

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO DE
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Catheline Rubim Brandolt

**“E A VIOLÊNCIA CONTINUA”: A RELAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DIANTE DAS VIOLÊNCIAS**

Santa Maria, RS.
2017

Catheline Rubim Brandolt

**“E A VIOLÊNCIA CONTINUA”: A RELAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE E REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DIANTE DAS VIOLÊNCIAS**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de Especialista em Sistema Público de Saúde.

Prof^o Dr^o Sheila Kocourek,

Santa Maria, RS.
2017

“E A VIOLÊNCIA CONTINUA”: a relação da atenção primária à saúde e rede de urgência e emergência diante das violências

"AND VIOLENCE CONTINUES": the relation between primary health care and the network of emergency and emergency in the face of violence

Brandolt, Catheline Rubim, Maia, Dyan Jamilles Brum, Ribeiro, Márcia Yane Girolometto, Kocourek, Sheila, Cezar, Pamela Kurtz

RESUMO: Este artigo objetiva discutir o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua relação com a Rede Urgência e Emergência (RUE) enquanto portas de entrada preferencial para casos de violência e suas dificuldades de atuação, a partir da análise de 187 entrevistas individuais com profissionais da RUE do município de Santa Maria/RS. Resultados: Percebe-se dificuldades de identificação dos sinais e compreensão de outras manifestações das violências além de discussão sobre o seguimento na rede de cuidados e proteção. Há também o reflexo do processo lento de aproximação e fortalecimento do trabalho em rede neste município. Conclusão: Espera-se maior reconhecimento da importância do trabalho e empoderamento das equipes de APS, e que a RUE consiga trabalhar com uma escuta sensível de seus usuários e perceba a sua responsabilidade enquanto possível porta de entrada para situações de violação de direitos.

Descritores: Serviços de Saúde; Atenção Primária a saúde; Assistência Ambulatorial; Violência

ABSTRACT: This paper aims to discuss the role of Health Primaty Care (APS) and its connection with Urgency and Emergency Network (RUE) as prime entry doors to cases of violence and their acting difficulties, from analysis of 187 individual interviews with RUE professionals from the city of Santa Maria (RS). Results: difficulties in identification of signs and understanding of other manifestations of violence were noticed, as well as a discussion about the follow-up in care and protection network. There is also the reflex of the slow approaching process and the strengthening of networking in the city. Conclusion: Are expected more recognition of the APS teams' work and empowerment, and that RUE can work with a sensitive hearing of their users and perceive its responsibility as a possible entry door to rights violation situations.

Keywords: Health Services; Primary Health Care; Ambulatory Care; Violence

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, o qual deve ser encarado como um grande problema de saúde pública presente no cotidiano da população assistida nos serviços públicos. Um dos conceitos mais reproduzidos ao se abordar a temática é o da Organização Mundial da Saúde, que define violência como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outras pessoas, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

Pensar sobre a situação da violência na sociedade é atrelar aspectos socio-históricos, econômicos, culturais e subjetivos, os quais refletem no trabalho da saúde. A mesma pode ser caracterizada também por meio de condutas ou omissão, que cause ou venha causar dano, morte, constrangimento, sofrimento físico, moral, psicológico, sexual, político, econômico ou patrimonial. Assim, afeta tanto a saúde individual quanto coletiva dos sujeitos acompanhados nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2005, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) por apresentar-se como a porta de entrada preferencial na RAS, e também ser a ordenadora/ coordenadora do cuidado, pode desempenhar um papel fundamental no fortalecimento do vínculo com seus usuários, acompanhamentos das condições de saúde da população atendida, bem como identificar e acolher as situações de violência que chegam ao seu conhecimento referente às características presentes em seu território de abrangência. De acordo com Wanderbroocke e Moré (2013) a APS corresponde por serviços estratégicos que lidam com diversas situações vulneráveis dentre elas as violências (origem e várias formas de manifestações), entretanto, a APS ainda se apresenta como uma área na qual existe o despreparo dos profissionais para lidar com situações como essa, que afloram diferentes sentimentos que podem tanto a auxiliar nas questões dos usuários como também causar desconforto nos profissionais que não sentem-se preparados para lidar com esse tema.

É importante destacar que a temática da violência não é um objeto de abordagem exclusiva do campo da saúde, mas é necessário reconhecimento sob sua responsabilidade com o tema, uma vez que pode afetar tanto a saúde do indivíduo como o coletivo, responsabilizando-se deste modo não apenas com os danos físicos e materiais, mas que possa também atrelar-se a fatores de risco para desenvolvimento de problemas de saúde mental. No Brasil há uma mudança no perfil epidemiológico, na qual as taxas de condições crônicas e taxas de morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências) tem acelerado significativamente essa transição. Igualmente tem colaborado para a perda de qualidade de vida entre os cidadãos, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, dentre

outros. Sendo a violência uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal (MINAYO E SOUZA, 1998; BRASIL, 2005, 2011a; MINAYO, 2010).

Como já mencionada às múltiplas causas e complexidade frente à violência, se faz importante lembrar que as consequências resultantes do fato violento convocam as unidades de saúde a dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, abrangendo este aspecto para junto com seus conhecimentos clínicos aprendidos na academia (BRASIL, 2005).

Dessa forma, perceber, registrar e acompanhar casos de violência são um desafio cotidiano aos profissionais de todas as áreas. Brasil (2015) refere que na maior parte dos casos, os primeiros profissionais a terem contato com as vítimas de violência são os que trabalham nos serviços de saúde. De tal modo, espera-se que os serviços de saúde possam atuar como coordenadores e articuladores em uma rede de proteção para as vítimas de violência, reconhecendo, movimentando e aproximando-se de outras instituições (das áreas: social, segurança e justiça), assim, desacomodando uma rede que trabalha de forma segmentada, propondo o compartilhamento entre todos envolvidos.

A partir disso, o presente artigo tem por objetivo discutir sobre o papel da APS e sua relação com a Rede Urgência e Emergência (RUE) enquanto portas de entrada para casos de violência e suas dificuldades de atuação, a partir da análise dos profissionais da rede de urgência e emergência do município de Santa Maria/RS.

METODOLOGIA

Esse estudo é um recorte de um projeto de pesquisa do PET REDES – urgência e emergência de perspectiva quali-quantitativo, o qual foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da instituição proponente com número CAEE 32707114.0.0000.5346. Nesse estudo foram entrevistados 187 profissionais entre eles: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e outros. As coletas de dados foram realizadas na unidade de pronto atendimento (UPA), Pronto atendimento municipal (PAM), e pronto socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PA HUSM), todos localizados no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Foi utilizada como instrumento de coleta uma entrevista com questionário estruturado, aplicado individualmente, constituído por vinte e cinco questões de múltipla escolha correlacionadas com a experiência no atendimento e identificação de casos de violência intrafamiliar. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas desenvolvidas no Microsoft Office Excel 2007.

Sendo assim, após a análise no banco de dados do projeto do PET-REDES, destacam-se alguns eixos para discorrer a respeito da relação com a funcionalidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em ser o acesso de primeiro contato na Rede de Atenção à Saúde (RAS), correspondendo as suas funções de ordenadora e coordenadora do cuidado. Assim, entre os eixos ressaltam-se: APS e Rede de Urgência e Emergência (RUE): perspectivas de atuação; perceber o dito e o não dito nas situações de violência; (re)conhecer os fluxos de encaminhamentos entre os serviços, fortalecendo o papel da APS na comunicação nessa rede de cuidados.

Deste modo, este artigo decorre através da interface entre os dados resultantes da pesquisa com os profissionais da rede de urgência, com a articulação conforme as experiências vivenciadas ao longo da Residência Multiprofissional Integrada (RMI) com ênfase na Atenção Primária a Saúde, a qual propõe uma formação voltada para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) com perspectivas de trabalho em equipe e orientado pelos princípios pela Política de Humanização. Através dessa análise discorre-se sobre como sucede e podem-se pensar as realidades de trabalho no nível secundário e nível primário da saúde diante da temática da violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE (APS) E REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE): PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO

No Brasil, a incorporação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ocorreu oficialmente, pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece diretrizes para sua organização no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90, onde cita-se que a integralidade em saúde tem início e se completa na RAS. Estas são redes poliárquicas de serviços de saúde, na qual os serviços organizam-se sob a forma de uma rede horizontalizada, vinculados por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar um cuidado mais integral e contínuo a sua população, sendo coordenada e ordenada por seu centro de comunicação, reconhecido na/pela Atenção Primária a Saúde (APS). A RAS ordenada pela APS também reconhecida por Atenção Básica (AB) tem como sua estratégia de expansão, qualificação e consolidação, o trabalho desenvolvido através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta caracteriza-se como a porta de entrada preferencial no SUS, e trabalha com a continuidade e integralidade da atenção centrada nas famílias, fortalecendo o vínculo e conseguindo realizar um acompanhamento familiar para regular suas demandas (MENDES, 2011; 2012; 2015).

No município onde foram coletadas as entrevistas da pesquisa conta-se com 16 equipes de ESF, 17 Unidades básicas de saúde, que segundo Nota Técnica sobre ações e programas do Departamento da Atenção Básica do município, isso corresponde a uma cobertura de 57,71% de APS/AB, considerando que o município possui população por volta de 263.662 mil habitantes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), conforme dados do Relatório de Gestão 2015, o município conta com 3 unidades de prontos atendimentos (PA), de caráter público (SANTA MARIA. SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE SAÚDE, 2015). Com isso, percebe-se que há uma parcela significativa da população que busca outro ponto de atenção como sua porta de entrada na RAS, para estes apresentam-se como ponto de acesso, a rede de urgência/emergência (através dos PAs). As equipes destes serviços conforme dados dos questionários estavam constituídas no momento da pesquisa por 42,78% técnicos de enfermagem, 20,32% enfermeiros, 15,51% médicos, 12,30% residentes, 1,07% cirurgiões-dentistas e 7,09% outros profissionais. Deste modo, a Política Nacional de Atenção às urgências e emergências (RUE), traz que esta deve propor sua atuação trabalhando com a ampliação do acesso e acolhimento dos casos agudos, garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgência clínicas (incluído causas externas – violências e acidentes), garantindo o compartilhamento do cuidado através do trabalho em equipe multiprofissional, bem como articular e integrar a comunicação entre as redes de saúde. Há também um destaque para o que discorre frente ao componente de Atenção Básica/APS, em que objetiva o acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até poder dar seguimento na rede de cuidados, e sempre dispor do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades, para melhor manejo diante da situação (BRASIL, 2011b).

Em ambos os serviços (APS e RUE) no que refere à constituição das equipes mínimas percebe-se profissionais mais voltados a uma formação para aspectos clínicos, entretanto, estes pontos de serviço por serem considerados de acesso livre, estão expostos a receber as mais variadas demandas, englobando questões de saúde, aspectos sociais, econômicas e vulnerabilidades, devendo seus profissionais lidar e articularem encaminhamentos adequados para essas queixas, buscando alternativas para auxiliar no atendimento, e assim dar continuidade com o fluxo dos usuários na rede de cuidado (DIMENSTEIN, LIMA E MACEDO, 2013). Diante disso, ressalta-se que o setor saúde reafirmou como uma de suas prioridades, o enfrentamento diante das violências, buscando a promoção da equidade, intersetorialidade, territorialidade, participação social bem como na contribuição frente aos riscos e determinantes sociais, e vulnerabilidades (BRASIL, 2011a; 2014). Para isso, é

necessário além do preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência, que encaminha os dados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é indispensável priorizar a atenção e escuta diante de possíveis manifestações da violência buscando ampliar o olhar perante uma suspeita em um atendimento para além do sinal físico.

PERCEBER O DITO E O NÃO DITO NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Minayo (2010) relata que a violência é de causalidade múltipla, suas manifestações podem ser lícitas ou ilícitas, transvestindo-se por marcas, fraturas ou instabilidade emocional, de quem a sofre ou presencia, sendo mutante conforme as circunstâncias e época da sociedade. Dessa forma, a saúde tornou-se um setor estratégico no enfrentamento da violência, já que esta é a terceira causa de morte da população geral, além disso, repercute na perda da qualidade de vida, elevação dos custos sociais com a saúde e previdência tanto quanto a desestruturação familiar e pessoal, podendo deixar marcas para as gerações futuras (BRASIL, 2005; 2009a; 2014). Através dos programas, políticas, portarias e publicações técnicas sobre o tema junto com outros setores da sociedade, a saúde assume assim a corresponsabilidade de acompanhamento dos casos de violência, convocando todos os profissionais a direcionar a atenção para essas situações, propondo a eles o preenchimento da ficha de notificação compulsória para casos (suspeitos ou confirmados) de violência. Entretanto, ainda para muitas equipes este é um nó crítico em seu processo de trabalho, tanto ao que corresponde na identificação dos sinais bem como sobre a compreensão frente às violências (BRASIL, 2014a).

Ao analisar os dados encontrados nas entrevistas, nota-se que há uma predominância dos profissionais para a identificação de violência física, atingindo o percentual de 43,04% (apresentando-se através da lesão corporal e fraturas). Assim, afirma que violência física e a sexual são os tipos mais reconhecidos pelos profissionais de saúde.

Conforme Rosa et.al. (2010) os profissionais tendem a ter mais dificuldades em reconhecer as demais manifestações da violência devido a uma prevalência de competências técnicas, segmentadas voltadas a aplicações diante de questões clínicas, resultantes de uma formação acadêmica que aos poucos se redireciona para uma proposição de integralidade no cuidado. Ao identificar os sinais (gerais e específicos) de violência física e por ora a sexual, permite que o profissional esteja em campo seguro, pois há como materializar a violência acometida, porém, os casos necessitam para além de um atendimento superficial e com respostas imediatas, uma ampliação da atenção para abranger questões de natureza social, emocional e cultural, possibilitando uma escuta e intervenção mais humanizada e empática nos serviços de saúde.

Deste modo, os dados que se referem a sinais no âmbito emocional/comportamental, nas entrevistas corresponderam a 25,12%, e englobaram comportamentos caracterizados pelos profissionais como ansiedade, medo e tristeza. É importante ressaltar que estes sinais podem ser manifestações secundárias de outras naturezas de violências, sendo importante que no decorrer do atendimento percebam-se outras formas de comunicação e linguagem (através da fala, do olhar, da gesticulação, das atitudes/comportamentos) e a partir disso, pensar em estratégias para possibilitar a estes sujeitos um ambiente mais acolhedor, onde possa se iniciar um vínculo, para que assim se permitam expressar os reais motivos desencadeantes dessas reações, podendo estar em ambiente seguro e confiável e se permitir expor situações presentes em outras violências (como: psicológica, negligência, autoprovocadas - tentativas de suicídio, suicídio, automutilações), sem um julgamento prévio ou moral por parte dos profissionais que os atendem (BRASIL, 2010a). Mas para isso, destaca-se que o profissional de saúde também pode permitir-se uma afetação de maneira empática e para acolher essa demanda em sua escuta e intervenção.

Deste modo, é importante ressaltar que há diferença na dinâmica do processo de trabalho presente na rede de serviços do SUS, como no que ocorre na RUE para a APS (através da ESF). A APS deve se organizar para assumir sua função de acolher, escutar e ser capaz de resolver ou atenuar a maioria dos problemas de saúde, danos e sofrimentos da população sob sua responsabilidade, ou ainda ofertar a atenção para outros pontos da rede. Dessa forma, este ponto abrange situações de saúde agudas, mas prioriza o acompanhamento das condições crônicas, trabalha com diretrizes norteadoras em seu cuidado, como: a clínica ampliada e o acolhimento, perpassadas pela construção de vínculo. Sendo a partir do vínculo que se concretiza do encontro entre usuários-comunidade-profissionais, que favorecem a resolutividade e responsabilidade perante as demandas que adentram seus serviços, centralizando uma abordagem familiar para avaliar o risco das famílias e identificar quais as que demandam maior atenção (BRASIL, 2010b).

Já na RUE priorizam-se casos agudos que devem ser enquadradas em uma classificação de risco para ser resolutivo no menor tempo possível. Há uma aproximação com o propósito de acolhimento do usuário que chega, entretanto, a ação profissional é ágil e oportuna, o que fazem com que os vínculos com os sujeitos que estão à sua frente possam ser mais fragilizados e direcionados a assistência focada apenas nos aspectos clínicos (BRASIL, 2013). Contudo, ambos são reconhecidos como pontos de acesso para os casos de violação de direitos, frente a isso é importante destacar espaços de sensibilização e educação permanente (contando com o apoio de especialistas como: psicólogos, assistentes sociais,

terapeutas ocupacionais, entre outros que não compõe as equipes mínimas) para auxiliar os profissionais frente a identificação, acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento para a rede de proteção.

(RE)CONHECER OS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTOS ENTRE OS SERVIÇOS: REDE DE CUIDADOS E DE PROTEÇÃO SOCIAL.

Conforme Brasil (2010; 2015a) a maioria dos casos que envolvem violência encontram nos serviços de saúde o primeiro contato para manifestar seus sinais e repercussões para sua conjuntura enquanto sujeito. Assim, devido sua complexidade, pensa-se que APS e RUE possam atuar de forma articulada e intersetorial com os outros serviços da rede (saúde, assistência, educação, defesa, proteção) para propor um fluxo que englobe todas as dimensões de cuidado (nos três níveis: baixa, média e alta complexidade), propondo uma flexibilização e ampliação para manejar essa demanda.

Diante disso, cerca de 57,22% dos entrevistados propunha-se a encaminhar situação de violência, mas no que corresponde à seus conhecimentos frente a protocolos e fluxos estabelecidos pelo município 55,61% destes relataram desconhecer algum protocolo de atendimento e encaminhamento. Refletindo sobre, é interessante entender que diante de casos que envolvem violência além dos profissionais terem algumas dificuldades em reconhecer sinais para além das marcas físicas os mesmos encontram-se diante de um grande vazio de informações que somente são respondidas quando necessitam encaminhar para a rede (principalmente para saúde, destacando APS/ESF e hospital), muitas vezes desconsiderando os demais serviços disponibilizados pelo município, como a Assistência Social.

A partir disso, afirma-se que o setor saúde tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e instituições que, direta ou indiretamente, atendem casos de violência. Essa abordagem envolve dois campos de atuação: um próprio da saúde, chamado intrassetorial, e outro fora do setor saúde denominado intersetorial. A Rede Intrassetorial é constituída pelos Serviços de APS (ESF e UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVS), Serviços de Atenção Especializada de Saúde Mental (CAPS – modalidades: transtornos graves, infantil, álcool e outras drogas) e Hospitais (Municipais, Estaduais e Federais) para atenção à violência sexual com possibilidade de atendimento 24 horas (BRASIL, 2010).

Já a Rede Intersetorial engloba: Assistência Social (Proteção Social Básica através do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, que oferta serviços de caráter preventivo, protetivo e proativo para as famílias em risco; a Proteção Social Especializada

média e alta complexidade concomitantemente correspondem ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS, que disponibiliza serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos; e os Serviços de Acolhimento Institucional, em Família Acolhedora, por exemplo), os Sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos e as entidades da sociedade civil existentes no território (BRASIL, 2009b; 2010; 2011c; 2011d; CFP, 2012a).

Frente às especificidades nos diferentes níveis da rede é necessário considerar as possibilidades ofertadas no território, na qual não há uma hierarquia, mas uma poliarquia entre os serviços. Assim sendo, é importante convocar os profissionais a estabelecer meios para fortalecer a comunicação e encaminhamentos entre eles. Existe, porém, uma fragilidade presente como dada na pesquisa em que 77,54% das entrevistas, afirmam não receber retorno após encaminhamentos. Propondo a problematização desse fato, é que para fortalecer o trabalho em rede se faz necessário fundamentar as referências e contrarreferências, discorrendo de que a rede é constituída pelas pessoas/profissionais e estabelecimento de relações entre eles. Por isso, é importante partir de cada um as responsabilidades em contatar os serviços encaminhadores e recorrer sobre informações dos casos quando não houver esse contato pós-recebimento do mesmo.

Ademais, produzir a continuidade do acompanhamento na rede não dever ser apenas uma questão de burocrática, mas que se possa ir além, através de uma construção e fortalecimento de uma linha de cuidado necessária fazendo essa conexão entre os serviços do território. Uma vez, que a rede é um organismo dinâmico e que pode ser (re) organizado conforme apresentam-se as demandas emergentes, assim nos casos que envolvem violência e suas complexidades impõem que todos os envolvidos (de todas os níveis e setores) sintam-se empoderados e corresponsáveis para propor ações e estratégias de cuidado, uma vez que os sujeitos e famílias pertencem a rede de cuidados. E para os profissionais de saúde que os atendem, pensa-se que a temática possa ser trabalhada desde a formação acadêmica e continuada na qualificação técnica, que permita assim mobilizar sentimentos e afetos diante destes casos, dessa forma perceberem que atender casos de violação de direitos envolve muito além de aspectos clínicos, mas também aspectos emocionais merecem ser respeitados, e é a partir disso que torna-se possível estabelecer relações humanizadas e produtoras de saúde (SERRA, CARVALHO, MAGALHÃES, 2014).

Dessa forma, ao pensar como pode o profissional de psicologia apoiar e contribuir com as equipes de saúde (na rede de cuidados e proteção) diante de casos envolvendo

violência, pode-se refletir que a contribuição do núcleo da psicologia direciona-se em fornecer uma visão mais ampliada para a relação sujeito-família-sociedade, sendo importante agregar um posicionamento e olhar crítico diante da realidade social apresentada. Faz-se importante pontuar para as equipes de que este é um trabalho o qual deve ser compartilhado com muitos atores, assim não é responsabilidade apenas do serviço da rede para o qual foi encaminhado, mas que os sujeitos/família envolvidos permanecem sob-responsabilidade de todos que tiveram o contato com suas histórias. Assim, é fundamental não apenas (re) conhecer a rede de serviços para atender essa demanda, mas também (re) conhecer suas fragilidades e potencialidades de resolutividade (CFP, 2012a; 2012b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo a proposta em perceber como ocorre a relação da APS com os serviços de urgência apresentou que o trabalho em rede ainda encontra-se em um processo lento de aproximação e fortalecimento. Referente à cobertura local, ainda predomina a característica de modelo biomédico, pois prevalece uma quantidade elevada da população descoberta pela APS, assim recorrendo aos setores da RUE de média e alta complexidade. Nos serviços de urgência os profissionais entrevistados referiram que sua formação acadêmica permanece direcionada ao modelo tradicional/clínico, e o próprio processo de trabalho neste serviço também oferece um modelo que deva ser de rápida resolução, entretanto, casos que envolvem violência demandam dos profissionais maior atenção, que percebam além das marcas físicas outras formas de linguagem e interação com o meio. Sobre isso ainda é preciso continuar possibilitando espaços para maior sensibilização e ampliação do cuidado para situações em que se confirmam ou se suspeitam que tenham ocorrido alguma violência. Também devemos fazer considerações sobre questões referentes à comunicação entre os serviços, a qual aparenta fragilidade, pois muitos encaminhamentos acabam não adentrando aos serviços especializados ou equipes de referência, devido a uma fragilidade no acolhimento de suas demandas no primeiro serviço a que recorreram, onde estas permanecem invisíveis diante da escuta dos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Com isso, a violência continua presente e por vezes invisíveis nas situações que adentram os serviços de saúde, e sabe-se que não há possibilidade de acabarem esses fatos do cotidiano social, uma vez que ainda está presente culturalmente na população, entretanto, há possibilidades de melhorar o cuidado e proteção diante dos casos de violação de direitos, a partir do fortalecimento da rede de cuidados e proteção. A proposta em ampliar a cobertura de APS, por meio da ESF é uma realidade necessária e urgente, pois através dessa expansão

será possível ter um território adstrito sob-responsabilidade de cada equipe e identificação dos demais parceiros presentes nessa área como: serviços de saúde, assistência, escolas, organizações não governamentais, oficinas e projetos, entre outros, haverá maior controle de quem é população e suas demandas mais presentes, o que facilitará a construção de um trabalho de acompanhamento das famílias e fortalecerá a construção de estratégias e ações de promoção, prevenção e proteção para esses sujeitos que encontram-se em situações vulneráveis. A APS/ESF tem grandes potencialidades enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado, da mesma forma seus profissionais também devem ser empoderados para o trabalho, que contemple uma atenção integral aos usuários-família-comunidade, que utilizem do encontro e vínculo com estes sujeitos para melhor manejar diante de situações que envolvem as múltiplas manifestações de violência.

Por fim, como a APS/ESF não conta com equipe ampliada em sua composição mínima, afirma-se a importância de articular o trabalho do Apoio Matricial (AM), através do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) como uma estratégia que foca-se em apoiar, ampliar, aperfeiçoar a gestão e atenção da saúde, contribuindo por meio de outras maneiras em prestar o cuidado diante de situações que demandam acompanhamento emocional, social e protetivo. Assim, a psicologia encontra espaço para inserir-se nas equipes e faz uso de tecnologias leves, como escuta e as relações estabelecidas (com os demais sujeitos e com o ambiente/cultura) sendo, portanto, um espaço de produção e reconhecimento do usuário (MERHY, 2003; BRASIL, 2009c). Igualmente, o trabalho da psicologia com as equipes da APS/ESF pode potencializar espaços para reflexão e diálogo entre equipe- usuário - comunidade, fomentando a expressão de não ditos, a fim de fortalecer os vínculos, articular estratégias de autocuidado, autonomia a estes sujeitos, cogestão participativa dos serviços e possíveis transformações da realidade social vivenciada.

Certamente, a discussão sobre o cuidado e o trabalho envolvendo situações de violência nos serviços de saúde não se esgota por aqui, o que se espera a partir das discussões propostas é que aja um maior reconhecimento da importância do trabalho e empoderamento das equipes de APS, sendo reconhecidos pelos demais setores como serviço norteador e coordenador do cuidado com as pessoas e comunidades. Da mesma forma, que a RUE consiga ampliar o cuidado, respeitando suas particularidades, para uma escuta sensível para o discurso perante seus usuários e que perceba a sua responsabilidade enquanto possível porta de entrada para aquelas situações de violação de direitos que ainda não são acolhidas e acompanhadas na APS devido a sua baixa cobertura, pois talvez seja com estes profissionais

e o serviço, o único ponto da rede em que os sujeitos que estão em sofrimento podem recorrer.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. 1. ed. – Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: O HumanizaSUS na atenção básica. 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.600/2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: nov./2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Orientações técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social- CREAS. Ed. Brasil LTDA, Brasília, 2011c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Perguntas e respostas**: Centro de Referência de Assistência Social- CREAS. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271/2014**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e promoção da saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica** do município de Santa Maria/RS, set., 2016. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 20 out.2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para a prática de psicólogos (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. Brasília: CFP, 2012a.

_____. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência**. Brasília: CFP, 2012b.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Básica. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Orgs.). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

KRUG, E. G. et AL. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Rev Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez, 2003. Disponível em: < http://tead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>.

MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Rev História, Ciências, Saúde**, v.4, n. 3, p. 513-531, nov.1997-fev. 1998. Disponível em: < http://www.mpgop.br/portal/arquivos/2015/05/22/17_11_36_40_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde.pdf>.

MINAYO, M.C de S. **Violência e Saúde**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ROSA, R.; BOING, A.F.; SCHRAIBER,L.B.; COELHO, E.B.S. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.81-90, jan./mar. 2010. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/07.pdf>>.

SANTA MARIA. Secretaria de município de Saúde. **Relatório físico financeiro e de gestão de indicadores anual**. 1ª versão, mar., 2015.

SERRA, A.S de L.; CARVALHO, L.C. de; MAGALHÃES, M.de L. Atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em linhas de cuidado. In: SANTOS, B.R dos; GONÇALVES, I.B.; VASCONCELOS, G. (Org.) **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes**. Brasília: EdUCB, 2014.

WANDERBROOKE, A C N S e MORE, C L O O. **Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde**.*Cad. Saúde Pública* . 2013, vol.29, n.12, p. 2513-22. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2015.