

## Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde

*Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care*  
*Violencia contra los niños y adolescentes: el punto de vista de la atención primaria de salud*

**Diene Monique Carlos<sup>1</sup>, Elisabete Matallo Marchesini de Pádua<sup>2</sup>, Maria das Graças Carvalho Ferriani<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Assessoria Pedagógica. Campinas-SP, Brasil.

### Como citar este artigo:

Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(3):511-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>

Submissão: 07-01-2016

Aprovação: 03-12-2016

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o cuidado realizado por Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto a famílias envolvidas na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Método:** Pesquisa qualitativa, fundamentada no Paradigma da Complexidade. A coleta de dados foi realizada com 41 profissionais, por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: "Tudo desemboca aqui", que reflete o lugar legitimado das UBSs para a população e as ações realizadas para construção do cuidado às famílias; e "A gente só faz o que é indispensável mesmo", que traz o olhar para a violência ainda pautado no paradigma positivista e biomédico. **Considerações finais:** O modelo de compreensão e construção dos processos de trabalho na UBS é estruturado no último paradigma citado. O enfermeiro tem a possibilidade de se colocar como um agente de mudanças, tanto na formação dos profissionais quanto no cuidado pensado e executado junto às comunidades.

**Descritores:** Violência Doméstica; Criança; Adolescente; Família; Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the care provided by Basic Health Units (BHU) to families involved in domestic intrafamily violence against children and adolescents. **Method:** Qualitative research, based on the Paradigm of Complexity. Data collection was performed with 41 professionals through focus groups and semi-structured interviews. **Results:** The following categories emerged from data analysis: 'Everything comes here', which reflects the legitimate place of BHUs for the population and the actions taken to build care for families; and 'We only do what is really necessary', which brings the look to violence still based on the positivist and biomedical paradigm. **Final considerations:** The model of understanding and construction of work processes in the BHU is structured in the aforementioned paradigm. Nurses have the possibility to become agents of change, both in professionals' training and in the care thought and provided to communities.

**Descriptors:** Domestic Violence; Child; Adolescent; Family; Primary Health Care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la atención proporcionada por las Unidades Básicas de Salud (UBS) con las familias involucradas en la violencia doméstica intrafamiliar contra los niños y adolescentes. **Método:** Investigación cualitativa, basada en el paradigma de la complejidad. La recolección de datos se realizó con 41 profesionales a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** Las siguientes categorías surgieron del análisis de los datos: 'Todo termina aquí', lo que refleja el lugar legítimo de la UBS para la población y las medidas adoptadas para la construcción de la atención a las familias; y 'Sólo hacemos lo que sea realmente necesario', que trae el ojo a la violencia todavía gobernado en el paradigma positivista y biomédico. **Consideraciones finales:** El modelo de comprensión y construcción de los procesos de trabajo en la UBS se estructura en el paradigma previamente citado. Los enfermeros tienen la oportunidad de ser agentes de cambio en la formación de profesionales, y en la atención pensada y realizada en las comunidades.

**Descriptor:** Violencia Doméstica; Niños; Adolescente; Familia; Atención Primaria de Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Diene Monique Carlos

E-mail: diene\_enf@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil, configura-se como a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhoria dos indicadores de saúde. No contexto brasileiro, grandes esforços têm sido efetuados para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, principalmente com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais recentemente, da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A APS constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde<sup>(1)</sup>.

A APS, que se desenvolve por meio do trabalho em equipe, com gestão e cuidado democráticos e participativos direcionados a populações em territórios definidos, possui tecnologias de cuidado complexas e diversificadas para o acolhimento de toda a demanda, necessidade de saúde ou sofrimento da população. A APS é desenvolvida com o mais alto grau de capilaridade e descentralização, próxima à vida das pessoas<sup>(1)</sup>.

Dentre as demandas acolhidas pela APS, encontra-se a violência, aqui entendida como o uso intencional de força física ou poder contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em injúria, morte, dano psicológico, alteração no desenvolvimento ou privação<sup>(2)</sup>. Cerca de 2,5% da mortalidade mundial é resultante de vários tipos de violência, e, diariamente, milhares de pessoas são vítimas de violências não fatais. A violência é a quarta causa de mortalidade na faixa etária de 15 a 44 anos<sup>(3)</sup>. No Brasil, crianças e adolescentes são as principais populações acometidas por este agravo<sup>(4)</sup>. De acordo com a OMS, a violência contra esses atores inclui a violência física, psicológica, sexual, negligência e a exploração comercial ou outra, em um contexto de responsabilidade, confiança e/ou poder<sup>(4)</sup>. O principal local de ocorrência da violência contra essa população é o espaço do lar, e os principais autores são os familiares<sup>(4)</sup>. Neste trabalho, utilizar-se-á o termo “violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes” (VICCA), seguindo as recomendações da OMS.

A intervenção junto a famílias envolvidas na VICCA ainda se apresenta como um desafio aos setores saúde, justiça, direitos humanos, entre outros. Pressupõe-se que as equipes atuantes na APS possuam um espaço privilegiado para acessar e identificar possíveis situações de VICCA. Entretanto, devido às especificidades do fenômeno, vivem a dicotomia de romper o silêncio tão presente nessas situações. Corroborando o pressuposto, o Ministério da Saúde propõe a integração dos recursos disponíveis à atenção em uma rede de cuidados, orientada pela APS, segundo o modelo da linha de cuidado<sup>(4)</sup>.

Uma das características importantes para o manejo da VICCA, apontada pela literatura, é a dificuldade de identificar os casos suspeitos e intervir neles, devido à complexidade das circunstâncias e ao despreparo dos profissionais para lidar com os mesmos<sup>(5-7)</sup>. Dadas às lacunas ainda existentes na literatura científica, traz-se a seguinte questão norteadora: Quais as reais ações construídas pela APS no que concerne ao cuidado às famílias envolvidas na VICCA?

Entende-se que o olhar para o cuidado às famílias envolvidas na VICCA a partir das equipes de saúde da APS, as quais

estão mais próximas à vida das pessoas, com referencial teórico que permita a compreensão e a contextualização das ações desenvolvidas por essas equipes, tornarão mais transparentes as experiências e os desafios ainda existentes neste âmbito. O referencial teórico citado é o Paradigma da Complexidade, o qual propõe a abordagem daquilo que é “tecido junto”, implicando considerar as partes distintas, e às vezes contraditórias, que se articulam na composição do fenômeno, inseridas num contexto, em perspectiva dialógica<sup>(8)</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi analisar o cuidado realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde junto a famílias envolvidas na VICCA, em um município do interior do estado de São Paulo.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado em 14/11/2012, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cumprindo-se as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos participantes consentiram espontaneamente em participar do estudo, cuja realização foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde em 18/05/2012 e pelos coordenadores distritais e locais das UBSs do município em questão.

### Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Estudo com abordagem qualitativa, configurando-se como uma pesquisa social estratégica, ancorada pelo Paradigma da Complexidade, cujas noções de compreensão e contextualização guiaram o presente percurso teórico-metodológico. A compreensão busca apreender o significado de um objeto ou acontecimento e suas relações com outros objetos ou acontecimentos, constituindo “feixes de relações, que por sua vez se entrecruzam, se articulam em teias, em redes, construídas socialmente e individualmente, e em permanente estado de atualização”. A contextualização consiste em estratégias que busquem a compreensão de determinado fenômeno inserido em um contexto, e não isolado dele<sup>(9)</sup>.

Além das noções anteriormente citadas, recorreu-se aos princípios dialógico, recursivo e hologramático do Paradigma da Complexidade. O primeiro requer a conjugação e a associação de fatores contraditórios na análise de um determinado fenômeno. O segundo diz respeito à recursão organizacional, remetendo à imagem do redemoinho, ressaltando que o “processo recursivo é um processo em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquilo que os produziu”<sup>(10)</sup>. O terceiro busca a imagem do holograma, na qual cada ponto contém a quase totalidade da informação sobre o objeto representado, de maneira que não apenas a parte está num todo, mas o todo está inscrito, de certa maneira, na parte<sup>(8-10)</sup>.

## Procedimentos metodológicos

### *Cenário do estudo*

O campo de estudo foi um município do interior do estado de São Paulo, que ocupa uma área de 796 km<sup>2</sup> e possui uma população de 1.144.862 habitantes. Possui 62 UBSs organizadas a partir de equipes de saúde da família, sendo aproximadamente uma UBS para cada 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais compostas por médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, ginecologistas-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário. Algumas UBSs possuem profissionais de apoio em saúde mental (médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais).

### *Fonte de dados*

Os participantes deste estudo foram os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: (i) incluir uma UBS de cada distrito de saúde, de acordo com a disponibilidade e autorização da coordenação distrital e local; (ii) considerar apenas os profissionais que trabalhavam há pelo menos 1 (um) ano na UBS estudada e que exerciam ações junto a famílias envolvidas na VICCA; (iii) considerar tais profissionais em número suficiente para que houvesse reincidência e saturação das informações. O “ponto de saturação” foi relacionado à profundidade com a qual os objetivos deste estudo foram alcançados, bem como à compreensão e contextualização do objeto de pesquisa. De acordo com os critérios acima, e a disponibilidade e organização distrital e local das UBSs, foram definidas as cinco UBSs participantes. Os profissionais participantes foram designados pelas equipes locais, havendo variação no número de participantes e de categorias profissionais de cada UBS, totalizando 41 profissionais.

### *Coleta e organização dos dados*

Os dados foram coletados por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas, por uma das pesquisadoras do estudo. O processo de seleção das UBSs participantes iniciou-se em 14/01/2013, envolvendo reuniões com os dirigentes dos Distritos de Saúde do município estudado. Após a definição, baseada na disponibilidade e organização da equipe local, a coleta de dados foi realizada no período de 24/04/13 a 17/12/13. As UBSs participantes foram designadas pelos números 1, 2, 3, 4 e 5, de acordo com a sequência de realização da coleta de dados, a fim de manter a sua identidade sob sigilo.

Os grupos focais foram realizados a partir da seguinte questão: Como se dá o cuidado às famílias envolvidas na VICCA? Além dessa questão, os profissionais foram caracterizados quanto à idade; sexo; núcleo profissional; formação; tempo de formação; tempo de atuação na UBS; presença ou ausência de conteúdo sobre violência na formação profissional; participação em cursos sobre a temática violência durante o tempo de trabalho na UBS. As reuniões de grupos focais tiveram a duração aproximada de 90 minutos e foram realizadas em sala com boa acústica e luminosidade, livre de interrupções. Conforme indicação da literatura, os grupos contaram com a participação de

uma relatora, uma observadora e uma moderadora; foram identificados como Gp1, Gp2, Gp3, Gp4 e Gp5, de acordo com a sequência em que os mesmos foram realizados.

Após o grupo focal, as entrevistas previamente agendadas foram realizadas com os profissionais, cuja seleção levou em consideração a heterogeneidade dos núcleos profissionais. O roteiro possuía duas questões abertas e norteadoras, que permitiram um olhar singular do participante sobre o objeto de estudo, a saber: 1) Diante de um caso suspeito ou confirmado de VICCA, como se dá a atuação da equipe de saúde? 2) Quais as ações realizadas frente a estas situações?

As entrevistas tiveram duração aproximada de 20 minutos, foram identificadas com a letra E, e numeradas de acordo com a sequência em que foram realizadas: E1, E2, E3 e assim sucessivamente. A categoria profissional dos sujeitos entrevistados não foi destacada, exceto quando existiram informações específicas em que a diferenciação da categoria traria implicações para a análise. Através da análise processual dos dados, os pesquisadores perceberam que houve saturação dos dados após a décima entrevista e, a partir desse momento, finalizaram a inclusão de atores no estudo.

A gravação das entrevistas e dos grupos focais foi autorizada, sob garantia de anonimato. As gravações foram realizadas através do programa Easy Voicer, em aparelho com tecnologia MP5, sendo, posteriormente, transferidas para um microcomputador e transcritas na íntegra.

### *Análise dos dados*

A análise dos dados compreendeu as seguintes etapas<sup>(9)</sup>: (a) classificação e organização das informações coletadas, realizadas por meio da leitura atenta do material e da identificação dos principais pontos das entrevistas e debates dos grupos, observando-se a pertinência e a relevância para o objeto de estudo; (b) organização de quadros referenciais com os principais pontos das respostas dos profissionais, de forma que os pesquisadores tivessem uma visão do conjunto das informações que possibilitasse categorizá-las; (c) estabelecimento de relações entre os dados por meio da organização em categorias, que se constituíram pelo agrupamento de elementos, ideias e/ou expressões em torno de conceitos capazes de abranger todos esses aspectos.

## RESULTADOS

### *Caracterização dos participantes*

Os participantes foram: 17 agentes comunitários de saúde; 4 auxiliares de enfermagem; 4 enfermeiros; 1 terapeuta ocupacional; 4 médicos pediatras; 2 psicólogos; 1 médico psiquiatra; 2 médicos clínicos; 1 auxiliar de saúde bucal; 5 residentes em saúde multiprofissional. Seis profissionais participantes eram do sexo masculino, e o restante, do sexo feminino. A maioria dos profissionais tinha entre 31 e 40 anos de idade, havia concluído curso técnico ou superior há 1–5 anos, e trabalhava na UBS pesquisada há 1–5 anos.

No grupo estudado, 56% (n = 23) dos profissionais relataram ter recebido instruções e informações sobre violência durante a sua formação acadêmica; 41,5% (n = 17) dos profissionais relataram não ter recebido essas informações; um profissional

não respondeu. Esse número foi maior nas UBSs dos distritos onde os profissionais eram mais jovens e tinham menor tempo de formação, o que pode indicar a recente incorporação do conteúdo de violência aos currículos de cursos de graduação e de nível médio profissionalizante. Cerca de 51,2% (n = 21) dos profissionais relataram nunca ter participado de cursos de capacitação oferecidos pela prefeitura do município em questão visando prepará-los para lidar com a problemática da violência, durante o período de trabalho nas UBS. Dentre os 44% (n = 18) dos profissionais que relataram ter recebido capacitação, a maioria (25,7%, n = 5) era agente comunitário de saúde; os demais (4,8%, n = 2) não responderam à questão.

A seguir, são apresentadas as ações realizadas frente à VICCA no contexto da APS por meio de duas categorias: "Tudo desemboca aqui"; e "A gente só faz o que é indispensável mesmo".

### **Categoria I: Tudo desemboca aqui**

O lugar da APS como centro da atenção e de reorganização do sistema de saúde foi reconhecido pela população e, de certa forma, questionado pelos profissionais:

*O centro de saúde está bem no centro, todo mundo desemboca aqui... (Gp 2)*

*Vem aqui pra pedir de tudo que você imaginar, acho que é o lugar mais próximo, porque... É o único serviço que tem. (Gp 1)*

Geralmente, as famílias envolvidas na VICCA adentraram a UBS por meio do espaço do acolhimento ou de notificações vindas do Conselho Tutelar. Outra forma, que ocorreu com menor frequência, foi a percepção da VICCA durante os atendimentos pediátricos e visitas dos agentes comunitários de saúde às famílias. A comunidade tinha a UBS como referência e também a procurava para apresentar demandas relacionadas à VICCA.

Alguns profissionais relataram que a identidade das UBSs era ambivalente, pois elas atuavam apenas como pronto atendimentos e não executavam ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde.

*Se eu conhecesse toda a minha área, se eu conhecesse todas as famílias... Se eu conseguisse ter um contato maior com eles talvez esses casos de violência aparecessem mais. Mas eu não tenho! Eu faço o acolhimento ali, de gente que é da minha equipe, de gente que não é da minha equipe, faço as consultas de adultos, mas eu não conheço a minha população. (Gp 4)*

O "acolhimento" citado na fala transcrita acima assumiu a função de atendimento a queixas agudas, realizado, geralmente, por um auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro. Assim, na prática, o local do "acolhimento" passou a ser um espaço para entrada da demanda espontânea.

Após as etapas de identificação e acolhimento, os profissionais traçaram diferentes estratégias de cuidado, as quais tiveram caráter singular e incluíram visitas domiciliares pontuais e consultas individuais. Os depoimentos dos profissionais revelaram

que as reuniões de equipe tinham significado positivo, sendo identificadas como um espaço legitimado e reconhecido:

*Então, o grande potencial eu acho que está na conversa da equipe, na troca de ideias, nessa reunião que a gente faz e hoje é natural isso, o caso veio, chegou aqui e não vem primeiro para a psicóloga, vai primeiro para a reunião e todos juntos pensamos em potencialidades. (E 1)*

O atendimento dos casos de VICCA pelos profissionais da área de saúde mental foi uma questão dialógica presente nas UBSs. A configuração das equipes da APS do município pressupunha que esses profissionais realizassem o matriciamento nas equipes de saúde da família. Em algumas UBSs, as famílias envolvidas na VICCA ficaram sob a responsabilidade dos profissionais de saúde mental, por entender-se que eles eram os únicos profissionais capacitados para assisti-las.

*Eu acho que tudo, até as coisas que não é, tudo que é do Conselho vem direcionado para Saúde Mental, mesmo questão de vacinação, consulta, as pessoas não têm um trabalho de ver o que significa, entendeu? (Gp 1)*

*Porque a primeira coisa que bagunça a vida de uma pessoa é a cabeça dela, o psicológico dela... Então eu acho que isso é direcionado pra pessoas que tem um entender melhor do que passa na cabeça das pessoas né... O que uma violência pode gerar futuramente, ou instantaneamente... (Gp 4)*

A partir da análise dos resultados do presente estudo, observou-se que o significado do matriciamento não foi compreendido por alguns profissionais. Esta questão está intimamente relacionada com a situação discutida a seguir, que é a dificuldade dos profissionais em lidar com o fenômeno da violência. A identificação, o acolhimento, a corresponsabilização, a não fragmentação entre mente e corpo, bem como toda a linha de cuidado que pode derivar dessas ações frente aos casos de violência, ainda se apresentam como desafios.

### **Categoria II: A gente só faz o que é indispensável mesmo**

A discussão do lugar da violência doméstica na saúde é pertinente, especialmente na esfera da APS, pois tem implicações diretas nas ações desenvolvidas para lidar com esta problemática. Os relatos a seguir revelaram que, tanto para as instituições e setores como para os profissionais, o lugar da violência ainda está indefinido e ambivalente.

*Eles [demais setores de proteção à infância e adolescência] acabam ocupando a saúde muito no lugar de vigilância... (Gp 4)*

*Na verdade, esse tipo de situação não cabe a nós ir diretamente de cara [...]. Nesse caso, nós somos o serviço secundário. Não dá para ser assim de cara o espelho, os dentes da frente... (Gp 3)*

*Mas, como eu vou dizer pra você, eu procuro assim me envolver só na área da saúde mesmo, com a mãe que está com dificuldade para amamentar, você entendeu? (E 10)*

Os relatos colhidos no presente estudo evidenciaram que os profissionais: não estavam sensibilizados para perceber a violência como problema de saúde; e não entenderam o enfrentamento da violência como atividade inerente, prioritária e/ou indispensável na organização da atenção à saúde. Tais apontamentos aparecem nas falas dos profissionais:

*A gente só atende! A gente virou meio que linha de produção, só faz o que é indispensável mesmo, que é visita, coisa que não tem como... (Gp 5)*

Os depoimentos dos profissionais revelaram que as suas dificuldades em lidar com as famílias decorrem, em parte, da falta de treinamento e capacitação contínuos. Esse ponto tornou-se evidente no discurso de profissionais que se colocaram mais próximos das famílias envolvidas na VICCA, os agentes comunitários de saúde:

*É difícil essa coisa da violência, também você caracterizar que há uma situação de violência... né, tirando aqueles do olho roxo, que a gente tem, mas esses já vem sendo acompanhados pela assistência, seja conselho, escola. (Gp 5)*

Segundo um profissional enfermeiro, a dificuldade no manejo de situações envolvendo a violência ocorre desde a formação acadêmica. Conforme observado na caracterização dos sujeitos, 41,5% dos profissionais não receberam informações específicas sobre a temática da violência durante a sua formação acadêmica, e 51,2% dos profissionais não participaram de cursos ou de outras atividades de capacitação sobre violência durante o seu período de trabalho.

Outra dificuldade presente para compreensão do cuidado à VICCA pelos profissionais foi o pensar e o consequente agir sobre/por/para este fenômeno. Esses profissionais se baseavam no modelo apreendido desde a sua formação infantil, marcado pela lógica biomédica e positivista e centrado no entendimento da relação de causa-efeito:

*A gente ter um fluxo melhor para a gente seguir. Porque na hora... é igual acidente de trabalho, a gente tem um fluxo, faz isso, faz aquilo... (E 3)*

*Você quer fazer uma Raio X, você liga pro Fulano, discute, manda aqui vou atender, um dermatologista, manda aqui vou atender... Pronto, você tem uma resposta, na violência é aquela coisa... vai se arrastando, se arrastando. (Gp 5)*

Essa lógica também guiou o cuidado a tais famílias, o qual tem buscado o controle e a cura de determinadas situações, com a fragmentação das intervenções, sem considerar o protagonismo e a autonomia das pessoas.

*E quando alguém resolve fazer alguma coisa, é feito de uma maneira muito grosseira que a gente tem visto. Porque você serve a sua ansiedade e não as especificidades daquela criança, daquele adolescente. Aí você bota ela em atendimento na UNICAMP [Universidade Estadual de Campinas], bota ela no CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] infantil, enfia a mãe em algum grupo do CS [Centro de Saúde], e aí você respira e*

*diz "ah, fiz o meu melhor". Você fez o seu melhor pra você, sem pensar o usuário [...] porque aquilo te responde. (Gp 4)*

## DISCUSSÃO

A APS se configura como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, e intermedeia as ações direcionadas ao cuidado da população, apresentando-se como um complexo e multidimensional sistema<sup>(1,11)</sup>. As dificuldades para compreensão do papel protagonista da APS envolvem múltiplas dimensões: política, cultural e técnica. A hegemonia de sistemas fragmentados de atenção à saúde acaba por direcionar alguns sistemas de saúde para o atendimento de condições agudas e de eventos agudos associados a doenças crônicas. Tal fato potencializa a percepção cultural de desvalorização das funções da APS, bem como das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos<sup>(1)</sup>.

Nesse âmbito, o acolhimento, que emerge como uma das principais tecnologias oferecidas à população na APS, sofre uma compreensão distorcida e, algumas vezes, se põe como barreira ao acesso<sup>(12)</sup>; em sua essência, o acolhimento não é um espaço ou local, mas um posicionamento ético que não pressupõe horários ou profissionais específicos para realizá-lo<sup>(1)</sup>.

A ação do acolher se configura como a principal estratégia para conhecer as famílias, estabelecer vínculos e se responsabilizar por elas, ações essenciais na APS. O acolhimento às famílias envolvidas em situações de VICCA torna-se primordial para humanizar e qualificar o cuidado, bem como para garantir a continuidade do percurso dessas famílias ao longo da linha de cuidado. Esse primeiro contato pode ser definitivo para a vinculação da família<sup>(11)</sup>; recente estudo demonstrou que o acompanhamento de prematuros na APS por fisioterapeutas trouxe aos pais maior suporte e confiança para o cuidado diário de seus filhos<sup>(13)</sup>. A sensibilidade do profissional para perceber situações de violência intrafamiliar é relevante, pois, em grande parte dos casos, tais situações são veladas e "mascaradas" por outras queixas<sup>(14-15)</sup>.

As reuniões de equipe desvelaram-se como dispositivos importantes para a construção do cuidado às famílias envolvidas na VICCA. O núcleo e a autonomia dos profissionais não são suficientes para o cuidado a essas famílias. Portanto, faz-se necessário flexibilizar os limites das competências, proporcionando ações no campo e interdependência entre as autonomias<sup>(15-16)</sup>. A transdisciplinaridade, ainda um desafio para as práticas em saúde e em outros setores, busca a religação de saberes e o trânsito da parte para o todo, do individual para o coletivo, sem extinguir ou desconsiderar o conhecimento nuclear e, ao mesmo tempo, sem ter um olhar reducionista da realidade<sup>(17)</sup>.

Dialogicamente, algumas falas remeteram à responsabilização dos psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, chamados de profissionais da saúde mental, pelo cuidado às famílias envolvidas na VICCA. Conforme pontuado anteriormente, o município estudado possui equipes de saúde da família ampliadas, geralmente com a presença desses profissionais em uma lógica de trabalho direcionada pelo matriciamento. Tal ação tem como objetivo assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pelo

cuidado aos problemas de saúde. O matriciamento configura-se como um arranjo organizacional, ocorrendo por meio de um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe, para ampliar e qualificar seu campo de ação<sup>(18)</sup>. Entende-se que existe íntima relação entre a incompreensão da violência como problema de saúde e a conseqüente falta de priorização e referenciamento do cuidado a este agravo aos “profissionais de saúde mental”.

O momento histórico contemporâneo, marcado como um período de transição paradigmática, tem enfrentado o desafio da crescente complexidade das demandas e dos fenômenos humanos, sociais e naturais; e tem exigido profundas, novas e constantes transformações das formas tradicionais de investigação e análise da realidade, bem como de intervenção nela, nas diversas áreas do conhecimento. Desde o século XX, os novos paradigmas vêm buscando a superação da fragmentação do pensamento e das ações, com a disseminação de uma visão integralizadora e multidimensional do homem e de seu ambiente<sup>(19-20)</sup>. Existem resistências a essas mudanças, uma vez que as tradições e os hábitos encontram-se arraigados na cultura e nas diferentes formas de organização individual e social. Na violência, em especial a VICCA, e na construção do cuidado a essas famílias, os profissionais ainda exercitam o pensamento que comporta a distinção, objetivação, análise e seleção, com foco nos aspectos biológicos<sup>(10,21)</sup>.

A compreensão e o cuidado construídos frente à VICCA são alicerçados no paradigma positivista. A concretude, determinação e ordem das ações (fluxos, radiografias), não se configura como resposta às atuais demandas individuais e sociais<sup>(12)</sup>. Nesse sentido, compreende-se a existência de resquícios do saber-fazer pautado no paradigma tradicional. A noção e o desejo de ordem têm origem na concepção determinista e mecânica do mundo, que percebia a desordem como decorrência da falta de conhecimento dos mecanismos que regiam o mundo, e propunha a disjunção entre filosofia/ciência, numa via redutora. Como consequência, ocorreu a fragmentação dos saberes em campos compartimentalizados e disciplinares que ignoram a visão global do saber. Para estudar um fenômeno ou resolver um problema, dentro do racionalismo cartesiano, dever-se-ia isolá-lo em sua dimensão temporal e decompô-lo em elementos simples, que pudessem ser explicados e verificados por relações lineares de causa-efeito. Essa lógica originou uma redução simplificadora da visão do todo e das partes que o compõem, como se o todo pudesse ser meramente a soma das partes<sup>(10,22)</sup>.

O pensamento complexo não é a destruição das demais construções do conhecimento, ou o abandono da lógica, mas uma combinação dialógica na sua utilização onde é aplicável, e sua transgressão onde passa a não o ser<sup>(8,10)</sup>. Além disso, o pensamento complexo busca superar a separação do conhecimento de seu objeto. No presente estudo, ficou evidente que alguns profissionais da saúde não consideraram certos fenômenos — por exemplo, os transtornos mentais e a violência — como próprios da área da saúde ou correspondentes à visibilidade necessária, corroborando a literatura da área<sup>(15,23)</sup>.

O ser humano se apresenta como a razão e a existência das exigências do cuidar. O cuidado se apresenta como o

“envoltório da vida”, necessário e demandado para que a meta do viver bem seja alcançada. Entende-se que a saúde emerge do complexo constituído pelo indivíduo, pela sociedade e pelo ambiente, sendo, portanto, uma totalidade a qual permite oferecer o conhecimento dos componentes dessa relação quando analisada, mas sem alcançar a plena inteligibilidade. A saúde e a doença são dinâmicas dialógicas que, apesar de serem antagônicas, são semelhantes, pois sempre se referem a diferentes relações na interação do indivíduo com ele mesmo ou com o ambiente<sup>(20,24)</sup>. A violência pode ser compreendida como um fenômeno a ser vislumbrado pelo setor saúde, com respeito à multidimensionalidade inerente a ele.

A proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) guarda estreita relação com o Paradigma da Complexidade, com a abordagem ampliada da atenção em saúde, da autonomia do ser humano, do território, do(s) contexto(s) de intervenção, dos determinantes sociais presentes nesse(s) contexto(s). Entretanto, a formação dos profissionais que atuam na ESF leva à percepção de uma ESF idealizada e de uma ESF real<sup>(25)</sup>. Em um debate sobre o quanto a formação dos médicos, enfermeiros e odontólogos estava adequada à visão ampliada de saúde do SUS/ESF, constatou-se que os profissionais tiveram sua formação pautada na visão fragmentada e disciplinar, não “apreenderam” como se articular com outras profissões e não compreenderam a vida “vívica” pela população<sup>(25)</sup>. A análise da abordagem de casos de violência contra crianças e adolescentes por enfermeiros da APS desvelou que o *habitus* da enfermagem ainda está fortemente ancorado ao modelo biomédico, com a estruturação de seu saber/fazer por meio desses componentes. A abordagem de situações não inteligíveis por esse viés tem sido negligenciada<sup>(6)</sup>; ainda, estudo realizado na zona rural australiana demonstra a necessidade da formação de profissionais generalistas e não especialistas, para tornar equitativo o acesso à APS<sup>(26)</sup>.

### Limitações do estudo

As principais limitações do estudo se relacionaram à dificuldade de contextualizar os fatores presentes na APS que podem dificultar a construção do cuidado à VICCA, nas dimensões política e técnica, visto que a literatura sobre indicadores e aspectos gerenciais desse nível de atenção ainda é escassa. Além desse aspecto, no período de coleta de dados, o município vivenciava uma epidemia de dengue, dificultando a participação de profissionais nos grupos focais pela sobrecarga de trabalho.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Entende-se que o enfermeiro assume lugar essencial nesse debate, pois toma como objeto e objetivo de seu trabalho o cuidado a indivíduos, famílias e coletividades. Traz a possibilidade de se colocar como um agente de mudanças, tanto na formação dos profissionais — seja no meio acadêmico ou no campo de atuação profissional, já que, geralmente, assume funções gerenciais — quanto no cuidado pensado e executado junto às comunidades, assumindo postura mais ativa e em consonância com os novos desafios das práticas de saúde e necessidades da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu o objetivo proposto e reforçou o papel da APS, legitimado e validado pela população, como o centro e o norteador do cuidado. Entretanto, por vários fatores, os profissionais apresentaram o cuidado à violência como não pertencente à área da saúde e não indispensável. Situando-o nesse lugar secundário, eles se defenderam do manejo das situações de violência e do conseqüente sofrimento advindo delas por meio de mecanismos reducionistas e fragmentadores do cuidado. A formação acadêmica dos diversos núcleos de saber ainda está pautada em modelos biomédicos e centrada no curativismo.

Destarte, reforça-se o pressuposto de que, apesar da APS ter em mãos as tecnologias necessárias para a construção do cuidado à VICCA, este ainda se apresenta como desafio, em especial pela compreensão e conseqüente estruturação do processo de trabalho ainda nos modelos reducionistas e fragmentados. Nesse âmbito, não há lugar para a construção

do cuidado aos agravos na perspectiva do Pensamento Complexo, considerando-se a multidimensionalidade dos atuais fenômenos presentes no trabalho em saúde. Enfatiza-se que o fortalecimento do trabalho em equipe interdisciplinar e a compreensão da dialógica “autonomia-dependência” como inerente à atuação das equipes foram colocados como estratégia para a superação da lógica reducionista.

Entende-se que o presente estudo traz importantes contribuições à área da saúde pública e enfermagem, indicando novos olhares e caminhos para o cuidado de famílias envolvidas na VICCA. Serão necessários novos estudos que vislumbrem: o cuidado à VICCA sob a ótica das famílias e comunidades; e a rede de atendimento a esta população.

## FOMENTO

O presente estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo 2014/23620-7.

## REFERÊNCIAS

- Mendes EV. [Health care networks]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010[cited 2015 Nov 17];15(5):2297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf> Portuguese.
- World Health Organization. Violence Prevention Alliance. Definition and typology of violence [Internet]. Geneva: WHO; 2014[cited 2015 Mar 20]. Available from: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html>
- World Health Organization - Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2015 Mar 20]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. 86 p.
- Apostolico MR, Hino P, Egry EY. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 17];47(2):318-24. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_07.pdf)
- Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscolo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 15];21(spec.):172-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/22.pdf>
- Souza RG, Santos DV. [Facing the children abuse at Family Health Units: the performance of nurses]. *Physis* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 17];23(3):783-800. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/07.pdf> Portuguese.
- Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3rd ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
- Pádua EMM. Complexidade e Pesquisa Qualitativa: aproximações. *Série Acadêmica, PUC-Campinas* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 17];32(2):39-48. Available from: <https://www.puc-campinas.edu.br/midia/arquivos/2015/ago/periodicos—serie-academica-n32.pdf>
- Morin E. *Ciência com consciência*. 8th ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 17];10(65):1-13. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>
- Onocko-Campos RT, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. [Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 10];38(spe):252-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf> Portuguese.
- Håkstad RB, Obstfelder A, Øberg GK. Parents' perceptions of primary health care physiotherapy with preterm infants: normalization, clarity, and trust. *Qual Health Res* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 28];26(10):1341-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449495>
- Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 17];26(6):608-13. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en_16.pdf)
- Gomes NP, Erdmann AL. Conjugal violence in the perspective of “Family Health Strategy” professionals: a public health problem

- and the need to provide care for the women. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 17];22(1):76-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/0104-1169-rlae-22-01-00076.pdf>
16. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al . Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 10];46(1):43-50. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/en\\_2502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/en_2502.pdf)
  17. Feriotti ML. [Multiprofessional team, transdisciplinarity and health: challenges of our time]. *Vínculo* [Internet]. 2009 [cited 20 Jun 2014];6(2):179-90. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n2/v2n6a07.pdf> Portuguese.
  18. Morais APP, Tanaka OY. Matrix support in mental health: achievements and limits in primary health care. *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 17];21(1):161-70. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/en\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/en_16.pdf)
  19. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. [Complexity and the reconnection of interdisciplinary knowledge: contribution of Edgar Morin's thoughts]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 01];65(4):561-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4.pdf> Portuguese.
  20. Tremblay MC, Richard L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promot Int* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 10];29(2):378-88. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/29/2/378.long>
  21. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 10];22(3):448-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00448.pdf>
  22. Alhadeff-Jones M. Method and Complexity in Educational Sciences. *Complicity*[Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 10];10(1/2):1-7. Available from: <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/complicity/article/view/20396/15667>
  23. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium-sized city in Rio de Janeiro state, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 17];28(9):1749-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf> Portuguese.
  24. Erdmann AL, Mello ALSF, Meirelles BHS, Marino SRA. [Health organizations in the perspective of complexity of care system]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2004 [cited 2015 Nov 15];57(4):467-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16.pdf> Portuguese.
  25. Moretti-Pires RO. [Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals]. *Interface* [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 17];13(30):153-66. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v13n30/v13n30a13.pdf> Portuguese.
  26. Thomas SL, Wakerman J, Humphreys JS. Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia: what core services should be locally available? *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 15];14(111). Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/111/abstract>
-