

■ Artigo Original

Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral

Prácticas de salud para usuarios en situación de violencia: de la invisibilidad a la (des)atención integral

Healthcare practices for users suffering from violence: from invisibility to comprehensive (un)care



Patrícia Caprini Guzzo^a
Marta Cocco da Costa^b
Ethel Bastos da Silva^c
Alice do Carmo Jahn^d

RESUMO

O estudo teve como objetivo conhecer as práticas de cuidado dos profissionais da saúde a usuários em situação de violência, sob o eixo da integralidade. Pesquisa qualitativa, descritiva, com profissionais de saúde de nível superior e técnico atuantes na Estratégia de Saúde da Família de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul, RS. Utilizou-se como instrumento de coleta a entrevista semiestruturada e analisou-se pela modalidade temática. Os resultados mostraram que os profissionais não utilizam a integralidade como eixo norteador de suas práticas de cuidado aos usuários em situação de violência, visto que ainda trabalham norteados pelo modelo biomédico, tendo os encaminhamentos para outro setor e o plano curativo como principais intervenções. O estudo mostra a necessidade de maior apropriação e discussão das práticas de cuidado a violência, orientadas pelo princípio da integralidade na equipe de Saúde da Família.

Descritores: Enfermagem. Assistência integral à saúde. Violência. Saúde da família.

RESUMEN

El estudio busca conocer prácticas de atención de profesionales de salud para usuarios en situación de violencia desde la perspectiva de la integralidad. Es un estudio cualitativo, descriptivo, con profesionales de salud de niveles superior y técnico, actores en la Estrategia de Salud de la Familia de un municipio del noroeste de Rio Grande do Sul - RS. Los datos fueron recolectados por entrevista semiestruturada y analizados por la modalidad temática. Según los resultados, los profesionales no utilizan la integralidad como norte de sus prácticas de atención para los usuarios en situación de violencia, porque todavía trabajan según el modelo biomédico, con prácticas encaminadas para otro sector y el plan curativo como principales intervenciones. El estudio muestra la necesidad de mayor apropiación y discusión de las prácticas de atención a la violencia orientadas por el principio de la integralidad en el equipo de Salud de la Familia.

Descritores: Enfermería. Atención integral de salud. Violencia. Salud de la familia.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate practices of health professionals for users undergoing violence from perspective of comprehensive care. This study was based on a qualitative and descriptive research on graduate-level and technical health professionals who work in the Family Health Strategy programme in a northeastern municipality of Rio Grande do Sul. Data were collected by means of semi-structured interviews and analyzed using thematic mode. Results showed that these professionals do not utilize comprehensiveness to guide their care practices with users undergoing violence. Instead, they still work according to the biomedical model in which intervention is based on referring care to other sectors and the treatment plan. The study highlights the need for more appropriation and further discussion on practices regarding violence guided by the principle of comprehensiveness within the Family Healthcare team.

Descriptors: Nursing. Comprehensive care. Violence. Family health.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40451>

^a Enfermeira. Residente Multidisciplinar em Saúde da Família - FUMSSAR - Santa Rosa. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM). Palmeira das Missões, RS-Brasil.

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta I do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. Pesquisadora e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM). Palmeira das Missões, RS-Brasil.

^c Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta I do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. Pesquisadora e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM). Palmeira das Missões, RS-Brasil.

^d Enfermeira. Doutoranda DINTER NOVAS FRONTEIRAS UNIFESP/ANNA NERY/ UFSM. Professora Assistente III do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. Pesquisadora e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC/UFSM). Palmeira das Missões, RS-Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil a violência é considerada um fenômeno complexo e multifacetado e, portanto, o enfrentamento requer ações intersetoriais e o seu reconhecimento como problema de saúde e da saúde pública. Com isso, neste estudo reconhece-se a violência como um fenômeno marcado pela complexidade, polissemia e multiplicidade, cuja gênese tem raízes sócio-históricas, acompanhando o desenvolvimento da humanidade⁽¹⁾.

De acordo com o mapa da violência de 2011, 2,5 milhões de pessoas sofreram agressão física e a taxa de homicídio por violência aumentou em locais que antes eram menores. Soma-se a isso o crescente aumento de homicídios nas populações jovens e homens. Quando analisado no âmbito internacional, o Brasil ocupa a sexta posição, tanto no total de homicídios quanto nos homicídios juvenis, nos 100 países que apresentam dados oriundos da Organização Mundial da Saúde⁽²⁾.

A morbidade causada pela violência é atendida no setor saúde e uma das entradas do usuário para atendimento é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) considerada modelo de reorganização de assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem sido locus privilegiado para trabalhar com esse fenômeno, pois traz em seus objetivos a possibilidade de novas práticas de cuidado a violência, pela aproximação entre usuários e profissionais e a territorialidade. Por ser um novo modelo assistencial a ESF permite que os profissionais venham a trabalhar a temática da violência de maneira preventiva e promocional.

Nesse sentido, a ESF é orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a integralidade encontra-se legitimada pela Constituição Federal de 1988, como princípio do SUS no artigo 198, inciso II, desde então, passou a fazer parte das reformas no setor saúde e do processo de avaliação da qualidade do cuidado⁽³⁾.

Com isso, agrega-se como possibilidade de análise das práticas de saúde no campo da violência a “provocação” de pensá-las, considerando a integralidade da atenção, a partir de suas quatro dimensões: desenvolvimento de ações de promoção e prevenção; garantia dos três níveis de atenção; articular a promoção, prevenção e recuperação e a abordagem integral do indivíduo e ter o acesso como o primeiro passo para a integralidade. Para tal, necessita ainda a integração dos serviços em forma de rede, na tentativa de responder ao sofrimento do outro, modificando ações e procedimentos técnicos básicos⁽⁴⁻⁶⁾.

Embora a integralidade seja considerada eixo estruturante das ações em saúde no SUS, observa-se que os profissionais das ESF tendem a realizar práticas de cuidado

voltadas a resolução dos sintomas do usuário sem articulação com seus contextos de vida, relações sociais e características capaz de determinar suas condições de saúde. A utilização de tecnologias leve-duras são adotadas como cuidado em detrimento ao reconhecimento das demandas do usuário que possam estar além das doenças, reforçando ações de caráter curativo-assistencial⁽⁷⁾, e quando a problemática é violência essa situação torna-se invisível e as soluções são repassadas a outros setores, não cabendo a saúde resolver situações de ordem social⁽⁸⁾.

A partir dessa perspectiva, por meio da revisão da literatura e dos dados empíricos conhecer as situações de violência identificadas pelos profissionais da saúde da família em seu cotidiano de trabalho, além de oportunizar a visibilidade dessa problemática no campo da saúde, para isso formulam-se as seguintes questões norteadoras: **Como os profissionais da saúde da família identificam e atuam frente à problemática da violência nos serviços de saúde, pensando sob o eixo da integralidade? Quais são as dificuldades que enfrentam os profissionais da saúde da família para atuarem diante da violência?** Frente às questões, estruturou-se o objetivo do estudo: conhecer as práticas de cuidado dos profissionais da saúde em relação aos usuários em situação de violência, sob o eixo da integralidade em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

■ CAMINHO METODOLÓGICO

Para atingir o objetivo proposto, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa⁽⁹⁾. Realizou-se o estudo nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Participaram do estudo 12 profissionais que atuavam nas cinco ESFs do município, sendo 4 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 2 dentista e 2 médicos. Adotou-se como critério de inclusão: atuar nas unidades de ESF há mais de seis meses e estar desenvolvendo suas atividades no período da coleta dos dados e como critério de exclusão estar em licença para tratamento de saúde ou em férias. Utilizou-se a saturação das repostas para considerar o total de participantes suficiente⁽¹⁰⁾.

Para a coleta dos dados, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada, na qual correspondeu à caracterização dos profissionais e a combinação de perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada⁽¹⁰⁾.

As entrevistas foram realizadas em uma sala apropriada nas unidades de ESF, para as quais solicitou-se a gravação

em MP3, com a finalidade de registrar com fidedignidade a fala do sujeito para análise. Com o intuito de preservar sua identidade, a cada um dos entrevistados atribuiu-se respectivamente letras, enfermeiro “E”, Médico “M”, Dentista “D”, Técnico de Enfermagem “TE” e o número de forma sequencial em cada categoria profissional de acordo com a ordem das entrevistas. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a setembro de 2011.

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temático proposta por Minayo⁽⁹⁾. Após a transcrição das entrevistas, estas foram lidas e analisadas de forma a aproximar-se com o todo, e os temas e significados comuns foram classificados em um mesmo eixo temático⁽⁹⁾. A partir disso, construiu-se o eixo temático: **Práticas de saúde aos usuários em situação de violência – elementos do (des) cuidado integral** com os subeixos: *Práticas de cuidado centradas nos aspectos biológicos, Práticas de cuidado fragmentadas e o despreparo no cuidar de usuários em situação de violência.*

Consideraram-se as normas da Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996, para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, tendo o estudo sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob processo nº23081.005747/2011-68.

■ APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Práticas de saúde aos usuários em situação de violência – elementos do (des) cuidado integral

Práticas de cuidado centradas nos aspectos biológicos

Os achados deste estudo mostram que as práticas de cuidado dos profissionais aos usuários em situação de violência encontram-se centradas nos agravos resultantes de lesões físicas. Observa-se que as práticas de saúde geralmente são pautadas nos eventos de ordem física e de diagnóstico clínico, com abordagem nas lesões e disfunções orgânicas. Os eventos que não vão ao encontro dos achados clínicos permanecem excluídos de diagnósticos e do plano terapêutico^(8,11).

Na maioria das falas dos profissionais das equipes de saúde investigadas, observou-se que, em seu cotidiano de trabalho a violência física ganha maior destaque. Pode-se inferir que isso acontece pelo fato de se manifestar por meio de sinais e sintomas explícitos como “agressão física, lesão corporal ou contato físico”, o que reforça a centralidade das ações em saúde na dimensão do paradigma biológico para reconhecimento da violência⁽¹²⁻¹³⁾.

[...] relato de sinais, no exame físico, na lesão, contusão ou corte contuso [...] criança com fratura no braço [...] violência contra idosos [...] tu começa a suspeitar dos hematomas, principalmente em pessoas acamadas (M1).

[...] uma senhora de sessenta anos referindo lombalgia, percebi que estava muito tensa [...] quando eu vi tinha um hematoma enorme nas costas dela, ela levou uma paulada do marido em casa, o marido quebrou uma cadeira nas costas dela [...] paciente da área, uma vez ela veio com o braço quebrado, outra vez com a face cortada (M2).

Neste sentido, o biologicismo das intervenções em saúde presente na prática dos profissionais desse estudo leva a abordagem e atuação sobre a lesão, desqualificando os motivos que a gerou. Sabe-se que conhecer os aspectos que envolvem o corpo e os locais mais frequentes dos ferimentos originados pela violência física é importante quando se suspeita de algum caso, porém as dimensões a serem observadas precisam transcender aos aspectos puramente biológicos. Assim, ações como a escuta do usuário propostas no princípio da integralidade buscam a identificação de demandas socioculturais e políticas não atendidas geradoras da violência às quais quando trabalhadas em um projeto de enfrentamento com o usuário direcionam-se para a resolubilidade do problema⁽¹⁴⁾.

A integralidade é um princípio norteador do SUS. A qual busca promover a integração dos serviços por meio de redes assistenciais, necessitando assim da humanização dos serviços ofertados aos usuários em situação de violência e dos profissionais de saúde. Como ferramentas, faz-se necessário a utilização das tecnologias leves disponíveis em suas abordagens, garantindo ao usuário acessibilidade, resolubilidade e ou encaminhamentos necessários aos casos de violência⁽⁴⁾.

A reorganização dos serviços na perspectiva da integralidade vem se mostrando um dos maiores desafios do trabalho em saúde. Um dos desafios se refere à instrumentalização profissional, pois a maioria possui formação voltada ao modelo cartesiano e médico-centrado. Com isso, desenvolvem o cuidado aos usuários em situação de violência pautado no modelo biológico, nas especialidades, não contemplando um contexto dinâmico, relacional e complexo que envolve o indivíduo⁽¹⁵⁾. As falas expressam essas constatações:

[...] faz o atendimento médico propriamente dito [...] (M1).

[...] uma mulher jovem [...] chegou com machucados e escoriações, ninguém sabia o que tinha acontecido [...] ficou fazendo curativo várias vezes (vítima de violência doméstica) (TE1).

As falas atestam a dimensão “medicalizadora” frente à problemática da violência. Isso reflete o excesso de intervencionismo médico sobre os corpos e vida das vítimas, estando relacionado ao poder médico. Os profissionais acabam intensificando o desuso da integralidade no atendimento ao usuário, na qual a equipe não dá conta da demanda e necessidades trazida pela população adscrita⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

As práticas de cuidado dos profissionais de saúde direcionadas aos usuários em situação de violência na atenção básica não contemplam a atenção integral preconizada pelas diretrizes e princípios do SUS. Primeiramente, identificou-se que as condutas frente aos casos de violência são diversificadas, sendo que “[...] cada profissional de saúde elabora estratégias próprias para o atendimento às situações de violência no seu cotidiano de trabalho de acordo com suas concepções”⁽¹⁸⁾. Essa expressão é encontrada fortemente nas falas,

As condutas são várias a gente tenta acalmar o paciente, fazer com que ele conte na ética profissional [...] (M2).

[...] a gente tenta conversar, orientar, esclarecer e ouvir [...] (TE1).

Você vai entrevistar os outros [...] eu notifico, converso [...] (E1).

Evidencia-se nas falas tentativas de inserir nas práticas de cuidado a escuta e o diálogo com os usuários em situação de violência. Estudo mostra que quando as ferramentas relacionais são utilizadas pelos profissionais da saúde junto às famílias vulneráveis à violência, principalmente durante as visitas domiciliares, contribuem na identificação da violência familiar, principalmente se tratando da doméstica. Pois estas percebem que não estão sós e que os profissionais conhecem seus problemas e assumem responsabilidades⁽¹⁴⁾.

Seguindo as análises, identificou-se que essa problemática não se coloca em discussão nas reuniões de equipe, assim como não são organizadas ações de intervenção, enfrentamento e prevenção. O tema violência é discutido somente quando este faz parte de um evento biológico e que seja trazido por algum integrante da equipe.

[...] nas nossas reuniões é protocolo discutir casos, mas até hoje a gente não teve caso específico de violência (D2).

[...] a gente até se mobiliza, mas normalmente é quando vem externa, a não ser o conselho trouxe uma situação [...] mas partindo da equipe a gente não tem iniciativa nesse tema de trabalho (TE2).

O fato de não discutir esse fenômeno na equipe como rotina, resulta em práticas de cuidado individualizadas

e não efetivas, o que leva a (re)vitimização dos usuários, produto da forma “instituída” nos serviços de saúde de negligenciamento de tais situações. Ou ainda de integrá-lo apenas de forma pontual as ações assistenciais, permanecendo na obscuridade tal problemática e a manutenção das situações de violência. Assim, para melhor integração dentro da equipe, os casos de violência precisam ser primeiramente discutidos para a construção de instrumentos para trabalhar o assunto, de modo que proporcione uma assistência de melhor qualidade às vítimas da violência.

Práticas de cuidado fragmentadas e o despreparo no cuidar de usuários em situação de violência

Além da dificuldade de inserir os elementos relacionais em suas práticas de cuidado, os participantes têm dificuldades em trabalhar com seus limites, transformando-os em impotências humanas⁽¹⁸⁾. Além disso, por não reconhecerem esse problema como do campo da saúde, acabam utilizando-se de estratégia de encaminhamento dos usuários agredidos a outros serviços, não tomando para si a responsabilidade de enfrentamento e intervenção.

[...] suspeitou da violência e entrou em contato com o conselho tutelar [...] (M1).

[...] no que se faz os pontos aqui e não no hospital, nós aconselhamos, não mandamos, que procurem as autoridades que prestem esclarecimento, para que isso não venha a piorar a situação dele [...] muitos já vem com o Boletim de Ocorrência (BO) na mão (TE4).

De acordo com a OMS (2002)⁽¹⁹⁾ a violência requer a intervenção de diversos setores para que se possa resolver o problema, e esses profissionais estão adotando medidas consoantes com as recomendadas por este órgão. Somase a isso a ideia de que integralidade pode ser construída desde o momento em que o usuário em situação de violência passa a ter a garantia do atendimento oferecido pela rede de atenção primária. No entanto, observa-se que nem sempre isso acontece e as práticas de cuidado andam em uma linha descontínua, na qual o usuário é atendido por vários setores desconectados, existindo um “parcelamento” dos processos de trabalho em atividades fragmentadas⁽¹⁸⁾.

Observa-se a fragmentação das práticas, e isso pode estar relacionado à naturalização da violência e ao despreparo dos profissionais de saúde para enfrentarem esses atendimentos, também é resultante da fragilidade política e do pouco envolvimento institucional. Quando se trata de violência à criação de vínculo é fundamental

para que exista a colaboração e co-responsabilização da equipe e do usuário⁽¹⁸⁾.

Além disso, a dificuldade no acesso aos especialistas na maioria das vezes, devido grande fila de espera e a falta de profissionais certamente afetará o vínculo do usuário com a equipe, podendo ser interpretado como descompromisso do serviço de saúde na resolubilidade do problema do usuário. Ao mesmo tempo, os profissionais devem entender que ações isoladas não são eficazes quando o assunto é violência⁽⁷⁾.

Fazer encaminhamentos sem antes ter esgotado as possibilidades de diagnóstico na ESF, mostra uma desresponsabilização da equipe no cuidado ao usuário em situação de violência. Isto não significa que encaminhar a outros serviços de apoio não seja necessário, mas ressalta-se o acolhimento da equipe como essencial para o atendimento e acompanhamento juntamente com das demais especialidades do serviço da rede⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, a equipe não deve ver os serviços especializados como a única forma de resolubilidade aos casos existentes. Porém, quando o assunto é violência encontra-se ainda muitas dificuldades, pois estes serviços, muitas vezes, não são capazes de fornecer apoio e continuidade ao atendimento^(14,17).

Destaca-se que, para se trabalhar em rede, não basta apenas ter a articulação entre os serviços, mas sim, é necessário que os serviços desenvolvam suas atividades e que estas resultem em um denominador comum, no qual seja a resolubilidade ao sujeito/usuário. Nesse sentido, os estudos sugerem a horizontalidade, a separação dos recursos e informações, ou seja, novas formas de reunir parcerias como condições básicas para a construção de redes^(17,20).

O princípio da integralidade pode ser desenvolvido no setor saúde quando a equipe inserida na estratégia de saúde da família esteja realmente envolvida com a proposta de mudança, principalmente no modelo assistencial, já que a integralidade requer ir além dos sinais e sintomas patológicos, escutando e atendendo as queixas trazidas pelos usuários que procuram o serviço de saúde. Nesta amplitude "a integralidade em saúde relaciona necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde"^(18,12).

Seguindo as análises, evidenciou-se que os profissionais não se sentem preparados para agir sobre aspectos da violência, que vão além do que é biológico.

Existe dificuldade porque a gente também não consegue entrar muito na história do paciente [...] até agora eu nunca recebi nenhum treinamento para lidar com a violência [...] (M2).

[...] vem uma gripe, vem uma epidemia para isso a gente tem preparo, para essas coisas que envolvem coisas extras (Violência) que não envolvem aspectos plenamente físicos muitas vezes a gente tem dificuldades (M1).

Esse despreparo para atender casos de violência por profissionais da ESF também foi evidenciado em estudo realizado na cidade de São Paulo em serviços da atenção básica. Além disso, são preparados para atenderem aos usuários que advenham de eventos que não envolvam assuntos extras como gripe, hanseníase, diabete ou hipertensão. Porém, não utilizam da integralidade como eixo norteador de suas práticas no atendimento ao usuário em situação de violência, ou seja, não estão acostumados a cuidar do indivíduo como um ser integral, e sim somente em sua patologia⁽⁸⁾.

Atender a um usuário em situação de violência requer muito mais do que o atendimento básico oferecido pelo serviço de saúde, encaminhamentos e medicalização. O profissional deve levar em conta, durante o atendimento, o que significou para ela ter sido agredido e o que isso representa em sua vida⁽¹⁵⁾.

No cuidado ao agredido e ao agressor, é necessário o não julgamento dos envolvidos, uma vez que a responsabilidade do profissional é de orientar para que possam mudar seu comportamento e não de tomar decisão por eles. Assim, para se trabalhar na perspectiva da integralidade, necessita-se haver mudanças nas práticas de cuidados individuais e coletivos se fazem necessárias no sentido de valorizar a criação de vínculo, o acolhimento, autonomia e a subjetividade no trabalho em saúde, considerando as necessidades individuais de cada sujeito^(7,14).

A partir do momento em que as práticas profissionais pautarem-se na perspectiva da integralidade, é de suma importância que não sejam reduzidas apenas a abordagem biologicista, mas seja visto os aspectos culturais, da vida social e do contexto familiar. O contato do profissional com o usuário permite conhecer suas necessidades, e o acolhimento de suas necessidades oportunizando a construção de um cuidado continuado e a co-responsabilização pela construção do projeto terapêutico⁽²⁰⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer as práticas de cuidado dos profissionais das equipes de saúde da família frente aos usuários em situação de violência na perspectiva da integralidade. Evidenciou-se que as ações se restringem ao atendimento clínico individual, focado no tratamento da lesão e, portanto, patologizante e medicalizante, alicerçado nos princípios do modelo biomédico.

Os resultados revelam que existe tentativas de práticas de cuidado alicerçadas na escuta, no acolhimento, na co-responsabilização e no vínculo, ações que podem contribuir para que os sujeitos consigam sair da situação de violência, embora os profissionais não se sintam, muitas vezes, preparados para lidar com essa problemática.

Assim, pensa-se que a instrumentalização dos profissionais da saúde, pode ser uma estratégia para a qualificação desses profissionais alicerçada na integralidade como princípio. A discussão e a reflexão sobre possibilidades de práticas de cuidado a usuários em situação de violência na ESF, pode contribuir para o início de um atendimento capaz de desmistificar e romper com pré-conceitos e ser mais eficiente e resolutivo.

Salienta-se que o estudo foi realizado em determinada realidade e contexto, o que pode não representar generalização dos dados, porém revela dados importantes para pensar estratégias e ações do processo de trabalho que podem ser potencializados, a fim de buscar uma atenção humanizada e integral em saúde. Além disso, traz contribuições no campo da pesquisa e do ensino, agregando elementos fundamentais para repensar o processo de formação dos profissionais da área da saúde, em especial, do profissional enfermeiro alicerçado nos princípios e diretrizes do SUS.

Considera-se relevante também criar a dimensão da co-responsabilidade de todos os cidadãos no enfrentamento das várias formas de violência, estimulando o uso da integralidade em suas práticas de saúde. Sugere-se a construção de políticas públicas locais que trabalhem ações de promoção e prevenção da violência, de forma a atender as necessidades dos usuários agredidos, agressores e familiares, garantindo a resolubilidade e o funcionamento das redes de apoio.

■ REFERÊNCIAS

1. Minayo, MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
2. Waiselfisz, JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2011 [citado 2014 jan 12]. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Cartilha da Política Nacional de Humanização, Brasília; 2006.
4. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade na atenção e integração de serviços de saúde: desafio para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:5331-6.
5. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. [citado 2011 ago 25]. Disponível em: http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf.
6. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004 set-out; 20(5):1417-23.
7. Mattioni FC, Budô MLD, Schimith MDO. Exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto Contexto Enferm*. 2011 abr-jun; 20(2):263-71.
8. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(3):1943-52.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
11. Cocco M, Silva EB, Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(3):491-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a11.htm>.
12. Rosa R, Boing AF, Schraiber LB, Coelho EBS. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 2010 jan/mar; 14(32):81-90.
13. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008 jan-fev;16(1):136-41. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
14. Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC. As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2004. 175p.
15. Ferreira RC, Chirelli MQ, Pereira AG. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(2):177-85.
16. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012;17(2):555-60.
17. Lima MADS, Ruckert TR, Santos JLG, Colomé ICS, Acosta AM. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009 dez;30(4):625-32.
18. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):5-15.
19. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
20. Costa MC, Lopes MJM. Elementos da integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5):1088-95.

■ Endereço do autor:

Marta Cocco da Costa
Av. Independência, 3751, Vista Alegre
98300-000, Palmeira das Missões, RS
E-mail: marta.c.c@ufsm.br

Recebido: 11.06.2013

Aprovado: 17.03.2014