desenvolvimento

Humano por bairro no Município do Rio de Janeiro, onde encontramos IDH de 0,970 em bairro da AP2.1 (Gávea) e IDH de 0,713 em bairro da AP3.3 (Costa Barros) e 0,711 em bairro da AP 3.1(Complexo do Alemão)..

2.3 População da Pesquisa

A população da pesquisa foi constituída pelos gestores dos nível central e o nível regional da SMS/RJ, de acordo com o cenário de pesquisa definida na sessão anterior. Buscando adequar o tipo de amostra e o objeto da pesquisa na realização deste estudo (PIRES, 2008), foram convidados a participar da pesquisa 10 gestores, sendo 7 do nível central, a saber: coordenador da ESF, assessor da promoção da saúde, gerentes técnicos dos programas de atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do idoso e de saúde mental; e do nível regional os supervisores operacionais ou do GAT da AP 1, 3,3 e 2.1.

Esta população foi selecionada, pois são os técnicos da secretaria de saúde responsáveis pela proposta de políticas públicas nesta instância .

A pesquisadora é profissional da SMS/RJ e estava está inserida no início da pesquisa, na Coordenadoria de Saúde da Área Programática 4 (CAP 4), atuando como representante da área técnica promoção da saúde, já tendo a experiência como membro no grupo de apoio técnico a ESF neste âmbito regional.

Em decorrência da troca da gestão municipal e posse de um novo prefeito, houve mudanças na ocupação dos cargos, no nível central e regional. Diante desta possibilidade, definiu-se que os gestores convidados para a pesquisa teriam que ter ocupado o cargo por pelo menos três anos nos últimos cinco anos (2004-2009), mesmo que no momento da coleta da pesquisa não estivessem no exercício da gestão. Este critério visou incluir apenas os gestores que poderiam efetivamente trazer um relato de sua experiência no cargo.

A partir desta pesquisa, espera-se contribuir para um conhecimento da trajetória municipal no tocante ao enfrentamento da violência intrafamiliar conforme previsto na

Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa e das diretrizes da Política Nacional de Promoção da saúde (BRASIL, 2007a) e demais marcos legais.

2.4 . Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados duas fontes de informação, a saber: entrevistas individuais semi-estruturadas com os sujeitos definidos na população da pesquisa e revisão de documentos.

Estes dados foram coletados em duas fases distintas, sendo a primeira através de entrevistas semi-estruturadas com os gestores do nível central o levantamento de documentos oficiais (leis, regulamentos), pessoais (registros pessoais) ou públicos (artigos, revistas), na internet e nos arquivos da SMS/RJ. A segunda fase compreendeu a realização de entrevistas semi-estruturada com roteiro com os gestores regionais.

Para a pesquisa foram elaborados três roteiros estruturados, sendo um para os gestores do nível central, considerados atores-chaves na definição das políticas públicas, outro para os representantes regionais da ESF e um para o levantamento dos documentos (apêndices 1, 2 e 3).

Nos roteiros da entrevistas foram selecionadas as seguintes variáveis: identificação a partir da legenda definida, instituição, cargo, data do período do exercício e data da realização da entrevista. Foram entrevistados acerca das propostas de atuação da SMS frente à violência, e especificamente para violência intrafamiliar, e a inserção destes atores nas ações, eventos de sensibilização e capacitação, sua percepção em relação às facilidades e dificuldades de abordagem nos territórios da ESF e documentos relativos a este agravo.

Na revisão documental buscou-se identificar as principais etapas de construção das políticas públicas municipais voltadas para o enfrentamento da violência intrafamiliar na última década, priorizando-se as estratégias da promoção da saúde. O levantamento de documentos foi feito através de busca na internet e, também, por indicação dos participantes da pesquisa. Foi elaborado um roteiro de questões (apêndice 3) para orientar a seleção e revisão dos documentos. Estes foram organizados de acordo com suas características, se público, oficial, técnico, pessoal, identificação do documento, seu conteúdo e enfoque.

Foi realizado um pré-teste antes da aplicação com os demais gestores, sendo realizadas as adaptações necessárias. O registro foi feito através de gravação, com prévia autorização dos participantes, sendo esclarecido que poderia não ser gravada a entrevista, o que não ocorreu no percurso. A autorização foi concedida por todos os entrevistados. Foram realizadas também anotações consideradas como expressões, gestos e outras simbologias (VICTORIA, 2000)

Os participantes foram contatados individualmente e previamente esclarecidos em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa, ocasião que foram convidados a participar do estudo. Uma vez aceito o convite, foi feito o agendamento das entrevistas, e posteriormente a apresentação do Termo de Consentimento(apêndice 4).

Visando respeitar o anonimato dos entrevistados, foi utilizada uma legenda, considerando-se a população da pesquisa, a saber: quanto às entrevistas dos 7 gestores do nível central, foram descritas como EC1 até EC7, e os 3 gestores do nível regional foram ER1, ER2 e ER3.

Foi possível entrevistar 10 gestores, sendo que no nível central, um foi o subgerente, e 6 gerentes. No nível regional com a mudança de estrutura e a saída de alguns membros desta instância, foram selecionados 3 membros do grupo de apoio técnico (GAT), respeitando-se as respectivas áreas selecionadas para a amostra.

Cabe destacar que não houve recusa, e algumas entrevistas ocorreram no próprio local de trabalho, e outras em local escolhido pelo entrevistado, respeitando-se a disponibilidade deste.

As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2009, e duraram em torno de 1 hora cada uma, e as transcrições, aproximadamente 4 horas de trabalho.

A colaboração dos atores foi essencial, e para tanto se respeitou a cultura institucional, sendo oficializada a pesquisa conforme a regulamentação para tal no conselho de ética em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável através do protocolo nº78/09 em 22/06/09 pelo CEP SMSDC-RJ.

Outro aspecto importante foi o contato prévio com os representantes dos cargos no ano de 2008, e com os novos que vieram a ocupar estes na gestão nova. Os custos foram de responsabilidade da pesquisadora, sem ônus para a instituição serviço e acadêmica.

2.5. Análise e interpretação dos resultados

O tratamento dos dados foi desenvolvido através da técnica de análise de conteúdo com abordagem temática indicada por BARDIN (2004). A análise temática visa identificar e analisar temas ou itens de significação no conjunto de dados coletados. A opção pela análise temática, da contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação foi previamente determinada, esperando desta forma ficar mais fácil escolher dentro do discurso do emissor, a frase como unidade de codificação (BARDIN,2004, p.73).

Fazer uma análise temática consiste de acordo com a autora em descobrir os *“núcleos de sentido”*, *que estão presentes na comunicação, e cuja presença, ausência ou*

frequência de aparição podem ter algum sentido para o objetivo analítico da pesquisa, sendo interpretados segundo temas, enquanto unidade de registro, correspondente a uma regra de recorte, valorizando-se o sentido e não a forma.” (BARDIN, 2004, p.131)

A fase da pré-análise foi a fase da organização propriamente dita, objetivando tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir as operações sucessivas. Nesta fase, se definiu os documentos a serem analisados, considerando a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentaram a interpretação final.

Para dar conta desta análise de conteúdo com abordagem temática, foi seguida algumas etapas básicas de análise, relacionadas a seguir. A primeira foi, a leitura dos textos de maneira flutuante, exaustiva e repetida - a partir das transcrições das entrevistas e documentos selecionados, estabelecendo um primeiro contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões e orientações, assim como identificando os principais temas e aspectos de significação presentes. Pouco a pouco a leitura foi se tornando mais precisa, em função das hipóteses e das projeções de teorias (BARDIN,2004).

Em seguida, buscou-se o ordenamento e tratamento do material, e para tal foi considerado a origem das informações, a saber: 1) o tipo de informante; 2) a origem dos documentos (oficial ou não oficial); 3) os temas identificados, 4) os objetivos e 5) os referenciais teóricos do estudo.

No caso das entrevistas buscou-se uma estruturação específica de dados, respeitando-se a dinâmica do processo mental do entrevistado e dos eixos principais dos documentos pesquisados.

Foi importante estabelecer uma sistematização dos dados desde os primórdios desta fase pesquisa para que não ocorresse um desvio do propósito da pesquisa. Considerando que os temas podem aparecer e reaparecer em outro momento mais à frente, em função da

progressão de um pensamento que se procura, procurou-se reorganizar, dando um tratamento ao texto (BARDIN, 2004).

Neste processo de tratamento do material procedeu-se uma categorização dos dados coletados, através de operações de divisão de texto em unidades em agrupamentos temáticos analógicos. Além das categorias analíticas definidas no tratamento dos dados coletados, optou-se por definir algumas categorias empíricas, considerando-se para tal os objetivos do estudo e a revisão da literatura sobre o tema. Como categorias analítico-teóricas, à luz das quais se buscou analisar os dados empíricos do estudo, foram eleitas: a) rede de apoio; b) participação social e 3) intersetorialidade.

Em relação às categorias empíricas e em consonância com os objetivos da pesquisa estas foram agrupadas em três eixos de análise, sendo estes descritos nas seções de resultados: a percepção da violência intrafamiliar segundo os gestores municipais de saúde; a construção das políticas públicas municipais e as ações implementadas no âmbito do município do Rio de Janeiro, e as facilidades, limites e desafios na ESF.

Os dados foram analisados a partir dos eixos das entrevistas dos gestores, abrangendo elementos e características comuns ou que se relacionam entre si, segundo análise de conteúdo proposta por Bardin (2004).

Foi considerada Rede de Apoio neste estudo a definição trazida por FALEIROS (2007, p.77), como o compartilhamento de poder e de recursos humanos e materiais de um conjunto social, formal ou informal, de atores, grupos e instituições, em um determinado território, conforme revisão bibliográfica na página 30.

O gestor e a sociedade organizada devem garantir uma estratégia integrada e participativa dos problemas locais. E nesta perspectiva, a rede de apoio social depende e ao mesmo tempo reforça a proposta de participação popular, portanto, da criação de espaços de

diálogo democrático fomentando a participação social (TEIXEIRA, 2006; WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006).

Desta forma, foi adotado o entendimento da intersectorialidade quanto à possibilidade de instituir práticas sociais balizadas por políticas públicas convergentes voltadas para a produção social da saúde, na qual a lógica de atuação seja por problemas.

A correlação entre as categorias analíticas previamente definidas e as categorias empíricas que emergiram no tratamento dos dados coletados, foi balizada pelos objetivos do estudo e seu referencial teórico, fornecendo uma base para produzir inferências válidas.

Cabe ressaltar que a subjetividade esteve muito presente nas falas dos gestores, segundo seu próprio sistema de pensamentos, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afetividade e a afloração de seu inconsciente (BARDIN, 2004). Para diminuir o seu impacto foi preciso a construção de instrumentos que possibilitassem o trato mais objetivo possível com esta realidade.

.Esse corpo de conceitos foi o instrumental utilizado que possibilitou a pesquisa, a partir de um arsenal teórico e metodológico, aproximar-se da realidade e da percepção dos atores envolvidos. Investigar as representações sociais que estes atores tem em relação aos recursos de enfrentamento da promoção da saúde à violência intrafamilias (VICTORIA, 2000, DESLANDES, 2006 & MINAYO, 2007)

Um fato só se torna um dado quando atravessado por um suporte teórico, busca-se efetuar deduções lógicas e justificadas referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (Bourdieu apud VICTORIA, 2000; BARDIN, 2004).

3.Resultados:

Com vista a tornar a leitura dos resultados mais fácil, iremos apresentá-los em seções em consonância com as categorias analíticas definidas, a saber: 1-A inserção da violência na saúde e a percepção da violência intrafamiliar segundo os gestores municipais de saúde; 2-O avanço das políticas públicas e as estratégias de produção da saúde: ações implementadas no âmbito do município do Rio de Janeiro, e 3- Na ESF : outras possibilidades de intervenção visando a proteção.

Na segunda seção são trazidos relatos dos documentos levantados e das entrevistas dos gestores do nível central e regional.

3.1. A inserção da abordagem da violência na saúde e a percepção da violência intrafamiliar, segundo os gestores municipais de saúde

Os gestores entrevistados consideraram que a violência é um fenômeno que ocorre em todas as esferas da vida social, inclusive no setor de saúde. Estes identificaram violência como um problema presente, atravessando o cotidiano de seus serviços e trazendo implicações na saúde da população. A violência pode ser entendida como forma de desrespeito aos direitos humanos em suas várias formas de apresentação e que pode estar associada à incipiente conquista dos direitos sociais em nosso país. A manifestação da violência se dá em suas várias expressões, como relataram os entrevistados.

“É um tema que sempre aparece, é um tema que perpassa qualquer coisa, sempre aparece, nos dados de mortalidade, no atendimento, no dia a dia ,..., é um tema transversal em todas as ações .”(EC1)

“Atravessam cotidianamente, quando aparece uma menina de 11 anos grávida, mesmo quando não parece uma situação de violência. ... suscitam questões de direitos.” (EC7)

“Principal avanço é a questão da cidadania, muitas mães, avós, homens acabam aceitando como algo corriqueiro, justamente por não se ver com direitos, é um trabalho de desenvolvimento de cidadania.”(ER3)

A grande parte dos gestores municipais da saúde relatou que a violência intrafamiliar é um fenômeno de alta prevalência, transversal na realidade cotidiana dos profissionais de saúde. Este agravo era visto como um problema social, e não era percebido dentro da esfera de atuação do setor, embora traga implicações para a saúde individual e coletiva. Nesta mudança de entendimento do modelo explicativo da violência, ampliou-se o olhar do gestor no sentido de organização de práticas sanitárias direcionadas ao problema.

“Em inúmeros momentos, esta questão apresentou-se de fundamental importância, ganhou destaque, desenhou-se , tínhamos reunido informações na rede da Atenção Básica, de banalização aos abusos e maus tratos de crianças, idosos, autismo, portadores de deficientes, em cativo domiciliar. Compreende-se a importância de desenvolver ações de capilarização das ações (EC7).

“Nunca foi uma bandeira, não fazia parte de uma pauta específica a violência. Até estranhei quando você me convidou. Mas sempre fez-se presente, sempre fez parte do meu processo de trabalho”(ER3)

Os gestores loco-regionais identificaram ser um tema cada dia mais identificado no cotidiano do profissional, mas ao mesmo tempo fortemente carregado de tabus e dificuldades em sua identificação e em sua abordagem.

Alguns gestores relataram que, mesmo quando a população não percebe que as situações vivenciadas são violência, estas estão presentes na vida das pessoas, principalmente das populações mais vulneráveis. A omissão pode ser camuflada pelo desconhecimento dos

profissionais em lidar e identificar o problema, talvez pelo caráter polissêmico de sua conceituação, sendo uma das causas de perpetuação dos episódios de violência.

“Todos os profissionais que lidam com a violência devem ser capacitados, mas também capacitar as famílias, o que é violência, sobre seus direitos.” (ER2)

“[...] muitas vezes, o próprio idoso não fala, quem deveria ser o primeiro, é velada dentro da residência, 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, é o cuidador do idoso frágil, aquele idoso que não consegue se defender” (EC4).

“Em cada reunião que a violência é colocada, aparece, pois percebemos que as pessoas não sabem bem o que é violência. Esta sendo construída no dia a dia, não sabem o que é ser violento.[...]” (ER2).

“Este problema normalmente é muito carregado de tabus, [...] a violência intrafamiliar.” (ER3)

Afirmaram que a violência era vista como um problema social e seu enfrentamento, na perspectiva de sua prevenção e da promoção da saúde, não era percebido como uma atribuição da esfera de atuação da saúde. Apesar de fazer parte da realidade dos serviços em seu cotidiano, um dos gestores explicou que a mudança de concepção da saúde na estrutura municipal, é recente.

Ficou expresso na fala dos gestores, a incorporação da compreensão ampliada dos determinantes sociais e o entendimento das implicações da violência no processo saúde-adoecimento nas últimas décadas.

A percepção da violência, considerando-a como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação de todos os atores envolvidos, tais como usuários, membros das equipes e gestores da saúde. A formulação de ações para melhoria da qualidade de vida, numa perspectiva intersetorial e transdisciplinar, é importante conforme expressaram alguns gestores.

“Não possuir um Conselho de Direitos para o idoso, até hoje. Isto atrapalha qualquer medida de prevenção.[...] 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, o município .” (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)

“É um tema que incomoda muito, muito presente e pouco trabalhado , identificado como uma ação externa, política, acham que a ação deles(dos profissionais) tem pouco impacto no problema, pouca governabilidade sobre o problema, fazem correlação com pobreza, uso de álcool e droga” (ER2).

Outro ponto destacado seria a importância da contextualização do território, respeitando-se as especificidades regionais. O cenário sócio-histórico do Município do Rio de Janeiro é complexo e marcado pelas desigualdades sociais, expressas pelos diferentes perfis epidemiológicos nas diversas partes da cidade e em seus territórios-áreas. Esta situação é reconhecida pelos gestores das várias instâncias que apontam para a importância de um enfrentamento considerando o território, conforme a seguir.

“No início de 2008, quando o Ministério da Saúde propõe de alguma forma esta condução do trabalho, nós apontávamos como uma das principais dificuldades era como lidar no território com estas questões [...] (EC5).

“Não dá para discutir de forma generalizada, em cada território, é diferente, em Canoas é diferente do Vidigal, que é muito mais violento, o trabalho do técnico, do gestor, é um pouco isso.” (ER2)

Os gestores consideraram a violência intrafamiliar um problema que gera transtornos para a sociedade e reflete uma ausência de justiça e, enquanto representantes do Estado, podem intervir nesta realidade com vistas a reduzir as desigualdades e incrementar a qualidade de vida dos cidadãos. Através da implementação de políticas sociais abrangentes, apontam a ESF como um dos equipamentos sociais efetivos.

“Quando conseguimos entrar é um avanço, [...] como aprendemos, sobre o modo de viver, a cultura [...]” (ER2)

O modelo do PSF, não é um modelo de medicina para pobre, mas deve adscrever uma continuidade do cuidado, sustentar uma atenção primária de qualidade, é o grande propósito da SMS, é sua missão.”(EC7)

“O problema existe, não podemos fechar os olhos , precisamos trazer as pessoas, sensibilizando, catalisando, agregando. Há necessidade de amadurecendo [...]

Tinha uma política indutora para poder potencializar, para que pudesse fazer esse embrião ser reconstruído, crescer, e se expandir para outras regiões.[...]

E tinha este projeto, que 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).

O conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde, marcos do SUS e da Política da Promoção da Saúde propiciaram mudanças no entendimento do modelo explicativo da violência. Essa mudança de olhar pode ter sido fundamental para a inserção da violência no âmbito da saúde, compreendendo-a como um fato humano, social e histórico, que muitas vezes persiste no tempo e abrange todas as classes e segmentos sociais. E que pode ter solução. Essa compreensão por parte dos gestores possibilitou a inserção desta temática na agenda do setor saúde integrada aos demais setores da sociedade.

Foi possível identificar uma percepção ampliada dos representantes deste setor e uma compreensão de que precisam responder às demandas da sociedade. Portanto, se apresentam como atores-chaves que possuem uma visão periférica, aqui identificada como uma visão não focada no problema isoladamente. Esse olhar ampliado é fundamental para encampar a intersetorialidade, eixo da promoção da saúde. Nos seus campos de ação, aponta-se a necessidade da elaboração de políticas públicas saudáveis e esta compreensão pelos gestores acerca do processo facilitou a implementação de ações diferenciadas para a abordagem da violência intra-familiar.

Ao compreender a importância da aproximação da realidade loco-regional, e de pensar intervenções a partir dos vários olhares dos atores, os gestores apontam a relevância

das especificidades regionais. Este processo pode ser impulsionado por políticas públicas indutoras que sejam fomentadas pela organização do Estado e sociedade na direção de alavancar a descentralização e a capacidade de resposta local dos territórios.

Observa-se um avanço na apropriação do papel de gestor público, estando em suas habilidades a detecção dos problemas e a construção de políticas para atuar nos determinantes e condicionantes de saúde. E isto também remete para a necessidade de operar com conceitos que fogem do campo meramente do setor saúde e, portanto articulados aos demais setores da sociedade.

Alguns representantes da saúde entrevistados nesta pesquisa entendem que o setor precisa planejar e adequar a gestão para atender às mudanças do perfil epidemiológico. Apontam para a necessidade da produção de conhecimento e de práticas sanitárias que subsidiem as políticas públicas, e que estas contribuam para abordar os problemas complexos de saúde.

3.2.A resposta à violência: o avanço das políticas públicas e estratégias de produção de saúde no município do Rio de Janeiro segundo o relato dos gestores

Nesta seção buscou-se organizar as ações na abordagem à violência intrafamiliar no âmbito do município do Rio de Janeiro empreendidas nas últimas duas décadas. Para tanto, foram utilizadas entrevistas dos gestores do nível central e regional e o levantamento dos documentos oficiais e não oficiais, organizados numa linha de tempo segundo seu conteúdo e enfoque

3.2.1. O avanço das políticas públicas a partir do olhar do gestor

Foi explicitado pelos gestores o papel das políticas públicas como indutoras de ações para abordar os problemas da sociedade, impulsionadas pela mudança organizacional da SMS, ampliando as possibilidades de abordagem à violência.

A partir da virada da década, intensificaram-se as propostas de abordagem ao agravo com a estruturação da Assessoria de Promoção da Saúde na SMS, iniciada pela Gerência de Atenção ao Adolescente, conforme fala dos gestores na entrevista. É esta a instância catalisadora da qual emergem as principais ações trazendo as gerências para uma prática articuladora, em consonância com a Portaria que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004), conforme mencionado por um dos gestores.

[...] a prefeitura pensando políticas públicas, pensando uma política de enfrentamento da violência, foi uma construção da promoção da saúde [Assessoria] (EC7).

“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 da P. S.” (EC5)

A nova promoção da saúde vem sendo pensada como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de estruturar e articular com as demais políticas, contribuindo na construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde. Este é um campo de produção de conhecimento novo, que vem se consolidando nas instituições acadêmicas e nos serviços com a incorporação de novas práticas sociais. Essas transformações da práxis são expressões de mudanças na concepção de saúde, conforme revelaram alguns dos gestores entrevistados.

[...] na fase inicial dos anos 90, a visão da promoção era um tanto restrita a alguns aspectos, era muito relacionada a doença, evitar o adoecimento, depois na década seguinte é que se desenha, incorporando a visão de qualidade de vida (EC7).

“A promoção trata da violência, aliás não é só a promoção da paz, outras questões são levantadas na promoção, várias outras questões, por exemplo a questão da raça e cor, sensibilizar e compreender que o fato de ser negro você está exposto ao risco e a vulnerabilidade maior que um branco, te coloca numa situação de vulnerabilidade (EC1).

Foi destacada a construção coletiva de políticas em fóruns intersetoriais de direito, como o Conselho Municipal de Direitos das Crianças e Adolescentes (CMDCA), sendo reconhecido como um fórum formulador de políticas, entre as quais a política de abrigo, de enfrentamento à violência sexual, de proteção a população de rua, de combate ao crack, entre outras. O agravo violência intrafamiliar foi contemplado pela Secretaria de Assistência, e a saúde participa através de representações nos fóruns de debate, inclusive coordenando a formulação de políticas específicas, estando num papel de vanguarda e liderança.

Uma experiência exitosa desta integração refere-se à construção coletiva da saúde e da assistência social no projeto família acolhedora, buscando garantir a segurança da criança violentada, assim como a família de origem para o retorno da vítima. Estes e outros trabalhos possibilitaram a mobilização de diversos setores, entre estes, a educação, a assistência social, esporte e lazer, a cultura. Através de temáticas como a valorização da paternidade e do protagonismo juvenil, foi possível uma construção coletiva, conforme relato um dois gestores entrevistados.

[...] e a participação de elementos da gerência no Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA), nesta participação foi a saúde que puxou a notificação. Pensar uma política sobre violência intrafamiliar, a coordenação foi da saúde, puxado pela saúde (EC1)

[...] todos estão pensando esta questão da masculinidade, a educação, o lazer, a cultura, estão pensando nesta questão.

Temos tido várias questões, há 5 anos estamos discutindo a paternidade. Pensar esta questão da masculinidade (EC3).

Outro aspecto levantado foi o papel da Política da Promoção da Saúde em agregar as várias gerências da secretaria em prol de um trabalho que exige a junção de esforços, face a dimensão macro da violência, fomentando uma articulação entre os vários programas.

De certa forma, a assessoria da Promoção da Saúde trouxe a conclamação dos gestores a responsabilidade de construção de ações que pudessem enfrentar com ações, um projeto terapêutico no jargão da Secretaria de Saúde (EC5).

Na década de noventa, a política de orientação ao agravo violência intrafamiliar na secretaria de saúde tornou-se fragilizada, com a saída de alguns atores-chaves desse processo. Havia uma articulação insipiente entre os diversos programas de atenção à saúde, que limitava as possibilidades de enfrentamento, estando por muito tempo direcionado mais para o desfecho do problema e por iniciativas individuais, conforme relatado a seguir. As dificuldades apontadas pelos gestores municipais da saúde destacadas no campo das políticas públicas, é que estas são marcadas por disputa de recursos e participação descontinuada, tanto entre os diversos setores da prefeitura, como pelas instâncias internas da secretaria municipal.

“[...] com a saída de alguns técnicos, havia poucos personagens que pudessem integrar, não havia uma orquestra entre nós, de forma mais articulada. Foram poucas e, sobretudo focadas em iniciativas de profissionais, que desenvolviam no seu cotidiano, grupos de trabalho à revelia de uma orientação da política (EC7).

Todo campo da atenção à saúde esteve marcado por estas disputas no campo da políticas públicas, dos recursos das políticas públicas, ou os recursos iam para ao PSF ou para a saúde mental(EC7).

Embora algumas dificuldades estejam apontadas, a busca por possibilidades é a tônica deste grupo de trabalhadores, conforme será descrito na próxima seção.

3.2.2. Ações de prevenção da violência e promoção da saúde implementadas, segundo o olhar dos gestores de saúde

Eventos de sensibilização e capacitação direcionados à violência intrafamiliar:

Segundo informações obtidas nos documentos levantados, a ampliação do foco das capacitações visando abordar à violência intrafamiliar ocorreu a partir de 2006, direcionada primeiramente para a atenção primária e, depois especificamente para a ESF. O foco muda, e buscou-se a construção da cultura da paz, da solidariedade, e a valorização das relações familiares. A primeira ação direcionada à ESF para abordar a violência doméstica foi no

primeiro ano de gestão da então assessora da promoção de saúde, com recursos oriundos do programa do adolescente, conforme fala da gestora entrevistada.

Antes deste período foram desenvolvidos eventos de caráter permanente: os Grupos de Trabalho (GT) e os de sensibilização para os profissionais da atenção primária. A proposta do GT era garantir a construção de um espaço continuado de debate, implantado pela gerência do adolescente, em consonância com a política de prevenção da violência e construção da cultura da paz. Segundo relato dos gestores e informações obtidas na SMS, este espaço tinha como característica ser integrador, buscando a troca de experiências e de questões que não costumavam ser valorizadas no cotidiano, ou seja, apoiar as experiências de desenvolvimento local. Na visão dos gestores, esta questão não poderia ser tratada com estudos pontuais, mas precisa de uma construção permanente entre os gestores e profissionais.

A partir do início do século, intensificaram-se os treinamentos para capacitar os profissionais da ESF, sendo os primeiros direcionados para abordagem à violência sexual. Foram treinados em três anos, aproximadamente 600 servidores da rede, com proposta de continuidade e realização de um fórum por ano, conforme fala do gestor.

[...] foram capacitados mais de seiscentos profissionais a partir de 2000. E desde 2003, temos um evento anual sobre violência(EC2).

Posteriormente, importantes iniciativas foram realizadas pela Assessoria da Promoção da Saúde, oriundas de fóruns que discutiam o abuso e a exploração sexual. Foram destacadas as capacitações através de oficinas realizadas em parceria com as ONGs: Núcleo de Atenção à Violência (NAV) e o Instituto de Pesquisa Sistêmica e Desenvolvimento de Redes Sociais (NOOS), direcionadas para os profissionais da atenção básica. Especificamente voltado para os profissionais da ESF, ocorreu um evento em maio de 2008, segundo dados obtidos na SMS (ou algo assim- de novo esta informação “saiu” da onde?). O Seminário pretendia sensibilizar profissionais das equipes da estratégia, tendo a participação

de todas as gerências (atenção à criança, adolescente, mulher, idoso, saúde mental, e assessoria da promoção da saúde), que pudessem avançar na discussão da promoção da solidariedade.

Acoplado a esta iniciativa foi organizada pela coordenação da ESF, financiada pelo Ministério da Saúde, o projeto “Especificidades Regionais”. Segundo disposto nos documentos e nas falas dos gestores, este projeto teve as seguintes etapas: na primeira foram realizadas 10 oficinas, na segunda etapa foram realizados estudos de casos para instrumentalizar os profissionais no cuidado às famílias. A terceira seria a fase de avaliação, e a quarta o acompanhamento das equipes pelos Grupos de Apoio Técnico.

E tinha este projeto, que para além da assistência, não apenas focada nas notificações, que pudessem trabalhar na construção da cultura da paz, lidar com as relações familiares, trabalhar na lógica da prevenção e não esperar acontecer(EC5).

A busca de informações permitiu identificar duas metodologias, uma mais específica para as equipes de saúde da família e realizada pelos profissionais da rede e a outra organizada através de parceria com ONGs e abrangente para as unidades básicas da rede . Ambas utilizaram oficinas, e buscaram ressaltar as experiências exitosas das equipes envolvidas. Cabe destacar preocupação de valorizar o profissional em ambas, e a importância de oferecer melhores condições de trabalho por quem vivencia, conforme está destacado nesta fala:

Isto é que é o interessante nesta abordagem, a validação do profissional, isso que o NAV faz de precioso, valorizar o que aquele profissional pode fazer. Não encaminhar para referências, mas valorizar a potencialidade de cada profissional. Isso é promoção da saúde (EC3).

Visando destacar o processo de trabalho e as práticas da ESF ao longo das capacitações, além de sua expertise na vivência das situações, foi proposto um projeto específico para a ESF. A partir da aproximação com as equipes do PSF, surgem as

fragilidades no lidar com as situações de violência, e a percepção da necessidade de uma metodologia específica devido à complexidade do problema no território, segundo a visão dos gestores envolvidos com esta realidade.

[..] poder potencializar o trabalho, através das especificidades regionais

[...] construir um trabalho, principalmente a ESF que traz essa questão, esse repensar de conduzir o cuidado. (EC5).

Os entrevistados sugeriram como estratégica a intensificação da educação permanente e sensibilização dos profissionais e dos gestores. Apontaram para a importância de intervenções de acordo com as especificidades regionais, assim como para a importância do estabelecimento do vínculo da equipe com a clientela para pensarem possibilidades de encaminhamento das situações de violência suspeitas ou confirmadas.

Algumas ações desenvolvidas no nível loco-regional

Algumas ações foram destacadas pelos gestores loco-regionais nos territórios, instância que realiza a mediação entre o nível central e as equipes na implementação das ações locais. Estas ações do nível regional estariam mais diretamente relacionadas a atuação no território. Os gestores regionais identificaram diversos eixos da promoção da saúde e apontam como primordial a qualificação dos profissionais e o repensar as práticas sanitárias para abordar a violência intrafamiliar. Os gestores identificaram diferenças na atuação do gestor central e regional, sendo ressaltadas capacitações como intervenções oriundas do nível central, influenciando a atuação do profissional.

Do nível central não tem como fazer promoção direta, quando estamos qualificando este profissional, estamos fazendo um investimento, espera-se que ele de conta de tudo, a promoção acaba sendo abarcada (ER1).

Foram identificadas algumas ações de prevenção secundária e promoção para abordagem da violência nos territórios da ESF. Estas estariam embasadas no conhecimento interdisciplinar, integrando profissionais da saúde mental. Os entrevistados apontaram como crucial a formação de equipes de apoio matricial no compartilhamento do cuidado, compostas por profissionais da saúde mental, as quais teriam o papel de fomentar as ações das equipes saúde da família no enfrentamento do agravo, conforme relata um dos gestores.

[...] as pessoas (os profissionais), que era o objetivo destas oficinas, discutiam os seus próprios problemas e davam soluções, e o GAT e a saúde mental ajudavam a discutir os problemas(ER1)

Algumas iniciativas, relatadas pelos gestores, expressando o empoderamento da população mostraram a criatividade e o envolvimento das pessoas na busca de estratégias possíveis para problemas complexos e “surge rede onde não existia”. Abre-se um leque de possibilidades quando se integra o conceito de resiliência e, possibilita-se o desenvolvimento de capacidades que estimulem a autonomia e a formação de redes.

[..] se você tem uma sociedade organizada, você consegue levar uma vizinha a participar, a comunidade pode dar conta, levar uma comidinha, tem coisas que a própria comunidade pode dar conta, mas tem que ter alguém para alertar. E a promoção pode dar uma luz (EC4).

Alguns gestores identificaram experiências inovadoras na construção de recursos para abordar estas questões, como a Terapia Comunitária, que permite uma abordagem generalizada, possibilitando uma construção coletiva de estratégia de intervenção, conforme ressalta um dos gestores.

*Como estratégia de trabalho, a Terapia Comunitária permite que se aborde questões, sem gerar ambiente de ameaças, não se fala nomes, generaliza, construindo um processo coletivo, abordando de forma direta, sem gerar ameaça. **Esse é um dos nós** (EC7)*

Outros exemplos foram citados nas entrevistas, tais como estratégias criadas para organizar espaços de trocas e escuta compartilhada. Para tal, os profissionais precisam estar preparados, pois as questões de violência emergem. Foram citadas algumas experiências, como o Teatro do Oprimido, Oficinas de Artesanato, passeios fora da comunidade, grupos de dança **cênica**, e outras expressões culturais e de lazer. Desta forma, pode-se identificar que os gestores regionais apontaram a qualificação dos profissionais e a inovação de práticas sociais focadas na integralidade como estratégias na abordagem à violência intrafamiliar-

Ficou expressa na fala do gestor, a relevância da articulação com os recursos locais da área, pois problemas com raízes complexas precisam estar sendo abordados pelas várias instituições, sejam públicas ou privadas. É necessário a construção de uma rede de solidariedade, a partir da sociedade organizada. E esta é uma das atividades norteadoras da promoção da saúde e uma habilidade a ser desenvolvida pelos gestores.

A seguir estão relacionados os documentos levantados de acordo com seu conteúdo e enfoque, representando uma parte de todo um acervo construído nestas últimas décadas.

Levantamento de documentos relativos à abordagem da violência intrafamiliar no âmbito do Município do Rio de Janeiro

documento	conteúdo	enfoque
Saúde em Foco- Informe epidemiológico em saúde coletiva ano V nº13-1996	Violência social – o olhar da saúde Periódico da Secretaria Municipal de Saúde	Relaciona experiências e dificuldades no atendimento de crianças vítimas de maus-tratos, da violência contra a mulheres orientações gerais para atuação dos profissionais de saúde aos casos de violência. nos casos de maus tratos
Protegendo nossas crianças e adolescentes-7º edição-2004	Material informativo sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes e tipos de violência	Cartilha para a do profissional no trabalho junto a população e divulgação da relação dos Conselhos Tutelares
Pacto Comunitário contra a violência intrafamiliar-2004	Promover a articulação das instituições , famílias e indivíduos	Movimento da prefeitura- SMS em articulação com o Ministério da Justiça para implementar ações de prevenção a violência intrafamiliar
Seminário Nacional de Enfrentamento à Violência contra a pessoa idosa- 2005	Define as competências das instâncias , e discute sobre a construção da violência cultural contra idosos	Aprofunda o diagnóstico da situação da violência contra a pessoa idosa no Brasil
1º pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos na cidade do Rio de Janeiro,2006	avalia as condições de vida dos idosos por área programática	Analisa a saúde do idoso e traz um capítulo sobre Rede Social Parceria co a Secretaria do Urbanismo e Instituto Pereira Passos
Criação dos Núcleos estratégicos da Assessoria da Promoção da Saúde em 2006	Cria o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência	Institui como ação prioritária a implantação do Núcleo e o projeto Escolas e unidades promotoras da solidariedade,
1º Seminário municipal “promovendo a solidariedade e prevenindo a violência” em 2007	Recomenda a implementação de medidas necessárias à promoção de uma cultura de paz, tendo em perspectivas os determinantes sociais	Iniciativa que agregou as gerências técnicas e a coordenação da ESF
Resolução “P” SMSDC nº1507 de 20/10/09	Regulamenta o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência	Propõe ser o núcleo coordenador e promotor de ações colegiadas e intersetoriais, no âmbito das ações da <i>SMSDC</i>

Visando conhecer a trajetória das políticas públicas municipais, foram levantados os trabalhos produzidos na SMS nas duas últimas décadas, muitos já sistematizados e

registrados, outros ainda carecendo de maior investimento para a devida avaliação e monitoramento de ações em relação ao seu impacto.

Até a década dos anos noventa, pode-se observar que o enfoque era descrever a violência e os esforços estavam mais direcionados para a atenção às vítimas. Posteriormente, ocorreram investimentos para sensibilizar os diversos atores através de uma reflexão sobre os elementos fundamentais ao entendimento deste complexo fenômeno e para a construção de propostas e programas de atenção e prevenção, conforme artigos do informe epidemiológico "Violência social: o olhar da saúde", tais como as experiências: "Dificuldades no atendimento de crianças vítimas de maus-tratos no Hospital Souza Aguiar" e "Acidentes na infância-principais causas de atendimento em um hospital de emergência", conforme o Informe Epidemiológico, p.14.

Nesta década, a SMS do Rio de Janeiro foi propulsora na valorização da vigilância à violência ao implantar a Ficha de Notificação de maus tratos à criança e adolescente. O corpo de técnicos da época impulsionou um processo de trabalho articulado a outros setores na perspectiva de construção de redes de atenção integral e de proteção social. Foram publicadas as orientações gerais para atuação dos profissionais de saúde aos casos de violência no informe epidemiológico produzido pela SMS.

Em consonância com as diretrizes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi possível perceber um foco mais direcionado à violência de gênero, inclusive pelo volume de investimento em capacitações para a violência sexual. A incorporação para outros grupos do ciclo de vida foi implementada principalmente em relação à violência sexual e às mulheres, através de capacitações de profissionais e estruturação de redes de apoio.

Embora, os idosos ainda não fossem contemplados até então, foram realizadas iniciativas de organização da atenção integral e pesquisas sobre a saúde do idoso. Observou-

se um investimento ainda incipiente na abordagem aos maus tratos aos idosos, muito embora esteja sendo direcionado para esta fase do ciclo de vida.

No decorrer do início do milênio, ocorreu uma gradativa mudança *do foco* de abordagem à violência através *do foco* na promoção da solidariedade e prevenção à violência, em consonância com as diretrizes das políticas mundiais e da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). O Brasil incorpora-se como signatário na garantia dos direitos humanos e sociais, regulamentado pelas normas e portarias. A partir da definição da estrutura da Assessoria da Promoção da Saúde em 2006, foram implementadas estratégias através dos seguintes núcleos temáticos: **solidariedade e prevenção da violência; atividade física e qualidade de vida; equidade e valorização da diversidade; desenvolvimento humano e comunitário e informação, comunicação e educação em saúde.**

No nível central da SMS e segundo documentos não publicados, porém contidos em atas, as ações prioritárias foram as seguintes: implantação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção da Violência, a implantação do projeto Escolas e Unidades Promotoras de Solidariedade na AP 3.2 e 1.0, a capacitação das equipes de saúde e das unidades básicas na abordagem de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências através de técnicas que promovessem mediação de conflitos e a Terapia Comunitária. Além de outras iniciativas como o projeto Família Fortalecida em parceria com a UNICEF, e o incremento do protagonismo juvenil através do RAP Saúde.

Outro eixo de atuação foi o Núcleo de Informação, Comunicação e Educação em Saúde, que visava ampliar o conhecimento da comunidade sobre os determinantes da saúde, instrumentalizando-a para o desenvolvimento da qualidade de vida. Foram iniciativas que possibilitaram a divulgação e veiculação de temas e conteúdos relativos à promoção, através da articulação intersetorial entre os órgãos da prefeitura, universidades, ONGs e os diversos tipos de mídia, como exemplos a Revista Escola e Família em parceria com a Multirio, a

Revista Nós e Família, Curso de Jornalismo de Políticas Públicas, e a produção dos postais MICA, visando incrementar a comunicação social das temáticas da promoção da saúde.

Cabe destacar as estratégias que visaram promover a cultura da paz através do Núcleo de Promoção da Equidade e Valorização da Diversidade em 2008. A partir deste núcleo, buscou-se qualificar a atenção aos grupos vulneráveis, entre os quais a população negra, o respeito e a valorização das diversidades religiosas, grupos transexuais em articulação com a gerência das doenças sexualmente transmissíveis (DST), e apoio aos projetos de atenção aos jovens em situação de rua e em conflito com a lei.

Em 2008, iniciou-se a construção do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Solidariedade com a participação de representações das várias gerências técnicas, entre estas: as gerências de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao idoso, saúde mental, e a coordenação da ESF. Recentemente regulamentado pela SMSDC e definido como coordenador e promotor de ações colegiadas e intersetoriais em 2009.

Em relação a este Núcleo foram definidos os seguintes desafios: reduzir a morbimortalidade por violências, ampliar a rede de proteção às populações vulneráveis e promover relações solidárias e atitudes cidadãs. Para tamanha proposta, foi necessário estabelecer parcerias com as instâncias regionais, com a Vigilância em Saúde, com o Programa Saúde da Família, com a Secretaria de Educação, e Assistência Social, com as Organizações Governamentais e Não Governamentais e Universidades. No documento pode ser destacada a articulação com as seguintes instituições: NOOS, NAV, Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), Médicos Sem Fronteiras, CLAVES/Fiocruz, IFF/FIOCRUZ, Observatório das Favelas e o Núcleo de Defesa da Criança e do Adolescente de Guaratiba.

Em consonância com a Proposta Nacional de Estruturação de uma Rede de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, está em andamento a estruturação da implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e sua implementação no

município do Rio de Janeiro visando a articulação da gestão da área técnica, instituições acadêmicas e ONGs (BRASIL, 2004; entrevista gestores). A Ficha de Notificação da violência interpessoal é uma proposta de instrumento de coleta de dados que contempla os demais ciclos de vida e tipos de violência.

Cabe destacar as diretrizes e princípios que norteiam a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), expressas no processo crescente de tomada de consciência pela SMS sobre a necessidade de incluir a violência no pensamento e na ação da Saúde.

A produção descrita nesta seção demonstra que o município do Rio de Janeiro vem construindo uma trajetória linear, embora o período da década de noventa tenha sido marcado por fragilidades no processo, talvez por estar alicerçada em alguns técnicos, e ainda pouco alicerçada nas políticas públicas.

O papel catalisador do processo pela Assessoria de Promoção da Saúde deve ser destacado, estando em tramitação no momento, a construção do Plano Municipal de Prevenção da Violência, além da recente publicação da regulamentação do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das violências no município do Rio de Janeiro.

3.3 Na ESF : outras possibilidades de intervenção visando a proteção contra a violência intrafamiliar

Nesta seção buscou-se tratar as especificidades da ESF e como os atores entrevistados identificaram os princípios e diretrizes da Atenção Primária contribuindo na abordagem à violência intrafamiliar. Na fala dos gestores foram levantadas quais as facilidades, os limites e os desafios para a abordagem do agravo no âmbito do território

3.3.1. Facilidades da abordagem nos territórios da ESF

Os gestores relacionaram a ESF como uma modalidade de organização de serviços que facilita a conquista dos direitos sociais. Esta conquista pode ter sido propiciada pela facilidade da acessibilidade, pela construção do vínculo e do acolhimento da população na atenção à saúde na linha do cuidado, conforme os princípios da atenção primária (STARFIELD,2002). E quando existe a proposta de intervir nesta temática, passa a ser importante entender o que aquela violência expressa, o que está por detrás daquele conflito. E isto só seria possível a partir da construção do vínculo, conforme expressaram os gestores.

“Quando nos aproximamos da comunidade, trabalha-se a subjetividade, conhecemos o campo de subjetivação de cada universo. Acho que é o pulo do gato, depois de uma longa noite da SMS, não dá mais para pensar no modelo tradicional de assistência(EC7).

“[...] no PSF tem o vínculo, tem outras estratégias, construídas através de sua vivência (EC5)”.

“Acho que deve ser a última fase, tentar resolver, fazer intervenções na família, conversando com a família, o conflito familiar pode ser resolvido com a ajuda do pessoal da saúde mental”(EC5).

As ações de promoção da saúde podem ser ampliadas, pois são abrangentes e perpassam pelo princípio da equidade. Existe a possibilidade de atuação da equipe na identificação dos indicadores de risco e vulnerabilidade nos diversos tipos de violência como, por exemplo, nos maus tratos por negligência. Embora este tipo de violência não seja percebido pela clientela como tal, se expressa em situações como o atraso na caderneta de vacinação e baixo ganho de peso, por exemplo, que podem ser precocemente trabalhado pela equipe. Outras situações como o alcoolismo e o desemprego, assim como a observação do cuidado da família, podem ser abordadas através de um atendimento diferenciado pelas equipes da ESF. No cotidiano podem ser exploradas questões de gênero nos diversos ciclos de vida. Os relatos a seguir expressam as diferenças da ESF em relação ao modelo tradicional.

O grande pulo do gato, eu acho, na diferença entre o PSF e a unidade tradicional, é que pegamos a necessidade de saúde da pessoa antes dela perceber, antes do problema afetá-la, antes de ela ter esta consciência, o problema antes que a pessoa desse conta do problema(ER1).

“...trabalhar as famílias quando estão se formando”(EC3)

e “... superar o modelo em que o medico fique sentado, no qual mal tem um entendimento, quanto mais um atendimento,...dialogar com as pessoas,...compreendendo os valores locais”(EC7).

Também foi apontada a importância de compreender a territorialidade na construção do cuidado, contribuindo para a aproximação da equipe com a população, e o compartilhamento das experiências de vida. Ressaltaram a necessidade de respeitar a subjetividade, e poder conhecer o campo da subjetivação de cada universo na abordagem das situações de violência identificadas a partir do conhecimento de valores locais. Esse conhecimento mais próximo do território permitiria identificar as causas do problema e seus determinantes, as diferentes percepções e representações sociais da violência intrafamiliar, bem como os recursos locais disponíveis, ampliando as possibilidades de abordagem pelos profissionais. A partir daí ficaria mais fácil identificar as estratégias possíveis, os recursos locais existentes, fomentando a criatividade dos atores envolvidos.

“abordar a violência implica entender o que ela expressa, como abordar, e [...] surge rede onde não existia (EC7)”.

Outro aspecto levantado foi o papel do agente comunitário para identificar as situações de violência. Eles são moradores e realizam visitas domiciliares, sendo esta ação importante para o elo entre equipe e comunidade. Devido a sua inserção e às características do seu processo de trabalho, podem trabalhar a dinâmica da família junto da equipe saúde da

família. Podem desenvolver o acolhimento e a escuta qualificada quando adequadamente capacitados, conforme o entendimento de um dos gestores.

“Os agentes estão ali, eles podem observar, vão à casa do idoso, se esta treinado vai observar o cuidado, como está sendo tratado, o profissional pode identificar, se sofre violência, muitas vezes, não denuncia a família, não quer, muitas vezes, denunciar a família, mas o profissional sabe...[...] Se a equipe esta presente pode buscar um encaminhamento, estou falando da ESF” (EC4)

Alguns gestores identificaram as reuniões semanais de equipe como espaço de ampliação de possibilidades, a partir da discussão de casos e dos intercâmbios dos vários saberes, com a contribuição de cada membro da equipe. Aventaram ainda algumas possibilidades de intervenção visando o cuidado integral, como expressam as falas dos gestores.

“[...] você pode contribuir e achar algumas possibilidades. Quando sabemos o que podemos oferecer, é mais fácil a notificação” (EC1).

[...] o profissional que lida com estas questões como médico, o enfermeiro, o dentista via que a condição não era só notificar, não podia ser negligente. Trabalhar na lógica do cuidado (EC5).

Na percepção dos gestores, os profissionais precisam estar instrumentalizados na abordagem às famílias para lidar com estas questões, que transcende apenas a abordagem técnico-científica e perpassa pela inclusão de recursos locais num dado contexto político-cultural, tendo papel de destaque o agente comunitário.

Podemos identificar os princípios e diretrizes da Atenção Primária, sendo ressaltadas algumas características como seu papel de porta de entrada do sistema, e coordenação do fluxo de atenção. Ao potencializar vínculos mais duradouros e estáveis, a ESF possibilita que no enfrentamento dos problemas possam ser desenvolvidas ações que permitam um maior grau de autonomia do usuário no seu modo de estar no mundo (Mehry apud TRAD, 2006).

É uma modalidade organizacional que possibilita uma escuta mais atenta e pela proximidade da equipe se pode ampliar o conhecimento acerca do contexto sociocultural em que estejam inseridos, facilitando a integralidade da atenção. Segundo Cecílio, esta é expressa nos serviços pelo esforço que a equipe faz para traduzir e atender da melhor forma possível as necessidades dos usuários (Cecílio apud TRAD, 2006).

Na construção de novas práticas, os gestores identificaram que estas devem ser norteadas no sentido do cuidado, embasadas pela integralidade das ações, tanto no nível individual como pela articulação das redes de proteção social. Portanto, a responsabilidade não finda com a notificação, muito pelo contrário, identificam-se muitas ações que podem ser desenvolvidas no cuidado com as famílias, sendo a notificação uma das possibilidades na abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade.

3.3.2. Alguns limites identificados

As principais dificuldades reveladas pelos gestores foram relativas à baixa capacitação para lidar com o agravo, gerando um sentimento de impotência e insegurança, além das fragilidades institucionais para lidar com a problemática.

A abordagem da violência nos serviços de saúde traz à tona os limites dos profissionais em situações complexas, principalmente quando não é incorporada pelos profissionais a compreensão do modelo bioecológico à luz da teoria sistêmica de Bronfenbrenner. Esta visão mais ampliada do problema considera as influências dos contextos em que os sujeitos vivem, contextualizando a violência como produto de fatores individuais e sociais (MARTINS & SKYMANSKI, 2004).

As possibilidades de intervenções podem ser ampliadas a partir da abordagem familiar, podendo ser a notificação uma das ações quando é necessária para garantir a proteção da vítima e acionar a rede de suporte. Os gestores relatam que os profissionais de

saúde, muitas vezes, não identificam possibilidades de intervenções e a inexistência de fluxos construídos, conforme revelaram as falas a seguir.

“O que o tema traz, a impotência, o profissional é formado para resolver, [...] quando tem limites, deixa-o frustrado” (EC3).

“não tinham com acionar a rede, tinham limitações de poder e de ação, e não sabiam acionar a rede.”

“[...] eu notifico, ou faço uma intervenção e não vejo saída” (EC4)

É importante que as possibilidades sejam trabalhadas pela equipe, caso contrário, o sentimento paralisante fica presente. Esse sentimento gerado pela insegurança traz um comportamento de afastamento ou mesmo de paralisia, como relatam alguns gestores.

“Tem aquele ACS que não traz, que fala que vai ficar comprometido, tem medo, não é problema dele” (EC5)

“[...] o que ouço dos ACS é o medo de estar próximo e o sentimento de impotência” (EC3);

“[...] o profissional sabe de coisas que precisariam levar ao Conselho, mas tem medo, e se descobrirem que a denuncia foi feita por eles, será que vai sofrer represália?” (EC1)

A proximidade é um elemento facilitador, mas também traz dificuldades. Como os agentes comunitários moram na comunidade, acabam por ter medo das implicações que o tema traz, como por exemplo, represálias. Outra questão importante se refere à dificuldade de lidar com a problemática, pela identificação com a própria vida do profissional, como relata o gestor.

“[...]pois há envolvimento com a família, não é impessoal, não fica diluído, e é uma atitude antipática”(EC2).

“[...] e ainda mexe com as suas coisas de família” (EC3).

A integralidade da atenção ainda é um desafio a ser enfrentado, pois a fragmentação do processo de trabalho é entendida como um obstáculo ao cuidado. Embora este problema atravesse o universo dos serviços, muitas vezes, os profissionais não o identificam como parte de seu processo de trabalho. Este é fragmentado e são poucos os profissionais sensibilizados, contribuindo pouco para facilitar as ações necessárias para a abordagem da violência, situação identificada pelos gestores, tanto no âmbito dos serviços locais, como também na instância formuladora de políticas. Outro agravante identificado, foi o pouco investimento do Estado, do poder público nas políticas sociais, e nos recursos humanos do SUS, dificultando a implementação das políticas, como relata um dos gestores.

[...] as diretrizes estão centradas na adscrição de clientela, na responsabilização, no cuidado, no território, priorizando-se os grupos de risco, conforme o princípio da equidade. Embora, dificilmente as práticas e ações de saúde se imbriquem (EC7).

“ existe a fragmentação da criança, da mulher, do idoso. Este processo fragmentado não é um facilitador”(EC4).

“...o PSF foi marcado pela precariedade, uma estrutura precária...” e “a inexistência de um Plano de Cargos e Salários no SUS ”(EC7).

Ainda estamos longe de instituir práticas sociais balizadas por políticas públicas convergentes voltadas para a produção da saúde e pensadas a partir dos problemas percebidos. Esta questão se reflete na fragmentação do processo de trabalho, conforme chama a atenção os resultados obtidos a partir da análise do relato dos gestores. Embora as premissas das diretrizes de organização e princípios sejam as mesmas, são pensadas desarticuladas como no caso da ESF e da saúde mental, e dificilmente estão convergidas nas práticas e ações de saúde, fato que o gestor chama a atenção.

A integralidade e a articulação na linha do cuidado são os pressupostos na construção de ações de promoção da saúde, e a violência é uma temática que atravessa os diversos níveis de atenção e ciclos de vida.

3.4. Desafios apontados

Os desafios para a abordagem de problemas complexos são inúmeros, e precisam estar norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, que possui em seu arcabouço o dilema de operar uma política intersetorial. A construção de um plano de intervenção é um desafio que está na agenda das políticas públicas, conforme pudemos contextualizar no município do Rio de Janeiro

A mudança na percepção do gestor em relação aos determinantes sociais da saúde, e seu papel estratégico como indutores de políticas públicas podem incentivar a incorporação do agravo como prioridade nos atendimentos e, propor mudanças nas organizações dos serviços e nas práticas de saúde, incorporando tecnologias que possibilitem intervir nas iniquidades sociais.

A relevância da formação de equipes preparadas para identificar as várias formas de violência, confirmadas ou sob suspeita, notificando, se necessário. Assim como, promovendo saúde e prevenindo a violência, seja através da identificação das vulnerabilidades, do acompanhamento diferenciado às famílias de risco, da educação em saúde às famílias e fomentando o fortalecimento da rede de apoio social.

Portanto, temos como desafio dar continuidade e ampliar as capacitações visando a incorporação de habilidades e competências dos profissionais da ponta dos gestores. É fundamental investir na qualificação técnica do profissional, mas também na atitude profissional em abordar a violência, considerando e respeitando a disponibilidade interna de cada um dos atores envolvidos.

É necessário discutir quanto aos aspectos relacionados aos conceitos, os tipos de violência, as ferramentas de abordagem a pessoa, família e comunidade, a formação de rede, a

notificação e sua finalidade em desencadear as medidas protetivas. Porém, ficou apontada a importância de desenvolver habilidades de tecnologia leve, tais como: o vínculo, o acolhimento, a empatia, disposição de se articular com redes, criatividade, comprometimento com o encaminhamento de casos e a capacitação continuada.

No cuidado com as famílias, é preciso inserir ferramentas para abordar as questões relativas às dinâmicas familiares, como as crises dos ciclos de vida e os conflitos familiares (ARCHANJO, 2007). Esse instrumental deve fazer parte das possibilidades de trabalho das equipes, e estas podem ajudar na solução dos conflitos com o apoio das equipes matriciais.

As especificidades do processo de trabalho na abordagem à violência intrafamiliar suscitam aspectos éticos e legais, que perpassam pelo sigilo profissional, segurança, atitude, solidariedade e compromisso. Estas questões ganham singular importância na dinâmica de trabalho da ESF a partir da maior proximidade e interação, representada principalmente pela figura do ACS. São desafios colocados que ainda precisam figurar na pauta das discussões para que estas peculiaridades possam ser trabalhadas e o profissional inserido na Estratégia não se sinta sozinho e desamparado.

A impotência, solidão, e insegurança e vivência de sentimentos psíquicos decorrente do trabalho pelos profissionais podem ser apoiados pela equipe matricial, dividindo e pensando integrado ao trabalho das equipes locais conforme é a proposta do NASF. Portanto, é necessário o avanço e a estruturação deste equipamento. Há experiências que mostram profissionais, que mesmo convivendo com sofrimento, continuam apostando no trabalho.

O sistema precisa ser aperfeiçoado, seja na construção dos fluxos de recursos existentes, seja na ampliação de equipamentos sociais, bem como na melhoria da qualidade dos serviços como apontam os gestores. Este maior investimento na construção de redes de proteção implica reconhecer o seu papel de proteção, pois possibilitam o rompimento de silêncio e tabus e a superação de medos e formas de opressão.

Os desafios estão apontados, porém é possível, que com as ferramentas da promoção da saúde possamos intervir neste agravo, pois a violência tem solução, esta pode aumentar ou diminuir pela força de construção social. Suas formas precisam ser analisadas, tanto as prementes como as sutis, escondidas e simbólicas, de forma muito profunda e aberta, para que todos possam participar e transformar essa realidade (SOUZA, 2007).

Avançar no enfoque da promoção significa a necessidade de fortalecer os fatores de proteção dos indivíduos, famílias e da sociedade. Esses fatores contrabalançariam os efeitos provenientes dos fatores de risco, promovendo saúde se faz a melhor das prevenções (apud in SOUZA, 2007, p.90). Desta forma, compreender o ser na integralidade, buscando favorecer o capital social e a participação social.

Outro desafio é o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento dos planos de intervenção mediante a coleta, sistematização, a análise e disseminação das informações. Quanto às notificações, podem potencializar a intersetorialidade e as parcerias dentro do setor saúde e com outras instituições, fortalecendo a rede de apoio social. É um desafio a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal.

A ESF é uma modalidade de organização de serviço na Atenção Primária que traz em seu arcabouço princípios e diretrizes que potencializam as ações de promoção da saúde. O entendimento do “território- vivo” e os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, possibilitam a compreensão da saúde como produto de um dado modo de organização da sociedade ampliando as possibilidades de abordagem. E, para tanto, implicar a mediação de outros atores, introduzindo as mudanças necessárias à viabilização das políticas públicas, na garantia dos direitos sociais e na construção do desenvolvimento social.

4. Considerações Adicionais

As conquistas no campo da abordagem à violência intrafamiliar foram inúmeras, e fruto de muito trabalho dos profissionais que encamparam esta luta. A violência não é um fato novo na humanidade, porém o seu reconhecimento como fato a ser socialmente repudiado, acompanha as conquistas da democracia social com a expansão dos direitos sociais e direitos humanos, colocando-a na agenda política mundial e nacional. As sociedades estão se organizando para pensarem políticas públicas em consonância com as distintas realidades locais e seu próprio contexto sócio-cultural e político.

Este estudo buscou trazer à luz algumas considerações sobre a percepção dos gestores municipais de saúde em relação às possibilidades de abordagem da violência intrafamiliar com foco nas ferramentas relacionadas à promoção da saúde. Este é um campo de conhecimento novo, que retoma o conceito ampliado da saúde e a valorização dos determinantes sociais em suas premissas básicas. Propõe como eixos de ação a articulação intersetorial e a participação social para o enfrentamento dos problemas de saúde.

A partir do olhar do gestor municipal foi possível identificar as ferramentas utilizadas para a implementação das políticas públicas de promoção de saúde no enfrentamento dos determinantes da violência intrafamiliar e as ações implementadas nos território da ESF. Através das entrevistas realizadas foram levantadas questões relacionadas às facilidades, limites e desafios da implantação das ações de prevenção da violência e promoção da saúde no âmbito da ESF, compreendendo melhor o papel do gestor neste processo. Também foi realizado um levantamento de documentos pertinentes a construção das políticas públicas e ações produzidas no período das duas últimas décadas no Município do Rio de Janeiro

A ESF se apresenta como um espaço singular na organização dos serviços para que novas práticas sociais possam ser construídas visando intervir na realidade complexa vivenciada pela população, uma vez que está alicerçada pelo princípio da equidade, responsabilização e vínculo.

A partir da análise dos dados, pode-se observar que as políticas públicas de prevenção da violência e promoção da saúde desenvolvidas no âmbito municipal ainda estão em fase de construção, conforme os referenciais e diretrizes das Políticas e Pactos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006). Esta situação é semelhante aos outros municípios, entendendo ser um processo recente no país.

Porém, já é possível identificar uma linha contínua de ações de promoção da saúde na linha de tempo estudada, demonstrando haver uma política indutora em construção que potencializa tais empreendimentos no território do Município do Rio de Janeiro. Embora a violência faça parte da realidade dos serviços em seu cotidiano, a mudança de concepção da saúde na estrutura municipal é recente. Essa compreensão foi sendo incorporada ao longo das últimas duas décadas, embora a maioria de intervenções ainda ocorra no plano da prevenção secundária.

Os gestores relataram que a apropriação da percepção ampliada de saúde e a valorização dos determinantes sociais no modelo explicativo permitiram a entrada desta temática e a incorporação de novas práticas no setor saúde, trazendo uma demanda na perspectiva da promoção como a intersetorialidade e participação social.

Os gestores identificaram diversas apresentações metodológicas, tais como projetos, programas, grupos de trabalho, sendo relevante destacar a importância de políticas indutoras para potencializar suas expressões nos distintos cenários, pois possibilitam espaços de troca entre profissionais e usuários, favorecendo a participação social.

Na gama de temáticas identificadas como promoção da saúde, destaca-se seu caráter transversal que perpassa por diversas ações de saúde. Alguns exemplos foram citados tais como: incentivo ao aleitamento materno, autonomia da mulher, humanização do parto, o projeto “Culinária, Saúde e Prazer”, desospitalização e inclusão social pelo CAPS, oficinas de artesanato, arte cênica, trabalhos com sexualidade, a Terapia Comunitária, entre outros.

Devemos entender a violência como produção social de determinação múltipla e complexa, exigindo a participação de todos os atores envolvidos no seu enfrentamento, tais como usuários, membros das equipes e gestores da saúde e dos demais setores, numa perspectiva intersetorial e transdisciplinar. A construção de ações da promoção da saúde como um novo paradigma para a organização das práticas de saúde é um desafio, embora as entrevistas revelem um universo de ações que possuem influência do avanço histórico da construção de políticas públicas.

Os gestores apontaram o papel facilitador da Assessoria de Promoção da Saúde na política indutora de abordagem à violência intrafamiliar e na integração das gerências técnicas, visando atravessar as linhas de cuidado dos diversos ciclos de vida. Esta parece ser a instância catalisadora da qual emergem as principais ações desenvolvidas, trazendo as gerências para uma prática articuladora, coordenando a formulação de políticas específicas, estando num papel de vanguarda e liderança.

As primeiras iniciativas de abordagem à violência intrafamiliar no âmbito da SMS datam do final da década de oitenta, em consonância ao avanço dos movimentos sociais pela democratização e em parceria com a sociedade organizada, instituições de direitos e ONGS. Também foi destacada a importância da atuação de profissionais comprometidos com a defesa das crianças e adolescentes. Esta instituição foi pioneira na perspectiva da abordagem da violência trazendo a proposta da vigilância através da criação da Ficha de Notificação de Maus Tratos às Crianças e Adolescentes. A definição de um fluxo para os casos suspeitos e

confirmados em parceria com os Conselhos Tutelares também pode ser apontado como uma iniciativa pioneira, que foi utilizada como base na construção de políticas públicas futuras (PHEBO, 2009). A produção de intervenções foi por muito tempo direcionadas para as crianças e adolescentes, sendo incorporadas gradativamente ações direcionadas para a violência de gênero e posteriormente ações de enfrentamento aos maus tratos aos idosos.

Em 2008, ocorreu a implantação do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Solidariedade com a participação de representações das várias gerências técnicas, entre estas: as gerências de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao idoso, saúde mental, e a coordenação da ESF. Esta foi uma importante iniciativa da SMS para alavancar a estruturação da política municipal.

Atualmente, estrutura-se a implantação no município do Rio de Janeiro da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) visando à articulação da gestão da área técnica, instituições acadêmicas e ONGs. Cabe destacar que se encontra em processo de implantação uma Ficha que englobaria os ciclos de vida e demais tipos de violência.

Os gestores destacaram os investimentos em sensibilização e capacitação, ao entender como relevante que as equipes estejam preparadas para identificar as várias formas de violência, tanto àquelas confirmadas quanto às sob suspeita. As dinâmicas relatadas versaram principalmente sobre a promoção de saúde e prevenção à violência, através da identificação das vulnerabilidades, do acompanhamento diferenciado às famílias de risco, da educação em saúde às famílias e fomentando o fortalecimento da rede de apoio social.

Destaca-se aqui que as competências e habilidades ressaltadas pelos gestores como necessárias para intervir nos determinantes visam à superação do modelo biomédico, em direção à produção social. Especificamente em relação à abordagem ao agravo foi colocada a importância do respeito às especificidades regionais e o contexto sócio-cultural,

considerando-se as diferenças de cada território, marcados pelas desigualdades sociais nas diversas partes da cidade.

Esta situação é reconhecida pelos gestores das várias instâncias apontando para um enfrentamento do problema levando em consideração as particularidades do território e a identificação das necessidades sociais (TRAD, 2006). Apontando para a inserção de ferramentas que contribuam para que o trabalho local esteja direcionado pelo diagnóstico situacional e pelo planejamento local das ações, conforme preconiza a ESF.

Foi apontada a importância do desenvolvimento de algumas habilidades nos profissionais como a formação de vínculo, o acolhimento, o reforço na postura empática, disposição de se articular com redes, criatividade, e principalmente o investimento de ações de promoção na abordagem ao indivíduo, famílias e comunidade. Estas novas propostas de lidar com a clientela vêm sendo incentivadas através de espaços de educação continuada e trocas de experiências, nos quais a qualificação dos profissionais e o repensar de práticas sanitárias para abordar o agravo são colocadas.

Trazer ferramentas que valorizem a abordagem centrada no usuário, reconhecendo-o como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses específicos. Pois deste encontro entre profissional de saúde e usuário se estabelece entre as pessoas a intersubjetividade, cumplicidade e responsabilização diante de um dado problema. Portanto, passam a ser imprescindíveis, a incorporação de tecnologias relacionais ou leves que possibilitem sua expressão através do acolhimento, vínculo e incentivo à autonomia das pessoas (STARFIELD, 2004; TRAD, 2004 apud Merhy).

Na construção destas novas práticas, é preciso incorporar a abordagem integral da família, à luz de seus conceitos e de forma sistêmica. Os gestores ressaltam a importância de desenvolver habilidades para intervir de forma participativa, identificando a relação da família com a comunidade e casos de violência no meio familiar. Promover ações norteadas no

sentido do cuidado, embasadas pela integralidade das ações, tanto no nível individual como pela articulação das redes de proteção social, conforme apontam os gestores.

A importância da notificação também é trazida pelos entrevistados e reside no fato de ser um elemento de articulação dos mecanismos de proteção e um importante instrumento de gestão. Possibilita um conhecimento acerca do agravo a partir das variáveis estudadas, subsidiando intervenções. Estes dados podem alavancar a integração intersetorial e fomentar a organização dos serviços, sendo fundamentais para o embasamento das ações deflagradas no âmbito da gestão.

Uma vez entendida como instrumento disparador de um processo e potencializador da rede, a notificação colabora na construção de redes com fluxos definidos e pactuados entre os diversos atores. A notificação é uma das ações que pode ser acionada, face às especificidades do território da ESF pode ser uma das opções que podem ser desenvolvidas no cuidado com as famílias. Esse instrumental deve fazer parte das possibilidades de trabalho das equipes, e estas podem ajudar na solução dos conflitos com o apoio das equipes matriciais (ARCHANJO, 2007)

A implementação do cuidado matricial, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, e propiciando apoio às equipes no sentido de minimizar o sentimento de impotência, solidão, insegurança é uma necessidade apontada pelos gestores. Para tanto, a proposta do NASF pode ser um facilitador desta proposta. Os gestores apontam para a importância de ações multiprofissionais e intersetoriais através da construção de redes, tão valorizadas na abordagem à violência.

Existem experiências no país de redes de proteção a pessoas em situação de violência, que estão pautadas no potencial de intervir, interromper, tratar ou superar a violência como os casos de Curitiba e Florianópolis. Estas experiências mostram que é possível e apontam algumas premissas que podem nos ajudar na implementação de nossas

políticas. Reforçam as seguintes necessidades: capacitação permanente e sensibilização das equipes; melhor integração com os Conselhos Tutelares; avanço do trabalho intersetorial e integrado, ampliação das ações com o setor privado da educação e saúde; logística (por ex. material educativo, meios de comunicação), informatização da Ficha de Notificação, e empenho no sentido de incluir o atendimento às vítimas de violência no conjunto das prioridades dos serviços (LIMA, C., 2007)

Destacam-se percepções distintas de acordo com a inserção do gestor, no que se refere às ações consideradas como prioritárias. O nível central identifica a sensibilização e capacitação das equipes, enquanto os gestores regionais trouxeram a incorporação de inovações tecnológicas em suas ações e a percepção da necessidade de uma metodologia específica devido à complexidade do problema no território.

Embora em ambas as instâncias tenha havido uma preocupação em relação à valorização do profissional e a importância de oferecer melhores condições de trabalho, parece que diante da proximidade com o trabalho de ponta, os gestores regionais, instância esta que realiza a mediação entre o nível central e as equipes na implementação das ações nos territórios, se mostram mais preocupados com as vivências desafiantes do dia a dia e o repensar de práticas sanitárias para abordar violência intrafamiliar..

Conclusão

Este estudo aponta para a importância do papel do gestor como indutor das políticas públicas, as quais visam reduzir as desigualdades sociais e responder às demandas da sociedade. Este ator-chave por possuir um olhar ampliado, é capaz de encampar como ferramenta de trabalho os pressupostos da promoção da saúde, tais como a intersetorialidade e a valorização da participação social.

Na abordagem de problemas complexos, os representantes do setor alertam para a importância da elaboração de políticas consideradas saudáveis, e também para a importância do planejamento e necessidade de conhecimento e práticas sanitárias para atender às exigências das mudanças do perfil epidemiológico da cidade.

Os resultados apontam para a valorização da apropriação do capital social pela população, podendo ser um processo fomentado pela ESF. Portanto, a relevância da incorporação deste conhecimento possibilitando o desenvolvimento de competências gerenciais e habilidades, que possibilitem articular ações integradas com outros setores e com a rede institucional buscando a construção de redes de solidariedade tanto no setor público como privado.

A partir da análise dos dados, observa-se uma mudança no olhar dos gestores nas últimas décadas, que puderam investir na produção social da rede de saúde. Neste momento histórico onde já se construiu um caminho diferenciado, investimentos devem ser feitos para avaliar e monitorar o impacto dos trabalhos produzidos, contribuindo para o estabelecimento de linhas de condução a partir destas experiências exitosas.

O papel indutor das políticas públicas em um país marcado pelas desigualdades sociais precisa ficar documentado, e esta pesquisa pôde contribuir para registrar parte das

conquistas deste período. Foi possível observar como a mudança da compreensão do modelo explicativo influenciou na ampliação de possibilidades de intervenções, sendo mais valorizadas aquelas direcionadas à prevenção da violência numa perspectiva ecológica e na promoção da saúde.

Após a virada do milênio, observou-se a sistematização dos trabalhos produzidos sob a linha de uma política indutora linear, como a promoção da solidariedade e prevenção à violência, em consonância com as diretrizes das políticas mundiais e da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Anteriormente, ainda existia uma maior fragilidade neste processo, talvez por estar calcado na figura de alguns técnicos. Os movimentos dependiam mais de iniciativas pessoais ou de pequenos grupos, ficando vulneráveis às possíveis mudanças no foco do trabalho, e ainda pouco alicerçadas nas políticas públicas.

A mudança organizacional da SMS permitiu ampliar as possibilidades de abordagem à violência. Este estudo focalizou a violência intrafamiliar especificamente, porém a abrangência da promoção da saúde permite que também possam ser trabalhados os demais tipos de violência integrando ao desenvolvimento social.

Outro aspecto estratégico relatado diz respeito ao maior investimento em ações de vigilância em saúde subsidiando futuras intervenções e criando mecanismos para monitorar e avaliar as ações exitosas. A implementação de experiências bem sucedidas pode ser intensificada quando se baseiam na análise de evidências científicas que demonstrem seu impacto. Promover saúde está também relacionado à existência de profissionais qualificados, que possibilitem novas práticas de abordagem e pensem em ações de vigilância à saúde nos seus territórios de atuação. O gestor municipal pode ter um papel fundamental na coordenação das ações que vão implicar em mudanças macro e locais.

Está posto o desafio de instituir práticas sociais norteadas por políticas públicas convergentes voltadas, para a produção da saúde e pensadas a partir das necessidades

percebidas com a participação da clientela. Este objetivo deve ser procurado quando se quer alcançar a integralidade da atenção, superando a fragmentação do trabalho em saúde, ainda presente na nossa realidade atual. Também se aponta a relevância da ESF como política de estado e possível propulsora do acolhimento, facilitadora da construção de vínculo e da acessibilidade conforme os princípios da atenção primária.

Está colocado a importância da convergência de objetivos da Política de Promoção da Saúde e a ESF como política indutora de produção de saúde. As ações prioritárias da PNPS apontam para a prevenção da violência e estímulo da paz, estando apontadas algumas experiências que reforçam a relevância da indução das políticas municipais.

As premissas destas políticas podem contribuir para a abordagem à violência intrafamiliar, e cabe aos gestores proporcionarem recursos para os profissionais de ponta se beneficiarem destas outras possibilidades de intervenção, a partir do desenvolvimento de competências que possam ser incorporadas a novas habilidades e atitudes, balizadas por uma gestão participativa e inovadora.

As ações assistencialistas não dão conta de intervir efetivamente nos problemas complexos, e esta mudança de foco pela promoção amplia as perspectivas de abordagem a este agravo. É preciso a participação dos atores envolvidos na construção de novas práticas gerenciais, que perpassam pela articulação com outros setores da sociedade e na construção de redes. Pensar as necessidades sociais através de um enfoque sistêmico, que deve iniciar pela etapa do planejamento e juntos caminhar na construção de abordagens ampliadas. As novas práticas devem estar amparadas pela escuta atenta e participação da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.(org.) Diretrizes curriculares nacionais para cursos universitários da área da saúde. Londrina:Rede Unida, 2003.
- ANDRADE, L. O. M. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.
- ASSIS, S. G. e XIMENES, L. F. *Ansiedade em Crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007.
- ASSIS, S. G. *Violência e Famílias*. CEILAS /ISPCAN, 2004.
- ARCHANJO, Daniela R. et alli (orgs). *Saúde da Família na Atenção primária*. Curitiba, Ed. Ibpe, 2007.
- AYRES, J. R. Uma concepção hermenêutica da saúde. *PHYSIS*, Rio de Janeiro, 17(1), 2007, p. 43-62.
- BARDIN, L. *Análise do conteúdo*. Porto: Edições 70, 2004
- BERQUÓ, E. “Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica”. In: NOVAIS, Fernando. A. *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, v.4, 1998.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1992.
- BRANCO, Viviane. M. C. *Notificação de Maus Tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes*. CEILAS/ISPCAN, 2004
- BRASIL, República Federativa do. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Lei Federal nº8069. Conselho Estadual de defesa da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro, 1990
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília (DF), 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília (DF), 2001a
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília, 2001b
- BRASIL. Lei 10.741 (Estatuto do Idoso). Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2003.

- BRASIL, Ministério da Saúde. *HUMANIZASUS: A humanização como norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS - Política Nacional de humanização*. Brasília, 2004
- BRASIL, República Federativa de Brasília. Lei 8080 de 19 .09.1990-dispõe sobre o SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set de 1990.
- BRASIL, República Federativa de Brasília. Portaria n. 936 de 18/05 de 2004 Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de mai de 2004
- BRASIL, República Federativa do. Brasília. Lei n.11.340 (Lei Maria da Penha), de 07.08.2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 ago. 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007a
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.19; Brasília, 2007b
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2008 <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> , disponível em 28/01/2009
- BUSS, Paulo M. & PELLEGRINI FILHO, Alberto. *A saúde e seus determinantes sociais*. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 17(1), 2007, p .77-93.
- BUSS, Paulo M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & saúde coletiva, 5(1), 2000
- BUSS, Paulo. M. “Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde”. In: CZERESNIA, D. et alli. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2003.
- CAMPOS, Gastão W. S. *Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde elementos para debate*. São Paulo, 1989, p.53-60.
- CAMPOS, Gastão. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, HUCITEC, 2000.
- CECÍLO, L. C. O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde*. Rio de Janeiro, 2001, p.113-126.
- COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R. & ROCHA, D. G. “Intersetorialidade na produção e promoção da saúde”. In: CASTRO, A & MALO, M. *SUS: Ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.

- DAHLBERG, L. & KRUG, E. “*Violência: um problema global de saúde pública*” In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.11, 2006, p.1163-1177.
- DAY, V.P. et AL. “Violência doméstica e suas manifestações”. In: *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul, Porto Alegre* vol.25, suppl.1, abril, 2003
- DESLANDES, S. F. & SOUZA, E. R. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.II, p.1279-129, 2006
- FALEIROS, Vicente P. & FALEIROS Eva S. *Escola que Protege: enfrentando a violência contra criança e adolescentes*, Brasília: Ministério da educação, Secretaria de Educação continuada, Alfabetização e Diversidade, 2007
- FERNANDES, C. & CURRA, L. C. D. “Violência intrafamiliar e atenção primária à saúde”. In: Programa de atualização de Medicina da Família e Comunidade (PROMEF), Porto Alegre, Artmed:Panamericana Editora, 2005, p. 9-34.
- FRANÇA, S. P.; FARIAS, I.; COELHO, D.M. & BORGES, D. A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de Atenção primária à saúde: módulo 7- 1º edição- Brasília: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, 2009, p.3
- FREITAS, C. M. A. “Vigilância da saúde para a Promoção da Saúde”. In: CZERESNIA, D & FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003.
- GAWRYSZEWSKI, V. P et ali. “A Proposta da rede e serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes”. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, vol. II, 2006, p.1269-1278.
- GOMES, R. & NJAINE, K & MINAYO, M. C. S. “Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras”. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, vol. II, 2007, p.1291-1302.
- GOMES, R. & NJAINE, K & MINAYO, M. C. S. “Redes de prevenção à violência: da utopia à ação”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, vol. II, 2007, p.1313-1322.
- KLUTHCOVSKY, F. A. & KLUTHCOVSKY, A. C. “Análise da avaliação do PSF em municípios de pequeno porte”. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, SBMFC, vol.3 n.10 jul/ago/set, 2007
- GROULX, L. H. “Contribuições da pesquisa qualitativa à pesquisa social”. In: POUPART, I et alli. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

- LIDCHI, V. G. *Protegendo crianças: uma sensibilização promovida pela International Society for the protection of children against child abuse and neglect*. Conferência proferida no CEILAS/ISPCAN, 2004.
- LIMA, C.A. A gestão em saúde na prevenção e atenção às situações de violência in:Curso Impactos da Violência na saúde. Rio de Janeiro:EAD/ENSP, 2007
- LUZ, M. T. “É a promoção da saúde um novo paradigma?” In: LUZ, Madel T. *Ordem social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil: textos resumidos*. São Paulo, 2004, p.217-225.
- MARTINS, E. & SZYMANSKI, H. “A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias “ Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, ano 4 , n.1, 1º semestre, 2004, p.63-77.
- MARTINS, Nina. *Detecção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF Lapa/RJ*. Dissertação de Mestrado. UNESA/Mestrado em PSF. Rio de Janeiro, 2007, ex. mim.
- MARTINS, M. C. & BÓGUS, C. M. “Considerações sobre a metodologia como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde”. Saúde e sociedade, n. 13, v.13, set-dez 2004, p.44-57.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a saúde* São Paulo: Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1996.
- MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. São Paulo, p.233-300, 1996
- MERHY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. Campinas, 1997.
- MEYER, M. C. *Tecendo a rede de Atenção a Crianças e Adolescentes no Diagnóstico de Abuso Sexual*. Conferência proferida no CEILAS/ISPCAN, 2004
- MINAYO, M. C. S. “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, vol. II, 2006, p. 1259-1268.
- MINAYO, M. C. S. & GOMES, R. “Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiência brasileira”. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, vol. II, 2006, p.1291-1302.
- NEWCOMER, K. E. A preparação dos gerentes públicos para o século XXI. Revista do Serviço Público, Brasília, ano 50 n.2, abr-jul, 1999.

- NOVLOSKI, C. R.; Souza, M. & PIOVEZAN, S. “Saúde da criança”. In: ARCHANJO, D. R. (org.) *Saúde da Família na Atenção primária*. Curitiba, Ed. Ibpx, 2007.
- NOVAES, H. M. D. “Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde”. *Revista de Saúde Pública*, n. 5, vol. 34, p.547-59, 2000.
- OLIVEIRA, A. C. *Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual entre crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ no período de 2000 a 2002*. www.saude.rj.gov.br/apav/inf_gerais_mt.shtml. Disponível em 27/11/2008.
- OTERO R.B & CAVALCANTI, B. S. *Novos padrões gerenciais no setor público: medidas do governo americano orientadas para o desempenho e resultados*. Rio de Janeiro: Brasília, Fundação João Goulart:ENAP, 1997.
- PAIM, J. S. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAD, C. M. *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003
- PACHE, D. F & HENNINGTON, E. A. “Promoção da Saúde e o Sistema Único de saúde”. In: CASTRO, A & MALO, M. *SUS: Ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.
- PAGANI, R.; MINOZZPO, F; QUAGLIA, G. A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de Atenção primária á saúde: módulo 7- 1º edição- Brasília: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, 2009
- PEDROSA, J. I. S. “Promoção de Saúde e educação em saúde”. In: CASTRO, A & MALO, M. *SUS: Ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. M. *Construção Social da demanda: direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.
- PIRES, A. P. “Amostragem e Pesquisa Qualitativa: Ensaio teórico e metodológico”. In: POUPART, I et alli. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.
- PHEBO, L. *A notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes como instrumento de promoção da saúde*. [www.saude.rio.rj.gov.br /media/promocao_bonstratos.ppt](http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/promocao_bonstratos.ppt). Disponível em 05.01.2009.
- RIZZINI, I. *Trabalhando com comunidades e famílias*. CEILAS/ISPCAN, 2004
- RIBEIRO, E. M. “As várias abordagens da família no cenário do programa/PSF”. In: *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, n. 4, v.12, jul./ago, 2004, p.658-664,.

- SABROZA, P. C. H. *Saúde Pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1994.
- SILVA, E. A as redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substância psicoativas, módulo 6- 1º edição- Brasília: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, 2009
- SILVA, L. L.; COCEIRO, S. B. & FÉLIX, M. “Gerência e trabalho em equipe na atenção primária”. In: ARCHANJO, D.R & col. *Saúde da Família na Atenção primária*. Curitiba, Ed. Ibplex, 2007,
- SILVEIRA, C. H. “Planejamento estratégico e saúde da família”. In: ARCHANJO, D. R. & col. *Saúde da Família na Atenção primária*. Curitiba, Ed. Ibplex, 2007, p.303-339.
- SOUZA, E.R. Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde in: Curso Impactos da Violência na saúde. Rio de Janeiro:EAD/ENSP, 2007
- TEIXEIRA, C. F. “Promoção da Saúde e SUS: diálogo pertinente”. In: CASTRO, A & MALO, M. *SUS: Ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.
- TOBAR, F. & YALOUR, M. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- UCHIMURA, K. Y. & BOSI, M. L. “Avaliação da qualidade na estratégia saúde da família”.In: ARCHANJO,D.R & col. *Saúde da Família na Atenção primária*. Curitiba, Ed. Ibplex, 2007, p.368-378.
- VICTORIA C. R. *Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.
- ZUMA, C. E . *Em busca de uma rede comunitária para a prevenção da violência na família*. In: GRANDRESSO, M. e BARRETO,M. R. *Terapia Comunitária - Tecendo Redes para a Transformação Social :Saúde, Educação e Políticas Públicas*. São Paulo, Casa do psicólogo: ABRATECOM, 2007, p.61-68.
- WESTPHAL, M.; MENDES, R. & COMARU, F. A. “A promoção da saúde e as cidades”. In: CASTRO, A & MALO, M. *SUS: Ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.
- WHO. World report on violence na health, 2002
- Yin, R. K. *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. 3ª ed., Porto Alegre, Bookman, 2005.

Sites:

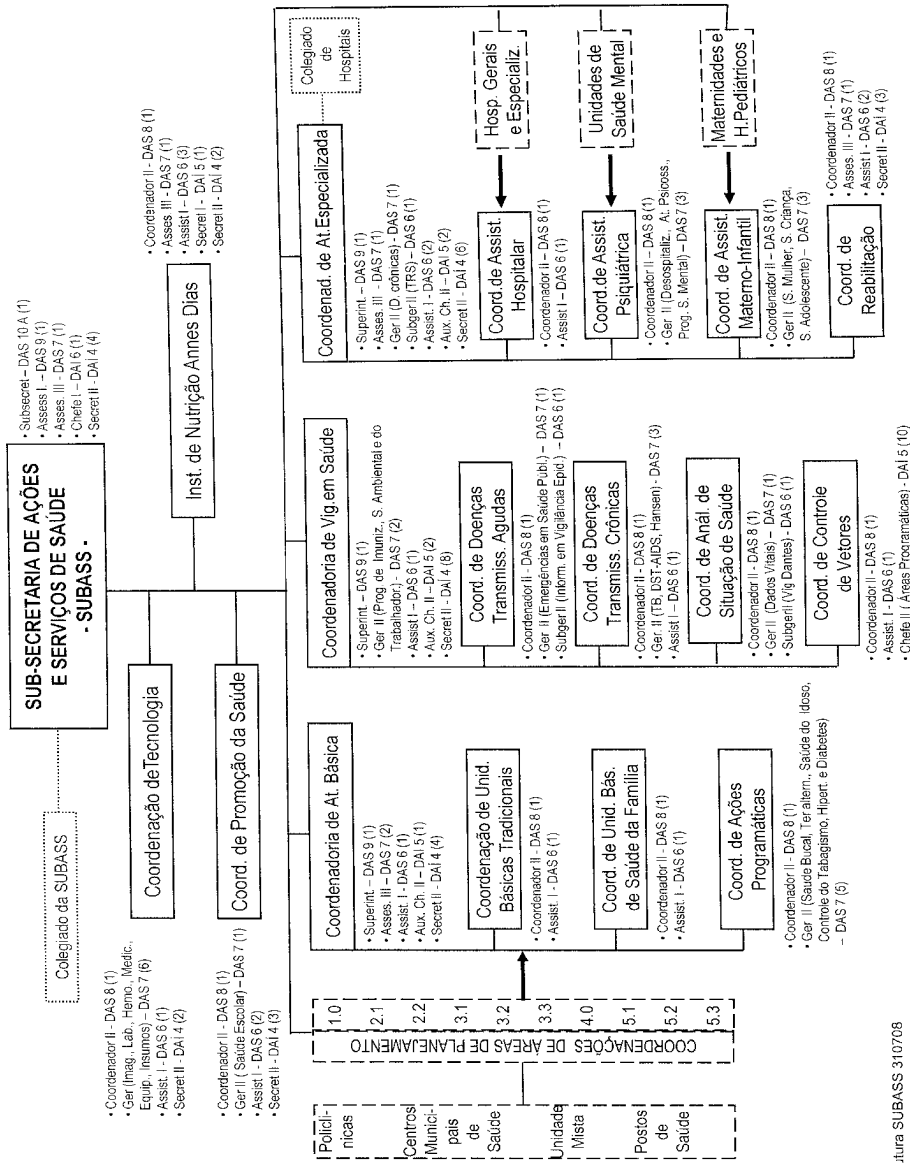
<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>, em 10/11/2008 às 21:00h

<http://www.sst.sc.gov.br/cedim/> no dia 11/12/2008 às 12 h

<http://nev.incubadora.fapesp.br/portal/segurancajustica/delegaciadamulher/lei-11-40-2006-lei-maria-da-penha> no dia 11/12/2008, em 11/12/2008 às 12:00
<mailto:apav@saude.rj.gov.br>

ANEXO 1

ORGANOGRAMA DA SUBASS



APÊNDICE 1

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pesquisa : Promoção da saúde: abordando a violência intrafamiliar no âmbito da gestão da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro

Identificação: código C1,C2,C3,C4,C5,C6,C7

Instituição: _____

Cargo: _____ Período de exercício: _____

Data da entrevista: _____

Roteiro para as entrevistas dos gestores:

1. Quais as propostas de atuação da SMS frente à violência? Exemplifique. Especificar as ações da promoção de saúde.
2. Existem propostas de atuação para a violência intrafamiliar? Exemplifique. Especificar as ações de promoção da saúde.
3. Relacione os eventos de sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde direcionados à violência intrafamiliar na última década.
4. Você participou de alguma destas ações? Quais? De que forma?
5. Quais as facilidades para implementar as ações de enfrentamento à violência intrafamiliar nos territórios da ESF? especificar as de promoção da saúde.
6. Quais as dificuldades para implementar as ações de enfrentamento à violência intrafamiliar nos territórios da ESF? especificar as de promoção da saúde.
7. Como você avalia a participação da ESF nas ações relacionadas à violência?
8. E à violência intrafamiliar especificamente? especificar as de promoção da saúde.
9. Há algum documento ou política na SMS sobre este tema?
10. Há algum documento específico sobre promoção da saúde? Em caso positivo, onde posso localizar?

APÊNDICE 2

**Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissional em Saúde da Família**

Pesquisa : Promoção da Saúde: abordando a violência intrafamiliar no âmbito da gestão na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Identificação: Código R1, R2, R3

Cargo: _____ **Período de exercício:** _____

Área : _____

Data: _____

1. Quais as ações de saúde propostas e realizadas na sua área de atuação visando a abordagem à violência? Se mencionar ações de promoção da saúde, especificar.
2. Quais as ações de saúde propostas e realizadas na sua área de atuação visando a abordagem à violência intrafamiliar? Se mencionar ações de promoção da saúde, especificar.
3. Como você participa destas propostas? Exemplifique
4. Quais os parceiros participantes das ações desenvolvidas?
5. Como os profissionais da ESF recebem as propostas de abordagem à violência intrafamiliar? E as ações de promoção da saúde?
6. Quais as ações desenvolvidas no acompanhamento de famílias de risco?
Se mencionar ações da promoção, especificar.
7. Quais os principais avanços e dificuldades na abordagem à violência intrafamiliar nos territórios da ESF?

Apêndice 3

Universidade Estácio de Sá

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pesquisa : Promoção da saúde: abordando a violência intrafamiliar no âmbito da gestão da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro

Roteiro para levantamento dos documentos:

Identificação:

Autoria: _____

Contexto de
Origem: _____

Local: _____

Data de publicação: _____

Tipo de documento:

() público () privado () pessoal () técnico

:
Conteúdo: _____

Enfoque: _____

APÊNDICE 4

Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissionalizante em saúde da Família
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Riachuelo, n. 27, 6º. Andar, Lapa

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa cujo título é Promoção da Saúde :
Enfrentando a violência intrafamiliar no âmbito da gestão do Programa Saúde da Família no
Município do Rio de Janeiro

Sua participação é importante, mas não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar as ferramentas gerenciais no âmbito da Promoção da Saúde para o enfrentamento da violência intra-familiar na Estratégia Saúde da Família.

Asseguramos que as informações obtidas serão confidenciais, sendo manipuladas somente por pesquisadores. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. A coleta de dados visa contribuir para o aprimoramento das estratégias da Promoção da Saúde

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las através de contato telefônico com o pesquisador responsável (tel 99717271).

Pesquisador responsável: Andréa Augusta Castro

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Entrevistado

Documento de identificação: