

Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura

Violence and Primary Health Care in Brazil: an integrative literature review

Carolina Siqueira Mendonça (<https://orcid.org/0000-0002-2697-4992>)¹

Dinair Ferreira Machado (<https://orcid.org/0000-0003-3006-7110>)¹

Margareth Aparecida Santini de Almeida (<https://orcid.org/0000-0002-4603-2513>)¹

Elen Rose Lodeiro Castanheira (<https://orcid.org/0000-0002-4587-7573>)¹

Abstract *Violence is a challenge for health services in Brazil, especially within primary care. This study analyses national publications on violence and Primary Health Care. An integrative literature review was conducted resulting in a final sample of 18 articles. The most predominant theme was violence against women (nine articles), followed by violence against children and adolescents (four articles), and violence against the elderly (three articles). The population group that accounted for the least number of publications was men, with two articles. The studies show the invisibility of violence in primary healthcare services in Brazil and the need to reorganize the work process beyond a complaint-based approach towards a sociocultural approach based on intersectorality. Comprehensiveness and intersectorality are essential elements of an effective violence care network.*

Key words *Violence, Primary Health Care, Health services*

Resumo *A violência é um dos desafios que se coloca para os serviços de saúde no Brasil, especialmente os de atenção primária. Este estudo analisa a produção científica nacional acerca da temática da violência na Atenção Primária à Saúde. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com amostra final composta por 18 artigos. O tema predominante foi a violência contra a mulher (nove artigos), seguido da violência contra crianças e adolescentes com quatro, e a violência contra idosos com três. A violência contra os homens teve a menor abordagem, presente em dois artigos. Os estudos evidenciam a invisibilidade da violência nos serviços de atenção primária do Brasil e a necessidade de reorganização do processo de trabalho na atenção primária para além da queixa conduta, pautando-se na abordagem sociocultural e ampliada dos grupos de indivíduos em situações de violência e na intersectorialidade. A integralidade do cuidado e a intersectorialidade nas ações, representam a garantia de uma rede de atenção para a violência.*

Palavras-chave *Violência, Atenção Primária à Saúde, Serviços de saúde*

¹ Programa de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n, Campus de Botucatu. 18618-687 Botucatu SP Brasil. siqueira.carol@uol.com.br

Introdução

A violência representa um importante problema social para o Brasil e vem sendo reconhecida na área da saúde como demanda para a oferta assistencial e para a atenção integral da população. Esse fenômeno complexo e multideterminado histórica, social e culturalmente, interfere diretamente na deterioração das condições de saúde e qualidade de vida da sociedade, e dos gastos públicos¹⁻³.

Suas consequências se expressam em diferentes âmbitos da vida e das relações humanas e sociais, inclusive no processo saúde-adoecimento. São exemplos de seus impactos os anos potenciais de vida perdidos, a incapacitação temporária ou permanente resultante de traumas, o aumento de gastos públicos com reabilitação, além do medo e dos sofrimentos que deixam marcas nas trajetórias de vida, os quais não podem ser mensurados, mas também têm significativa força no processo de produção e reprodução social^{1,2,4}.

Entende-se que todos os grupos populacionais são vulneráveis à violência, ainda que a exposição se diferencie segundo gênero, faixa etária, condições socioeconômicas e tipos de violência a que cada grupo está mais, ou menos, exposto.

No que tange a violência interpessoal, por exemplo, os homens jovens estão mais expostos à violência por arma de fogo, que ocorre nas ruas da sociedade. As mulheres, à violência baseada no gênero que permeia as relações sociais e à violência sexual, física, emocional e psicológica perpetradas pelos parceiros íntimos. As crianças, por sua vez, estão mais expostas à negligência, e às violências sexual e física no âmbito doméstico. E os idosos e pessoas com deficiência, à violência física, emocional, psicológica e patrimonial perpetrada, na maioria das vezes, por cuidadores⁵.

O reconhecimento do impacto da violência na população brasileira e a necessidade de ação para seu enfrentamento levaram à promulgação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)⁶, seguida, em 2004, da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios⁷.

Com os avanços das discussões e como parte dos mecanismos de enfrentamento da violência, foram promulgadas diferentes políticas e legislações públicas de foro específico, que tomam a violência como objeto de ações a serem implementadas, tais como: Política de Enfrentamento

da violência contra a mulher⁸; a Lei Maria da Penha⁹; a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra as Mulheres⁸, e o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes¹⁰.

No Brasil, essas e outras políticas públicas¹¹⁻¹⁶ se articulam com as legislações específicas^{6-10,17-19}, e cooperam no reconhecimento da violência como demanda social, na consolidação de estratégias intra e intersetoriais para a assistência mais integral e resolutiva, e, direta ou indiretamente, no enfrentamento do fenômeno. Dito de outro modo, elas somam esforços em aperfeiçoar e integrar equipamentos, profissionais e modos de agir, em busca de oferecer respostas mais singulares e efetivas no interior de um olhar ampliado que respeite, garanta, proteja e promova os direitos humanos.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume importante papel enquanto principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), e como proponente de uma atenção integral realizada em rede. Seus pressupostos de humanização, continuidade do cuidado e territorialização coloca a APS como ponto estratégico na rede para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência²⁰⁻²².

A Atenção Primária à Saúde pode atuar de modo central na articulação de parcerias entre os diversos setores sociais, tais como: saúde, educação, assistência social e justiça. Reúne condições de articular diferentes fatores na atenção integral à saúde, quais sejam, socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários, individuais e de gênero, estruturantes da sociedade e de composições plúrais da violência.

Ainda que o trabalho em rede seja incipiente e não estejam instauradas condições plenas para o desenvolvimento de ações de prevenção, identificação e assistência a pessoas em situação de violência, de modo extensivo, nos serviços de atenção primária^{22,23}, reconhece-se experiências exitosas, ainda que isoladas, de atuação da APS²⁴.

Nesse sentido, de modo a contribuir com a implementação de novas iniciativas e de amadurecer estratégias de enfrentamento da violência, cabe arguir da produção brasileira como a interface entre as temáticas violência e APS vem sendo abordada? Em outras palavras, como a literatura científica nacional tem versado sobre a inserção desse tema enquanto demanda potencial, ou seja, objeto de atuação para a APS? O presente trabalho tem por objetivo apresentar os resultados de revisão integrativa que busca respostas a essas questões.

Métodos

Foi realizada revisão integrativa da literatura, a qual procurou ordenar, sistematizar e incluir pesquisas com diferentes enfoques metodológicos, permitindo somar e combinar dados teóricos e empíricos proporcionando maior compreensão do objeto de estudo²⁵⁻²⁷.

Foram seguidas as etapas preconizadas para a realização da revisão integrativa: 1. Estabelecimento do problema (definição do tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária); 2. Seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3. Caracterização dos estudos (definem-se as características ou informações a serem coletadas dos estudos, por meio de critérios claros). 4. Análise dos resultados (identificando similaridades e conflitos); 5. Apresentação e discussão dos achados²⁵⁻²⁷.

Considerando a opção por analisar estudos brasileiros, a composição da amostra foi realizada por meio de buscas nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). As buscas foram direcionadas por descritores controlados combinados com operadores booleanos: (violência OR *violence* OR *violencia*) AND (atenção primária OR *primary health care* OR *atención primaria* OR atenção básica).

Os critérios de inclusão de artigos foram estudos realizados no Brasil e periódicos com texto completo nos idiomas português, inglês e espanhol. Já os critérios de exclusão foram: dissertações de mestrado, teses de doutorado, estudos repetidos e estudos que não incluíssem o objeto de pesquisa. As buscas foram realizadas no período de janeiro a março de 2016, sem recorte temporal. Inicialmente foram encontradas 35 publicações conforme os critérios indicados. Desses estudos, 18 compuseram o conjunto final conforme descrito na Figura 1.

A violência e a APS: como se caracterizam os estudos da área

Dos 18 trabalhos analisados na íntegra, a violência contra as mulheres está representada em nove publicações, seguida pelo grupo das crianças e adolescentes em quatro, e pelo conjunto de artigos que trabalha a violência contra idosos em três artigos. O grupo populacional que apresenta o menor número de publicações é o dos homens, com duas publicações. Um artigo não tratava de nenhum segmento populacional específico, fo-

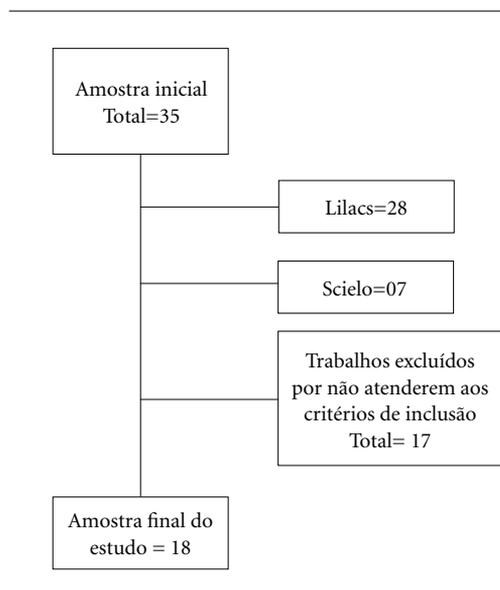


Figura 1. Fluxograma de composição da amostra.

cando na abordagem da violência sob a perspectiva de profissionais da APS.

É importante destacar que não foram encontradas publicações para a população das pessoas com deficiência nem para a população de homossexuais, bissexuais, transexuais, transgêneros e intersexuais.

A relação dos artigos estudados nesta revisão é apresentada no Quadro 1. Para melhor visualização e análise, os artigos foram classificados por grupos populacionais e apresentados segundo periódico, ano de publicação, autores, título, objetivos e principais resultados.

Quanto às formas de violência, a maioria dos artigos diz respeito à violência familiar e doméstica, independente do grupo populacional. Esse achado apoia a importância de os serviços de APS desenvolverem ações que permitam reconhecer vulnerabilidades produzidas nas relações familiares, e a necessidade de se trabalhar o contexto sociocultural e histórico da dinâmica familiar. Além da relevância de se investigar as alternativas de ativação de redes sociais de apoio.

Quanto a metodologia empregada, observouse a predominância de pesquisas com métodos qualitativos, com maior poder explicativo, que objetivaram, em sua maioria, dar voz aos sujeitos envolvidos, tanto pessoas em situação de violência, quanto profissionais da APS. Assim, 11 trabalhos utilizaram de abordagem qualitativa (VG1,

Quadro 1. Publicações analisadas, segundo grupos populacionais e ordem decrescente por ano de publicação.

Periódico	Ano/País Código	Título	Autor Principal	Principais Resultados
Violência Geral - VG				
Physis	2014/ Brasil (VG1)	Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento	Porto ³⁸	Dificuldade em identificar os casos e atuação centrada na abordagem dos sintomas.
Violência contra mulheres – VCM				
Ciência e Saúde Coletiva	2015/ Brasil (VCM1)	Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres no Rio Grande do Sul, Brasil	Costa ³⁹	Inexistência de agendas locais direcionadas à violência contra as mulheres rurais. Desafio dos gestores em traçarem linhas de gestão em saúde norteadas pelas diretrizes e princípios do SUS.
Cadernos de Saúde Pública	2013/ Brasil (VCM2)	Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde	Kind ⁴⁰	Subnotificação da violência contra mulheres. Baixo número de registros de notificação feitos em UBS.
Cadernos de Saúde Pública	2013/ Brasil (VCM3)	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Signorelli ⁴¹	Atendimentos centrados em: preceitos biologizantes, com foco em lesões físicas e medicalização.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria	2013/ Brasil (VCM4)	Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo	Mathias ⁴²	A prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) foi de 55,7%, sendo a psicológica, física e sexual de 53,8, 32,2 e 12,4%, respectivamente.
Revista Gaúcha de Enfermagem	2012/ Brasil (VCM5)	Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre	Alves ⁴³	A Lei promoveu mudanças nos campos da prevenção da violência, da assistência a mulheres e da punição aos agressores, com aumento da visibilidade conferida a esse fenômeno.
Revista de Saúde Pública	2012/ Brasil (VCM6)	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	Osís ⁴⁴	Violência contra mulher não é investigada rotineiramente. Apenas 5% das mulheres disseram ter procurado ajuda em UBS.
Interface (Botucatu)	2009/ Brasil (VCM7)	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Borsoi ⁴⁵	Profissionais se mostraram mais preparados para identificar o problema quando este não se apresenta de forma explícita.
Ciência e Saúde Coletiva	2009/ Brasil (VCM8)	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	D'Oliveira ⁴⁶	Discutem-se aspectos relativos à conexão do setor saúde com a rede intersetorial de atenção e suas principais dificuldades.
Interface (Botucatu)	2009/ Inglaterra (VCM9)	Violência contra mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	Ferrante ⁴⁷	Os médicos são capazes de identificar e acolher as mulheres expostas à situação de violência. Destaca-se a necessidade de um trabalho integrado e em rede e investimento na qualificação profissional.

continua

Quadro 1. Publicações analisadas, segundo grupos populacionais e ordem decrescente por ano de publicação.

Periódico	Ano/País Código	Título	Autor Principal	Principais Resultados
Violência contra crianças e adolescentes - VCCA				
Ciência e Saúde Coletiva	2014/ Brasil (VCCA1)	Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica	Moreira ⁴⁸	Os profissionais se sentem despreparados e desprotegidos para atender e resolver demandas de crianças vítimas por violência doméstica. Foram identificadas lacunas relacionadas a intersectorialidade, integralidade e resolutividade que geram sofrimento.
Saúde e Sociedade	2011/ Brasil (VCCA2)	Estudos sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil	Ramos ⁴⁹	A notificação foi citada por 56,9%, 17,8% foram efetuadas pelo profissional; 45,2% foram feitas aos Conselhos Tutelares; 33,6% foram feitas à Delegacias. ACS e profissionais da ESF mostraram importante atuação na identificação de casos de violência.
Revista Baiana de Saúde Pública	2011/ Brasil (VCCA3)	Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil	Lima ⁵⁰	ACS e Técnicos de Enfermagem identificaram casos de violência em visita domiciliar. A identificação dos casos mostrou associação positiva e significante com profissional do sexo feminino e ter capacitação prévia.
Violência contra idosos - VCI				
Caderno de Saúde Pública	2013/ Brasil (VCI1)	Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde	Wanderbroocke ⁵¹	Dificuldades dos profissionais de identificar situações de violência e crenças relacionadas à impossibilidade de enfrentá-la. Fatores institucionais que desfavorecem a detecção e acompanhamento.
Ciência e Saúde Coletiva	2012/ Brasil (VCI2)	Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde	Wanderbroocke ⁵²	A violência familiar fere o princípio da família como amparo e proteção. Os significados de violência familiar contra o idoso mostrou-se alicerçado na ideia “do idoso frágil e dependente”, limitando a visualização de casos que não se enquadram nesse perfil.
Caderno de Saúde Pública	2008/ Brasil (VCI3)	Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil	Moraes ⁵³	As prevalências foram maiores entre os mais novos, os que moravam com maior número de indivíduos, os com relato de doença articular e entre os que apresentavam história de diabetes. Maior frequência da violência grave entre os idosos com maior escolaridade e entre os que referem problema de memória.
Violência contra homens - VCH				
Revista Saúde Pública	2013/ Brasil (VH1)	Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde	Albuquerque ⁵⁴	Sofrimento mental foi associado a sofrer violência física e/ou sexual recorrente na vida. A associação com episódio único de violência perdeu significância após a inclusão de uso de substância psicoativa no modelo.
Revista Brasileira de Epidemiologia	2012/ Brasil (VH2)	Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde	Schraiber ⁵⁵	As prevalências de violências sofridas na vida foram de 79% para qualquer tipo e por qualquer agressor. Em 14,2% há sobreposição entre sofrer violência por parceira íntima e perpetrar a violência.

Fonte: Elaboração própria.

VCM1, VCM2, VCM4, VCM5, VCM6, VCM8, VCM9, VCCA1, VCCA2, VCI1, VCI2); quatro associando a abordagem quantitativa e qualitativa (VCM3, VCM7, VCCA1, VH2) e três predominantemente quantitativa (VCCA3, VCI3, VH1).

A predominância da abordagem qualitativa nos estudos assinala a relevância dada pelos autores em compreender o tema a partir da visão sociocultural dos entrevistados. Além disso, a violência como um fenômeno social e histórico se distingue nos diferentes contextos e, portanto, passa a ser melhor compreendida quando há interação dos pesquisadores com as histórias de vida e percepções de mundo dos sujeitos da pesquisa²⁸.

Nos demais estudos, observou-se que os dados quantitativos priorizam identificar e analisar a prevalência da violência, os tipos mais comuns de violência infligidos, os grupos mais vulneráveis e os desfechos das exposições ao fenômeno, em relação à APS (VCM2, VCM9, VCCA1, VCCA3, VCI3, VH2).

Violência e APS: um diálogo entre avanços, potencialidades e desafios

Um dos aspectos mais significativos na literatura analisada é a importância da APS e a reorganização do processo de trabalho em saúde para o enfrentamento do fenômeno da violência.

É consenso que as diferentes formas de manifestação da violência e seu impacto no processo saúde-doença vêm exigindo novas formas de abordar o problema nos serviços de saúde, demandando a readequação do processo de trabalho e a organização em rede para consolidar o que é preconizado pelas políticas públicas brasileiras.

Deste modo, a abordagem dos indivíduos nos serviços de atenção primária precisa assegurar a integralidade e a intersetorialidade nos atendimentos. A violência não é um fenômeno específico da saúde, portanto, as ações para seu enfrentamento não devem terminar na APS e não são exclusivas desse setor (VG, VCM, VCCA, VCI, VH).

Embora as ações para o enfrentamento da violência precisem compor com a intersetorialidade, para os autores, a APS é um lugar privilegiado na atenção a situações de violência, uma vez que esses serviços estão inseridos nos territórios favorecendo diálogos mais horizontais e dinâmicos com o usuário, relações duradouras e preocupadas com vínculo, além de parcerias pautadas na escuta acolhedora, na valorização da

autonomia e na corresponsabilização do cuidado em saúde (VG1, VCM1, VCM2, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA1, VCCA2, VCCA3, VCI1).

Os profissionais da saúde que compõem a APS são sujeitos estratégicos para a prevenção, identificação e intervenção precoce em situações de violência, sendo fundamental que recebam formação continuada (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3, VCI2).

Outra força da APS, que os estudos analisados destacam, se refere à sua importância como articuladora do cuidado em rede e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta para a reorganização do modelo assistencial, com condições de propor e criar, a partir dos territórios, formas locais de intervenção e enfrentamento desse fenômeno. Nesse sentido, a ESF é destacada como lugar privilegiado e protagonista de espaços produtores de reflexão e articulações estratégicas com a rede de assistência a situações de violência (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3).

Este mesmos estudos que indicam a potência da APS e da ESF para o enfrentamento das diferentes manifestações da violência, denunciam lacunas significativas entre os princípios e diretrizes preconizados nas políticas de saúde e de atenção a pessoas em situação de violência, e o cotidiano de trabalho nas unidades de saúde (VG, VCM, VCCA, VCI, VH).

Eles reafirmam que se os próprios profissionais não conseguem apreender, na maioria das vezes, as situações de violência como um problema de saúde pública, passível de prevenção e assistência na atenção primária, essa possibilidade torna-se ainda menor para os usuários, implicando na constante invisibilidade da violência neste nível de atenção (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3, VCI2). As barreiras acabam por se sobrepor às potencialidades da atenção primária à saúde, e os profissionais que atuam nesse nível de atenção acabam por reproduzir atendimentos pontuais, pautados na queixa-conduta e na espera “da violência bater na porta da unidade de saúde”, sem, no entanto, torná-la um espaço legítimo para esse acolhimento (VG1, VCM, VCCA, VCI, VH).

Os estudos analisados corroboram com outras referências da área que apontam a APS como espaço onde se expressam formas de criação e de apropriação da produção e reprodução da vida que, se admitido como espaço de práticas indutoras de mudanças do cotidiano, ganha materialidade política e social como equipamento que compõe a rede de enfrentamento da violência^{29,30}.

Sendo assim, o principal desafio apontado pelos estudos está na sensibilização, formação e capacitação dos profissionais que atuam na ESF e na APS³¹.

Nesse sentido, a percepção da violência só será desvelada aos profissionais de acordo com o processo de trabalho estabelecido, ou seja, estar próximo do indivíduo e da comunidade, por si só, não garante o reconhecimento de suas peculiaridades. É preciso estabelecer modelos de atenção que apreendam os sujeitos, seus costumes e necessidades, de forma interativa e dinâmica^{29,31}, entendendo o processo de trabalho em saúde como cenário vivo e um vir a ser centrado no indivíduo, considerando, pois, a mobilidade do sujeito múltiplo acompanhado das instabilidades dos *locus* sociais³⁰.

O processo de trabalho, assim concebido, demanda a ampliação da concepção da violência e a desconstrução de alguns paradigmas ainda consolidados na área da saúde, começando por desvelar, desnaturalizar, “desbiologizar” e “desmedicalizar” a violência e suas consequências, passando assim a ressignificá-la enquanto questão sociocultural com impacto na saúde pública e não apenas na saúde mental e na segurança pública. Tal como ressaltam alguns autores, há a necessidade de ações em saúde que não se restrinjam aos efeitos da violência, mas que ao contrário, sejam ações que incorporem o olhar para o indivíduo e sua visão de mundo, seus costumes, hábitos e valores adquiridos no decorrer de suas trajetórias de vida (VG1, VCM1, VCM3, VCM7).

A ruptura de paradigmas implica em práticas mais humanizadas, contextualizadas e imersas na realidade local, uma vez que a contribuição da saúde na atenção a situações de violência vai além das intervenções fundamentadas em sintomas e de cunho medicamentoso, percorrendo os espaços da prevenção, da assistência integral e do trabalho em rede³²⁻³⁴.

Nesse contexto, as práticas de saúde, especialmente na atenção primária necessitam, pois, ser orientadas por três dimensões da integralidade que devem orientar a organização do processo de trabalho: *a dimensão da interface entre o individual e o coletivo*: núcleo de uma concepção ampliada de saúde que permite a compreensão dos sujeitos e das demandas relacionadas à violência no interior de modos de ser, produzir e reproduzir a vida em sua singularidade e multiplicidade³⁵; *a dimensão da continuidade do atendimento*: que pressupõe a responsabilização da APS para acompanhamento contínuo das famílias e indivíduos de determinado território; e a *intersectoriali-*

dade: que reconhece a necessidade da articulação das políticas de saúde com as políticas de educação, segurança pública, assistência social, entre outras, para potencializar as ações de saúde³⁵.

A integralidade no cuidado implica no reconhecimento do outro enquanto sujeito e protagonista de seu cuidado, além da oferta de cuidado contínuo, buscando, em rede, contribuir para o cuidado que possa contemplar todas as dimensões que compõe a vida do sujeito. Essa dimensão da integralidade requer, pois, a construção de projetos terapêuticos singulares que permitam a construção conjunta de planos e metas para solução do problema. Para isso, é necessário que a relação de cuidado seja desenvolvida na perspectiva da saúde ampliada e da atuação entre sujeitos sociais, vivos, ativos e corresponsáveis (profissionais e usuários), necessitando para isso abordagens interdisciplinares. (VG1, VCM1, VCM3, VCM7).

A integralidade nas ações deve possibilitar e efetivar práticas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, garantindo aos indivíduos em situação de violência um acompanhamento amplo nos diferentes níveis de atenção. A continuidade do cuidado traz o foco para a responsabilidade central da APS no cuidado dos indivíduos, família e comunidade, ou seja, o indivíduo em situação de violência deverá ser atendido nos diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com a complexidade do seu caso, mas mantendo, como referencial de acompanhamento, os profissionais da APS aos quais estão vinculados^{20,21,30}.

Como estratégias para a prevenção de situações de violência são sinalizadas: ações expandidas para o território; promoção do diálogo e construção de vínculos entre os profissionais de saúde e a população atendida; adoção de práticas democráticas e não repressivas nos serviços de saúde; combate à violência institucional e desburocratização do atendimento; ações de sensibilização sobre situações de violência; promoção de direitos e o fortalecimento e emancipação de usuários e trabalhadores (VG, VCM, VCCA, VCI, VH).

A abordagem em grupos e a visita domiciliar são indicadas como formas de potencializar o processo de trabalho dos profissionais de atenção primária a saúde no enfrentamento das situações de violência, especialmente a violência contra a mulher. À medida que a abordagem em grupo dá voz aos usuários e permite processos identificatórios, por vezes facilitadores para a revelação de situações de violência, a visita domiciliar permi-

te o contato direto com a realidade dos sujeitos, além de favorecer o vínculo e a escuta em ambiente particular e velado, facilitando a detecção precoce de situações de violência (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3, VCI2).

Embora alguns autores salientem que a formação continuada é potencializadora desse processo de trabalho com práticas em saúde mais humanizadas, ampliadas, resolutivas e de melhor qualidade, ressaltam também que a principal dificuldade dos profissionais de saúde em abordar a violência na atenção primária reside, justamente, na falta de formação destes para uma abordagem holística dos determinantes sociais que interferem no processo saúde e doença.

Enquanto um dos princípios que orienta a atenção primária, qual seja, a integralidade, visa a promoção da saúde e a prevenção das doenças buscando garantir o conceito ampliado de saúde, as práticas ainda se pautam em sintomas fisiológicos com conduta medicamentosa³¹. Ou seja, se os profissionais não foram capacitados e sensibilizados para perceber as questões socioculturais que envolvem o ato violento, as consequências de sua prevalência e o caminho individual percorrido pelos envolvidos em situações de violência, menos ainda conseguirão atuar em conjunto com outras políticas para o enfrentamento do fenômeno^{22,23}.

Os profissionais que atuam na atenção primária em saúde precisam, de fato, assumir e incorporar no seu cotidiano o papel da APS como articuladora do cuidado, com uma postura reflexiva e protagonista, rompendo barreiras reducionistas e focando nas múltiplas dimensões da vida de forma dialética^{33,34}.

Quanto ao outro aspecto da integralidade do cuidado, a saber, a dimensão da atuação em rede integrada e intersetorial, os estudos reconhecem que, assim como a violência é um fenômeno social que interfere no processo saúde-doença, seu enfrentamento também perpassa os espaços de saúde e requer integração com outras políticas, como a de Assistência Social, de Segurança Pública, entre outras (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3, VCI2).

No entanto, para além de reconhecer e identificar outras políticas que trabalham no combate à violência, é preciso estabelecer diálogos com os diferentes serviços e profissionais operadores destas políticas que têm público alvo em comum, de forma a não justapor os atendimentos, mas sim, integrá-los^{34,36,37}.

A constituição de redes de atenção intersetorial e a implementação de linhas de cuidados

para os casos de violências nos diferentes grupos populacionais (mulheres; crianças e adolescentes; idosos; pessoas com deficiência, LGBT e homens), configuram-se como a melhor estratégia de ação para esse problema, tanto que, são preconizadas pelas políticas que atuam com esse segmento^{6-8,10,37}.

Contudo, os próprios estudos colocam desafios no estabelecimento dessas redes devido às dificuldades de convencimento das coordenações dos serviços e profissionais, em compartilharem conhecimentos e experiências na busca por aprendizados que os façam avançar na produção de novos sentidos e modos de viver, que recuperem direitos, estimule e produza a integralidade no cuidado e torne a violência visível (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3, VCI2).

Compreende-se que as ações destinadas aos diferentes grupos em situação de violência devem se alicerçar em uma assistência corresponsável entre serviços de saúde, usuários e demais serviços que atuam com essa demanda, de forma a garantir um acompanhamento integral e intersetorial a esses indivíduos.

Considerações finais

Para além do limite que envolve o recorte adotado, a revisão realizada possibilitou analisar a produção recente sobre o fenômeno da violência no contexto da atenção primária no Brasil e sobre quais concepções e bases teóricas estão sendo construídas.

Apesar das singularidades das formas assumidas pelas práticas de violência, e das especificidades no atendimento em relação aos diferentes grupos populacionais, o principal desafio colocado para a atenção primária a saúde é a detecção e o acompanhamento da violência para além da perspectiva fisiológica, dado o fato de ser um fenômeno sociocultural.

Sob o olhar da saúde, esse objeto ainda se mostra fundamentado e significado no interior de conceitos hegemônicos, racionalizadores e “biologizantes”, que não comportam sua gênese e neutralizam práticas mais ampliadas, humanizadas e integrais que poderiam ser mais efetivas.

Existem grandes lacunas entre as recomendações presentes nas políticas e o processo de trabalho realizado, como nas construções de vínculos, no atendimento integral em suas diferentes dimensões, no acompanhamento contínuo, no reconhecimento da violência como um proble-

ma de saúde e conseqüentemente nas ações de promoção e prevenção da saúde.

Investir em mudanças no processo de trabalho se coloca como meio para se garantir a integralidade do cuidado e a intersetorialidade nas ações, possibilitando uma rede de atenção para a violência. As mudanças serão possíveis a partir da compreensão da violência como um processo so-

cial que pode se expressar na saúde dos diferentes segmentos etários e da formação e capacitação de profissionais, tanto no que se refere à maior compreensão do fenômeno, quanto a incorporação de estratégias de prevenção e de proteção para situações de violência, a partir do uso de tecnologias que impliquem numa relação dialógica com os usuários.

Colaboradores

CS Mendonça trabalhou na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. DF Machado trabalhou na concepção, delineamento, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. MAS Almeida trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. ERL Castanheira trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II*. Brasília: OPAS; 2008.
2. Minayo MCS, Souza ER. Violência e Saúde como Campo Interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cien Saude* 1997; 4(3):513-531.
3. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Genebra: WHO; 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: MS; 2010.
5. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl.):1163-1178.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. Brasília: MS; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios*. Brasília: MS; 2004.
8. Brasil. Secretaria de Políticas para Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres; 2011.
9. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. *Diário Oficial da União* 2006; 9 ago.
10. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA)*. Brasília: SEDH; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança*. Brasília: MS; 2015.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: MS; 2010.
15. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília SEDH; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: MS; 2008.
17. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 14 jul.
18. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. *Diário Oficial da União* 2003; 2 out.
19. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União* 2015; 7 jul.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: MS; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências*. Brasília: MS; 2010.
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3):359-367.
23. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor de saúde – Brasil, 2010. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2331-2341.
24. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1037-1050.
25. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
26. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987; 10(1):1-11.
27. Knafelz K, Whittemore R. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5):546-553.
28. Bosi ML. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):575-586.
29. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
30. Pinheiro R, Luz MT, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2007.
31. Machado DF, McLellan KCP, Murta-Nascimento C, Castanheira ERL, Almeida MAS. Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relatório de Experiência. *Rev Bras Educ Med* 2016; 40(3):511-520.
32. Oliveira JR, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Barros LA, Lisbôa GLP. Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica a saúde. *Rev Enferm UFPE* 2015; 9(Supl. 10):1545-1555.
33. Favoreto CAO. *A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
34. MS, Backes DS, Sousa FGM, Erdmann AL. A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde. *Rev Eletr Quadr Enferm* 2009; 17.
35. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery* 2011; 15(2):389-394.

36. Noronha JC, Pereira TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 19-32.
37. Brasil. Secretaria da Saúde. *Violência Doméstica contra a Pessoa Idosa: Orientações Gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde*. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2007.
38. Porto RTS, Bispo JJP, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis* 2014; 24(3):787-807.
39. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres rurais - análise do nível local no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(5):1379-1387.
40. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Pública* 2013; 29(9):1805-1815.
41. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Pública* 2013; 29(6):1230-1240.
42. Mathias AKRA, Bedone AJ, Osis MJD, Fernandes AMS. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35(4):185-191.
43. Alves ES, Oliveira DLLC, Maffaccioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(3):141-147.
44. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Pública* 2012; 46(2):351-358.
45. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):165-174.
46. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1037-1050.
47. Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):287-299.
48. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Cien Saude Colet* 2014; 19(10):4267-4276.
49. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saude Soc* 2011; 20(1):136-146.
50. Lima MCCA, Costa MCO, Bigras M, Santana, MAO, Alves TDB, Nascimento OC, Silva MR. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Bahiana Saude Pública* 2011; 35(Supl. 1):118-137.
51. Wanderbroocke ACNS, Moré CLOO. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cad Saude Pública* 2013; 29(12):2513-2522.
52. Wanderbroocke ACNS, Moré CMOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2095-2103.
53. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública* 2008; 24(10):2289-2300.
54. Albuquerque FP, Barros CRS, Schraiber LB. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. *Rev Saude Pública* 2013; 47(3):531-539.
55. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4):790-803.

Artigo apresentado em 27/02/2018

Aprovado em 25/09/2018

Versão final apresentada em 27/09/2018

