

IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO INTEGRAL NA APS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE MÚLTIPLAS VIOLÊNCIAS

IMPORTANCE OF INTEGRAL CARE IN PHC: A CASE STUDY ON MULTIPLE VIOLENCE

Sabrinne Ferreira da Silva ¹
Vanilson Pereira da Silva ²

Resumo: Este estudo investigou os impactos do atendimento individual em psicoterapia a partir da perspectiva da integralidade do cuidado na atenção primária em saúde (APS). O objetivo foi identificar os benefícios do atendimento integral a um indivíduo vítima de múltiplas violências, os serviços e articulações necessárias para uma assistência integral e refletir sobre o papel da Atenção Básica na promoção do cuidado integral. Para tanto, discutiu-se os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade do cuidado na APS, os determinantes sociais da saúde e o fenômeno da violência. Buscou-se destacar por meio da aplicação de entrevista semiestruturada e análise de conteúdo proposta por Bardin a importância do atendimento integral na APS à um indivíduo vítima de múltiplas violências. Constatou-se os benefícios do atendimento integral e a necessidade de articulações e reavaliações constantes dos processos de trabalho para garantia dos princípios do SUS, assistência eficiente e adequada para usuários vítimas de violência.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Violência. Atenção primária à saúde.

Abstract: This study investigated the impacts of individual assistance in psychotherapy from the perspective of comprehensive care in primary health care (PHC). The objective was to identify the benefits of comprehensive care for an individual victim of multiple violence, the services and articulations necessary for comprehensive care and to reflect on the role of Primary Care in promoting comprehensive care. To this end, the principles and guidelines of the SUS, comprehensive care in PHC, the social determinants of health and the phenomenon of violence were discussed. We sought to highlight, through the application of a semi-structured interview and content analysis proposed by Bardin, the importance of comprehensive care in PHC to an individual victim of multiple violence. It was verified the benefits of comprehensive care and the need for articulations and constant reassessments of the work processes to guarantee the principles of the SUS, efficient and adequate assistance for users who are victims of violence.

Keywords: Integrality in health. Violence. Primary health care.

-
- ¹ Graduada em Psicologia (pelo Centro Universitário Luterano de Palmas), Especialista em Saúde Coletiva (pelo Centro Universitário Luterano de Palmas), Especialista em Saúde da Família e Comunidade (pelo Centro Universitário Luterano de Palmas). Atualmente é servidora pública (especialista em saúde coletiva) no Município de Cuiabá-MT. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6505686047380583>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6172-8586>. E-mail: silvasabrinne@gmail.com
 - ² Mestre em Ciência da Saúde (pela Universidade Federal do Tocantins), Especialista em Terapias Cognitivas (pela Faculdade de Itaquá), Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho (pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Marabá) e Graduado em Psicologia (pelo Centro Universitário Unirg). Atualmente é docente na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1217676685125991>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6108-0452>. E-mail: vanilsonpsi@gmail.com

Introdução

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde vigente no Brasil. O atual sistema se estabelece após um longo período de reformulações e no decorrer dos anos 1980, adquire estatuto institucional na Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988, e se regulamenta por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conforme afirma Carvalho e Barbosa (2020).

O processo de formatação e operacionalização do SUS nos Estados e municípios, por meio da Norma Operacional Básica 1991 (NOB-SUS 91) e da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 93), distribuiu as atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal e formalizou a transferência da gestão da saúde a essas esferas governamentais, tendo nas Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites o espaço institucional de distribuição de recursos pactuados.

O SUS é o único sistema de saúde gratuito no mundo, estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal do Brasil como direito de todos e dever do Estado: “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Seção II, art. 196). É estabelecido que o sistema deve ser custeado por recursos governamentais originários da União, Estados e municípios

O SUS passa a se caracterizar como uma reestruturação do direito à saúde, um direito de todos os cidadãos garantido mediante Constituição Federal como responsabilidade do Estado, que passa a ser o responsável pela garantia desse direito.

De acordo com a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro – FSERJ, (2020), o SUS atende mais de 190 milhões de usuários, e traz como principal desafio a redução das desigualdades sociais através do acesso igualitário aos serviços de saúde.

Princípios e Diretrizes

Para efetivar a política do SUS, foram estabelecidos princípios e diretrizes com o intuito de nortear o funcionamento de forma ordenada e eficaz.

Ao estabelecer os princípios de universalidade, equidade e de integralidade da atenção como diretrizes organizacionais da descentralização e da participação da comunidade, o SUS rompeu com o sistema anterior e se firmou como um sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal. Assim, o SUS se consolida como uma política pública que assume os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

Estes princípios têm a finalidade de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Além dos princípios, existem as diretrizes do SUS, instituídas no artigo 198 da Constituição Federal (CF):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Essas diretrizes dizem respeito aos aspectos organizativos e operacionais do Sistema único de Saúde, que apontam de que forma deve ser executado o projeto consolidado na Constituição Federal.

Com base no exposto, em seguida será discutido sobre a integralidade do cuidado e sua importância na atenção primária em saúde (APS).

Integralidade do Cuidado e Atenção Primária em Saúde

A integralidade do cuidado, conforme abordado anteriormente, é uma das diretrizes básicas do SUS. É definido por Teixeira (2011) da seguinte forma:

“(...) diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.” (TEIXEIRA, 2011)

A integralidade do cuidado caracteriza em duas dimensões, segundo Medeiros (et al, 2017), a primeira definição na perspectiva de articulação entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, e a segunda como a percepção do ser humano como um ser biopsicossocial, corroborando com a percepção dos estudos em Psicologia, que evidenciam a necessidade da ampliação de cuidado para além da prática clínica.

Segundo Dos Santos e Gradwohl (2018), a Psicologia é reconhecida desde 1998 pelo Conselho Nacional de Saúde como uma das profissões que busca conceber o ser humano como um ser biopsicossocial, compreendendo a saúde como algo além do aspecto orgânico, abrangendo o bem estar físico, mental e social. Afirma ainda que a integralidade e a perspectiva biopsicossocial reforçam a compreensão dos aspectos subjetivos do adoecer e do sofrimento da pessoa, como algo único e singular, reafirmando a importância da perspectiva biopsicossocial e ampliação do cuidado para as demais.

Na atenção primária, é de suma importância que os profissionais da saúde tenham um olhar ampliado e possibilite um atendimento integral aos pacientes, de forma que este se sinta acolhido e amparado nos vários aspectos de sua saúde física e mental. Essa integralidade do cuidado pode ser ofertada através do cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional e ESF, bem como através de articulações intersetoriais com os demais dispositivos da rede de cuidado, rompendo assim com ações isoladas sem articulações, uma vez que estas são superficiais e tendem a enfraquecer o caráter da integralidade, conforme afirmam Makuch e Zagonel (2017).

Para Carvalho e Barbosa (2012), a integralidade da assistência em saúde inclui quatro ações, são elas:

- a articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também as de assistência a doentes;
- a articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contrarreferência;
- a articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta; e
- a oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários. (CARVALHO E BARBOSA, 2012)

Conforme estabelecido nas diretrizes do SUS, a atenção primária é a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, caracterizando-se assim como porta de entrada e ponto de apoio para o paciente, no qual atribui-se a responsabilidade de identificar as necessidades destes e realizar todos os encaminhamentos necessários, contemplando assim a diretriz de Cuidado centrado na pessoa: “o cuidado é construído, de acordo com as necessidades e potencialidades do indivíduo na busca de uma vida independente e plena” (BRASIL, 2017).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), a integralidade é uma

atribuição da atenção básica, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Dessa forma, um atendimento integral em saúde dispõe de unidades de prestação de serviços, profissionais capacitados e recursos necessários ao planejamento e realização de ações de saúde de assistência, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Neste contexto, evidencia-se a importância da integralidade do cuidado na atenção básica, bem como a necessidade do olhar ampliado dos profissionais, além do diálogo entre os serviços e políticas públicas existentes no território para que seja ofertado o melhor cuidado aos usuários do sistema único de saúde.

Determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são caracterizados como a ideia de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, conforme exposto por Buss e Pellegrini (2007), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nas condições de saúde e seus fatores de risco na população.

Atualmente existe um certo consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, ao longo da história foi sendo instituído o entendimento sobre as condições de saúde, como elas são construídas e como são influenciadas por vários fatores. No Brasil, conforme afirma Figueiredo (et al, 2020), esses fatores podem ter especial importância, uma vez que é um país caracterizado pela desigualdade social, nos quais grandes contingentes populacionais vivem abaixo da linha da pobreza, existem ainda, iniquidades regionais de acesso aos cuidados de saúde que amplificam essas desigualdades. Dessa forma, percebe-se a relevância dos DSS quando se aborda a integralidade do cuidado em saúde, uma vez que o atendimento integral perpassa pelos vários fatores que influenciam diretamente na construção da saúde dos indivíduos.

Considerando a relevância dos DSS para a situação de saúde dos indivíduos, será abordado em seguida o fenômeno da violência como um agravo contemporâneo na sociedade e fator que influencia na APS, bem como nas condições de saúde.

O fenômeno da violência como um agravo de saúde na APS

A violência é um problema social importante no Brasil, que permeia as relações na sociedade e se apresenta como um desafio nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). Conforme Mendonça (et al, 2020), trata-se de um fenômeno complexo e multideterminado histórica, social e culturalmente, que interfere e impacta diretamente na deterioração das condições de saúde e qualidade de vida da sociedade. Estes autores afirmam ainda que suas consequências se expressam em diferentes âmbitos da vida e das relações humanas e sociais, inclusive no processo saúde-adoecimento.

Nessa perspectiva, a APS assume um papel essencial enquanto principal ponto de acesso ao Sistema Único de Saúde e como articuladora da atenção integral realizada em rede, uma vez que seus princípios e as políticas de humanização, continuidade do cuidado e territorialização designam a APS como ponto estratégico na rede para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência (Ministério da Saúde, 2010).

Mendonça (et al, 2020) afirma que:

No Brasil, essas e outras políticas públicas se articulam com as legislações específicas, 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. (Mendonça, et al, 2020)

A APS é o ponto estratégico para atuar de modo central no enfrentamento das violências, por meio da articulação entre os diversos serviços e setores de sociais, como: educação, assistência social e justiça, possibilitando assim a articulação entre diversos fatores para efetivar a atenção integral à saúde.

O presente estudo demonstra de forma prática, através de um estudo de caso, a importância da articulação entre os serviços para um atendimento integral em saúde e de que forma este atendimento integralizado transforma e impacta na saúde dos indivíduos, efetivando assim um dos princípios orientadores do SUS. Prado (2005) considera que, a integralidade na atenção à saúde consiste no direito dos indivíduos de serem atendidos no conjunto de suas necessidades e no dever que o Estado tem de ofertar serviços de saúde para atender estas necessidades de forma integral.

O estudo tem por objetivo geral identificar os benefícios do atendimento integral na APS em um território de Palmas para um indivíduo vítima de múltiplas violências, e como objetivos específicos: analisar quais as articulações necessárias para ofertar um atendimento integral na APS; descrever quais serviços podem ser ofertados visando um atendimento integral em saúde e identificar de que forma os casos de múltiplas violências exigem um olhar ampliado e uma atenção integral. O presente estudo mostrou-se relevante cientificamente e socialmente por apontar de que forma o atendimento integral na APS contribui para uma melhor assistência no âmbito da saúde pública.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa. Segundo Gil (2009), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado.

O estudo foi realizado após a aprovação no CAPP E CEP (CAE 59510422.7.0000.9187), conforme resolução 466/12, tendo sido realizada a coleta de dados no dia 13/10/2022, após ofício e autorização emitidos pelo Núcleo de Pesquisa Aplicada à Saúde (NUPES) – Fesp (Fundação Escola de Saúde Pública).

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com 08 questões, entre subjetivas e objetivas. O instrumento de coleta de dados, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado via plataforma de formulários online Google forms.

Participou deste estudo uma paciente em acompanhamento psicoterápico individual, de nome fictício Maria. Maria tem 41 anos de idade, 2ª filha de 3 irmãos e iniciou os atendimentos de psicoterapia em 27/05/2021, com periodicidade semanal.

A análise dos dados foi realizada na perspectiva da análise de conteúdo da entrevista semiestruturada aplicada à paciente atendida durante o ano de 2021.

Desenvolvimento, resultados e discussão

A pesquisa realizada com a paciente possibilitou, por meio da análise de conteúdo de Bardin, operacionalizada pela leitura flutuante do formulário aplicado com elaboração de categorias que apontam a percepção da paciente quanto ao cuidado recebido em psicoterapia, bem como os demais cuidados na rede de saúde e sua perspectiva quanto aos serviços necessários para promover a integralidade do cuidado.

A exploração do instrumento de coleta permitiu descrever as características pertinentes ao conteúdo manifesto no discurso da paciente, denotando assim na sua percepção acerca da temática central do estudo. De acordo com as similaridades e convergências dos significados, foi estabelecido

o agrupamento e classificação dos dados, resultando em e quatro categorias empíricas, sendo elas: múltiplas violências, a violência como um fenômeno resultante dos determinantes sociais da saúde, o impacto das múltiplas violências para um indivíduo e quais os atendimentos necessários para um atendimento integral. Cabe ressaltar que as categorias de análise apresentadas convergem com a caracterização do estudo, bem como com os objetivos propostos.

Categoria 1: Múltiplas violências

Quando questionada à discorrer sobre os acontecimentos marcantes vivenciados em sua vida, a paciente descreve:

- *“Sofri todo o tipo de violência que uma criança podia passar (psicológica, moral, física) e eu só descobri que era violência depois dos 30 anos ou mais. Eu não tinha consciência de tudo o que passei era violência.”*

A paciente responde ainda no questionário a seguinte questão objetiva:

Tabela 1. Tipos de violências referidas

Tipos de violência	SIM	NÃO
Violência física	X	
Violência psicológica	X	
Violência patrimonial		X
Violência sexual	X	
Violência moral	X	
Outras		X

Fonte: Dados coletados no estudo (2022)

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), existem classificações para os diversos tipos de violência. Além disso, a OMS estabelece também distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/ abandono; trabalho infantil; intervenção legal, conforme descrito no Instrutivo de notificação de violências do Ministério da Saúde (2015).

São características da violência psicológica xingar, humilhar, ameaçar, intimidar e amedrontar; criticar continuamente, desvalorizar os atos e desconsiderar a opinião ou decisão; debochar publicamente, diminuir a autoestima; tentar fazer a mulher ficar confusa ou achar que está louca.

A violência física é definida como: bater e espancar; empurrar, atirar objetos, sacudir, morder ou puxar os cabelos; mutilar e torturar; usar arma branca, como faca ou ferramentas de trabalho, ou de fogo. Violência sexual se caracteriza como forçar a mulher a ter relações sexuais quando ela não quer, ou quando estiver dormindo, ou sem condições de consentir; fazer a mulher olhar imagens pornográficas quando ela não quer; obrigar a fazer sexo com outra (s) pessoa (s).

A violência patrimonial seria controlar, reter ou tirar dinheiro da mulher; causar de propósito danos a objetos de que ela gosta; destruir, reter objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais e outros bens e direitos. E a violência moral se caracteriza como: fazer comentários ofensivos diante de estranhos e/ou conhecidos; humilhar publicamente; expor a vida íntima do casal a outras pessoas, inclusive nas redes sociais; acusar publicamente a mulher de cometer crimes; inventar histórias e/ou falar mal dela para os outros com o intuito de diminuí-la perante amigos e parentes.

Dessa forma, foi possível identificar e confirmar no discurso da paciente as múltiplas violências sofridas no decorrer da vida, e a sua posterior tomada de consciência quanto aos fatos.

Na próxima categoria, será realizada uma análise quanto aos fatores que contribuem para o contexto de violência.

Categoria 2: A violência como resultante dos determinantes sociais da saúde

Sabe-se que a violência é um fenômeno complexo, e que, segundo De Oliveira (et al, 2018),

emerge na vida em sociedade e envolve múltiplos determinantes sociais que se relacionam de forma dinâmica e contribuem para a ocorrência das situações de violência.

Conforme Ricas, Donoso e Gresta (2006), a ideia de que o lar é o local de maior segurança e que confere proteção à criança nem sempre é correta. Corroborando com o estudo realizado pelas autoras, que afirmam ainda que, a maioria dos casos de maus tratos na infância ocorre no ambiente familiar e permanece, em grande parte, silenciosa e inacessível a observações superficiais, a paciente descreve os episódios vivenciados:

- *“Os episódios marcantes em minha vida começa ainda na infância... uma relação difícil com minha mãe que perdurou até os 40 anos praticamente. Sofri todo o tipo de violência que uma criança podia passar (psicológica, moral, física) e eu só descobri que era violência depois dos 30 anos ou mais. Eu não tinha consciência de tudo o que passei era violência. Primeiro começa com minha mãe e o ódio que ela sentia por mim. Na minha cabeça eu era tudo o que ela afirmava (peste, praga, desgraça, tinha que ter morrido, nem deveria ter nascido, nunca ia conseguir nada...); fui abusada sexualmente (não só eu, mais meus irmãos também), lembro que eu chorava pra não ir pra casa de uma tia, (abuso cometidos por dois primos nossos), mas no meu tempo não se desobedecia pai e mãe, a gente não questionava nada, não falava nada, só obedecia (tive coragem de contar pra minha mãe dos abusos que eu e meus irmãos sofremos pouco tempo atrás, já com 36 anos de idade)... depois que a gente cresce se questiona como um pai e uma mãe vê um filho chorar pra não ir pra um lugar e não percebe que tem algo errado? Aquilo me revoltava, mas o tempo passa e a gente vai deixando pra lá e até esquece; apanhei/fui espancada dos 11 anos aos 17 anos todos os dias (violência praticada pelo meu irmão que é um ano e meio mais velho q eu - como meus pais se separaram ele descontou aquela revolta em mim) e nesse período EU cuidava deles, cuidar da casa, comida, lavar roupa, tudo era eu” (S.I.C)*

Conforme abordado pela paciente em seu discurso, enquanto criança (dos 11 aos 17 anos) era responsável por cuidar dos irmãos mais novos e das atividades domésticas, tais como lavar roupa e cuidar da casa. Esses dados corroboram com a pesquisa realizada por De Oliveira (2018) e Rotenberg (et al, 2012), que apontam para situações de abandono de incapaz e negligência, consistindo em uma falta, uma ausência ou uma falha na realização do ato de cuidado e/ou vigilância de crianças ou de adolescentes, uma vez que as três crianças eram menores de idade e o cuidado era responsabilidade de Maria, que também era criança.

Gomes (et al, 2002) afirma que a violência e os maus-tratos infantis, por serem atravessados por uma complexidade de fatores, não podem ser explicados por um modelo teórico que sugira uma abordagem única sobre o problema, ratificando assim com os determinantes sociais da saúde, que relacionam as condições de vida e saúde com aspectos multifatoriais.

Dessa forma, é possível constatar a influência dos determinantes sociais em saúde para a situação e contexto de violências.

A seguir, será realizada a análise do impacto que estas violências geram para um indivíduo.

Categoria 3: O impacto das múltiplas violências para um indivíduo

Segundo Souza (et al, 2006), a violência é mais frequente nas crianças e adolescentes, indicando serem esses dois grupos os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional. Para estes autores, as consequências das relações e atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, uma vez que causam traumas, sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes, além disso, provocam sofrimentos físicos e emocionais comumente associados.

A paciente relata:

- *“(...)Com tudo, surgiu o pensamento de suicídio. Esse pensamento me acompanha desde de criança. Na pandemia eu achei que Deus ia me levar, afinal eu era um nada. Deus não ia deixar um nada sobreviver. Peguei a Covid 19 e achei mesmo que eu ia, queria ter ido naquela época, mas por algum motivo ainda estou aqui. O ruim de quem tem o pensamento suicida é que ele te acompanha. Você melhora, o pensamento vai embora, mas volta e meia ressurge. E um agravante é que quem tem esse pensamento não fala nada. Eu não me importaria se eu fosse. Viver é muito difícil. Mas, vou levando... Às vezes coloco os joelhos no chão e converso com Deus, aí vai aliviando... o pensamento vai embora. Hoje, hoje acho que estou bem.” (SIC)*

No relato da paciente é possível identificar a manifestação de sofrimento psíquico gerado pelas violências vivenciadas. Dentre eles, corroborando com o estudo realizado por Souza (et al, 2006), são comuns os sentimentos de rejeição, autodepreciação, autocobrança e culpa, sentimentos esses que são facilmente identificados no discurso da paciente.

As consequências da violência podem afetar a multidimensionalidade das vítimas e são responsáveis por mais de cinco milhões de mortes por ano em todo território nacional, isso gera muitas hospitalizações, centenas de atendimentos e milhares de consultas ambulatoriais. Ocasionalmente problemas de saúde física, reprodutiva e mental como lesões corporais, principalmente a violência sexual que causa gestação indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, fobias, pânico, síndrome do estresse pós-traumático, depressão e outras alterações psicológicas e, também, problemas familiares e sociais como abandono dos estudos, perda de empregos, separações conjugais, abandono de casa, entre outros (DE SOUSA, DAMASCENO e BORGES, 2014; RODRIGUES, 2012; MATTAR et al., 2007).

No discurso da paciente encontra-se ainda o comportamento suicida, que está intimamente relacionado com seu histórico de violências e o impacto destas em sua realidade. Silva e Marcolan (2021) afirmam que vínculos familiares conflituosos e dinâmica familiar conturbada são potenciais fatores de risco para o comportamento suicida, além disso, citam as violências do tipo física e psicológica enraizadas no ambiente familiar, tendo o conflito como modo de funcionamento, o que gera sofrimento psíquico, bem como afastamento dos membros, sensação de não pertencimento, e, conseqüentemente, sentimentos negativos, corroborando com o discurso evidenciado pela paciente.

Dessa forma, constata-se as várias dimensões que são afetadas pelo impacto da violência e o sofrimento psíquico decorrente destas.

Na próxima categoria de análise, procurou-se identificar quais os atendimentos necessários para um atendimento integral em saúde na perspectiva do sujeito de estudo.

Categoria 4: Quais os atendimentos necessários para um atendimento integral em saúde

Ao ser questionada sobre quais atendimentos julga necessário para um atendimento integral, a paciente não soube especificar os tipos de atendimentos necessários e/ou disponíveis para demandas de violência, entretanto, manifestou a seguinte fala:

“Mesmo dando alta é bom rever o paciente depois de uns seis meses, um ano...”

Pelo discurso, entende-se que a paciente julga necessário para o cuidado integral o atendimento de psicoterapia, com retorno após a finalização do acompanhamento. Em uma outra questão objetiva (Você avalia que os atendimentos ofertados proporcionaram o cuidado necessário para o seu bem-estar físico, mental e social?), a paciente refere que sim.

Conforme discutido anteriormente, a violência impacta diretamente na vida dos indivíduos e está intimamente ligada aos determinantes sociais da saúde. Ayres (2005) afirma que os aspectos socioculturais do adoecimento ganham impulso e os cuidados em saúde retomam perspectivas contextuais, de forma que a dimensão psicossocial possa ser reconhecida na construção dos processos de saúde e doença. Nessa perspectiva, a concepção ampliada (abordagem biopsicossocial) discutida anteriormente, permite um cuidado em saúde que proporcione a integralidade.

A perspectiva biopsicossocial, conforme afirma Straub (2005), prevê que as forças biológicas, psicológicas e sociais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença. Nesse sentido, o atendimento de psicoterapia e sua visão ampla dos contextos que envolvem o adoecimento, proporcionam a possibilidade de um atendimento integral, principalmente pela compreensão da necessidade do envolvimento de outros serviços para a promoção de saúde ao indivíduo, sendo esta uma articulação intrasetorial e/ou intersetorial, possibilitando assim um atendimento integralizado.

Considerações finais

A partir da análise de conteúdo foi possível identificar alguns elementos estruturais da integralidade da atenção por meio da perspectiva biopsicossocial. Identificou-se ainda no discurso da paciente características de acolhimento, clínica ampliada e longitudinalidade do cuidado, elementos estes que compõem a integralidade da atenção. No entanto, constatou-se também a desarticulação dos pontos de atenção e fragmentação da assistência, uma vez que não houve articulação intersetorial com instituições que complementam o cuidado em demandas de violências, como Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social e Centro Flor de Lis.

Foi possível ainda observar a importância do atendimento integral no relato da paciente, ao passo em que se constatou que a efetivação do princípio da integralidade, de forma universal, é uma realidade distante, em razão do modelo de atendimento que não privilegia a integração horizontal dos pontos de atenção, com uma atenção primária qualificada, principalmente em casos de violência, que exigem um olhar mais sensibilizado e ampliado para as várias instâncias que devem se articular para propor o cuidado.

Para que seja possível alcançar o modelo de atendimento integral, deve-se direcionar a atenção para os processos de trabalho, para a assistência ofertada e para uma reavaliação constante da prática com proposição de mudanças por meio de educação permanente, a fim de que se possa assegurar que o serviço ofertado seja eficiente e eficaz, efetivando assim a garantia dos princípios do SUS e assistência adequada aos usuários.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Diário Oficial.

Brasil. **Ministério da Saúde**. 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.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

Carvalho, Antônio Ivo de. BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: Fundamentos e diretrizes do SUS**. 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012. 84p.

DE MORAIS, Elisa Sonehara et al. A importância do estudo de caso clínico no processo de educação permanente na unidade de cuidados intermediários canguru. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 6, n. 12, 2019.

DE OLIVEIRA, Sílvia Furtado et al. Espaços urbanos e violência à luz dos Determinantes Sociais da Saúde. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

DOS SANTOS, Luís Roberto Gonçalves; GRADVOHL, Sílvia Mayumi Obana. Definição do Conceito de Saúde na Visão dos Concluintes de um Curso de Psicologia. **Saúde & Transformação Social/Health**

& **Social Change**, v. 9, n. 1/2/3, p. 041-048, 2018.

DE SOUSA, Grazielly Mendes; DAMASCENO, Kamilla Chrystina Ferreira; BORGES, Lívia de Carvalho Farias. Estratificação dos tipos de violência notificados pelo SINAN, no município de Porto Nacional, TO, em 2014. **Revista Interface (Porto Nacional)**, n. 11, 2016.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de et al. Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas S.A. 2009.

GOMES, Romeu et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 707-714, 2002.

MAKUCH, Débora Maria Vargas; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. A integralidade do cuidado no ensino na Área da Saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, p. 515-524, 2017.

MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 459-464, 2007.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 41, p. 288-295, 2017.

MENDONÇA, Carolina Siqueira et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2247-2257, 2020.

MOZZATO, Anelise Rebelato. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **XXXIV Encontro da ANPAD (EnANPAD)**, 2010.

O que é a violência? E o feminicídio? Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/web/guest/observatorio-judicial-violencia-mulher/o-que-e-a-violencia-domestica-e-o-feminicidio#:~:text=Feminic%C3%ADdio%20%C3%A9%20o%20assassinato%20de,como%20%C3%A9%20o%20caso%20brasileiro>. Acesso em: 02 de novembro de 2022.

PEREIRA COSTA, Barbara Caroliny.; DA SILVA BEM, Marcia Maria.; GODINHO, Mônica Lá-Salette da Costa. Determinantes sociais da saúde e sua influência na vida de mulheres vítimas de violência doméstica. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. e31, 2020. DOI: 10.5935/2675-5602.20200031. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/10>. Acesso em: 2 nov. 2022.

RICAS, Janete; DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli; GRESTA, Mona Lisa Maria. A violência na infância como uma questão cultural. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 151-154, 2006.

RODRIGUES, Josiane Maximiano De Jesus; **Análise da sensibilidade do sistema de vigilância de violência e acidentes (VIVA) em Cuiabá-MT**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

ROTENBERG, Alessandra et al. Problematizando a relação entre negligência e pobreza a partir do abrigo da população infante juvenil. **Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense**, 2012.

SILVA, Daniel Augusto da; MARCOLAN, João Fernando. Impacto das relações familiares no comportamento suicida. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e17310212349, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12349. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12349>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Sistema Único de Saúde (SUS) completa 30 anos de sua regulamentação. Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/sistema-unico-de-saude-sus-completa-30-anos-de-sua-regulamentacao/>. Acesso em 20 Jan. de 2022.

SOUZA, Edinilsa Ramos de, et al. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. **Violência faz mal à saúde**, p. 23-38, 2006.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Artmed Editora, 2005.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

Recebido em 15 de fevereiro de 2023.

Aceito em 18 de dezembro de 2023.