



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Anna Paula Coimbra de Paiva

**Práticas possíveis de equipes de saúde para abordar violência
autoprovocada entre adolescentes e jovens em um território de alta
vulnerabilidade social**

Rio de Janeiro
2020

Anna Paula Coimbra de Paiva

Práticas possíveis de equipes de saúde para abordar violência autoprovocada entre adolescentes e jovens em um território de alta vulnerabilidade social

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Coorientador: Prof. Dr. Martinho Batista Braga e Silva

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P149 Paiva, Anna Paula Coimbra de
Práticas possíveis de equipes de saúde para abordar violência autoprovocada entre adolescentes e jovens em um território de alta vulnerabilidade social / Anna Paula Cimba de Paiva – 2020.
123 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos
Coorientador: Martinho Braga Batista e Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção primária à saúde – Teses. 2. Pessoal de saúde – Teses. 3. Adolescente – Teses. 4. Saúde da família – Teses. 5. Rio de Janeiro, RJ – Teses. I. Mattos, Rubem Araújo de. II. Silva, Martinho Braga Batista e. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614(815.3)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Anna Paula Coimbra de Paiva

Práticas possíveis de equipes de saúde para abordar violência autoprovocada entre adolescentes e jovens em um território de alta vulnerabilidade social

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 15 de maio de 2020.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicinal Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. André Luis, de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

“Gatinho de Cherishe“, começou, bem timidamente, pois não tinha certeza se ele gostaria de ser chamado assim: entretanto, ele apenas sorriu um pouco mais. “Acho que ele gostou” pensou Alice e continuou:

“O senhor poderia me dizer, por favor, qual o caminho para sair daqui?”

“Isso depende muito de para onde você quer ir”, respondeu o Gato.

“Não me importa muito onde...” retrucou Alice

“Então não importa o caminho que você escolha”, disse o Gato. “...contando que chegue em algum lugar” Alice completou.

“Oh, você pode ter certeza que vai chegar...se você caminhar bastante” disse o gato.

Lewis Carroll

RESUMO

PAIVA, Anna Paula Coimbra de. **Práticas possíveis de equipes de saúde para abordar violência autoprovoçada entre adolescentes e jovens em um território de alta vulnerabilidade social** 2020. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O objetivo principal desta dissertação é analisar as práticas das equipes de saúde em casos de violência autoprovoçada entre adolescentes. O ponto de partida da discussão é o trabalho desenvolvido num Centro Municipal de Saúde, localizado em um território de alta vulnerabilidade social do Rio de Janeiro, narrado pelas memórias da autora, enquanto profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. As narrativas têm um recorte temporal específico – fevereiro de 2017 a janeiro de 2019 – e demonstram durante este período importantes mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde em relação a estes casos, disparadas pelo aumento do número de adolescentes com esta demanda. A primeira seção deste estudo é sobre a metodologia utilizada, que faz relação com Landi (2018) a partir da escolha por uma escrita que permitisse aproximação com as inquietações que o tema da violência autoprovoçada disparou. Dentro desta seção é abordado o contexto que estão inseridas essas memórias, ao falar sobre o contexto de precarização do Sistema Único de Saúde. A segunda seção é destinada a considerações sobre o campo da Atenção Básica, Saúde mental e da temática do suicídio, procurando artigos, documentos e manuais que abordem esta questão. É percebido que existe uma literatura incipiente, especialmente para casos de violência autoprovoçada entre adolescentes e a prevalência de um olhar focado nos transtornos mentais e menos, numa concepção de saúde ancorada nos determinantes sociais. A terceira e quarta seção já dizem respeito as narrativas propriamente ditas, buscando explicitar o cotidiano e o processo de trabalho, o território, os casos e os dispositivos da rede de saúde e intersetorial. É percebido que havia uma predominância de adolescentes do sexo feminino e negras. Além disto, outras formas de violência são somadas aos casos, tornando-se situações complexas. Destaca-se a relevância da Atenção Básica para o acolhimento, notificação, compartilhamento e acompanhamento dos casos.

Palavras-chave: Atenção básica. Práticas de saúde. Violência autoprovoçada. Adolescentes.

ABSTRACT

PAIVA, Anna Paula Coimbra de **Possible practices of health teams to address self-inflicted violence among adolescents and young people in a territory of high social vulnerability**. 2020. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020

The main objective of this dissertation is to analyze the practices of health teams in cases of self-inflicted violence among adolescents. The starting point of the discussion is the work developed at a Municipal Health Center, located in a highly socially vulnerable territory in Rio de Janeiro, narrated by the author's memoirs, as a professional at the Family Health Support Center. The narratives have a specific time frame - February 2017 to January 2019 - and demonstrate during this period important changes in the work process of health teams in relation to these cases, triggered by the increase in the number of adolescents with this demand. The first section of this study is about the methodology used, which is related to Landi (2018) from the choice for a writing that would allow approximation with the concerns that the theme of self-provoked violence triggered. Within this section, the context in which these memories are inserted is addressed, when talking about the precarious context of the Unified Health System. The second section is intended for considerations on the field of Primary Care, Mental Health and the theme of suicide, looking for articles, documents and manuals that address this issue. It is noticed that there is an incipient literature, especially for cases of self-inflicted violence among adolescents and the prevalence of a look focused on mental disorders and less, on a conception of health anchored in social determinants. The third and fourth sections already concern the narratives themselves, seeking to make explicit the daily life and work process, the territory, the cases and the devices of the health and intersectoral network. It's noticed that there was a predominance of female and black adolescents. In addition, other forms of violence are added to the cases, making them complex situations. The relevance of Primary Care for the reception, notification, sharing and monitoring of cases is highlighted.

Keywords: Primary Care. Practices of health. Self-inflicted violence. Adolescents

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Apoio Matricial
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
CGSM	Coordenação Geral de Saúde Mental
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNAR	Consultório na Rua
DAB	Departamento de Atenção Básica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPUB/UFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IPP	Instituto Pereira Passos
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Infância

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	SOBRE PERCURSO E METODOLOGIA: DOS LUGARES QUE ESTIVE ATÉ O ENCONTRO COM O OBJETO DESTE ESTUDO	12
1.1	Os bastidores das memórias: alguns apontamentos sobre o contexto de precarização da saúde	24
2	MUDANÇAS NO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE / SAÚDE MENTAL.....	28
2.1	A relevância da Atenção Básica à Saúde e a implementação dos NASF(a).....	29
2.2	Reforma psiquiátrica no Brasil e a rede de atenção psicossocial – RAPS.....	38
2.3	Considerações sobre a temática do suicídio	41
3	CHEGADA NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	52
3.1	A rede intersetorial do território	66
4	DE ENCONTRO COM AS MEMÓRIAS	70
4.1	A violência em suas múltiplas formas: conhecendo territórios.....	71
4.2	Relações de afeto em meio a dor: Juliana e Lara	74
4.2.1	<u>Quando acontece um suicídio.....</u>	81
4.2.2	<u>A Supervisão de Saúde Mental: outras possibilidades e novos direcionamentos</u>	83
4.3	É lá no beco ao lado da creche...Alice e sua busca por	
4.4	afetos.....	87
	Espaços coletivos pensando sobre a temática dos adolescentes em sofrimento psíquico	102
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS.....	115
	ANEXO.....	120

INTRODUÇÃO

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a violência em três categorias: interpessoal, coletiva e autoinfligida. Esta última, também denominada lesão autoprovocada, é a violência que uma pessoa inflige a si mesma, podendo ser subdividida em comportamento suicida e em autoagressão.

Segundo Monteiro *et al* 2015), o comportamento suicida é caracterizado por pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito, enquanto a autoagressão diz respeito aos atos de automutilação, desde formas leves - arranhaduras e cortes - até as mais severas, como amputação de membros.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera como lesão autoprovocada intencionalmente as lesões ou o envenenamento autoinfligido e as tentativas de suicídio. Nesta dissertação, o termo “violência autoprovocada” será também utilizado como sinônimo para “lesão autoprovocada”.

De acordo com a OPAS/OMS (2018) cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. A organização ainda aponta que, para cada suicídio, existem muitas pessoas que fazem a tentativa, sem resultar em morte. A taxa de suicídio ainda aumenta (79%) quando é observado o fenômeno em países de baixa e média renda.

O impacto desse fenômeno – bem como suas múltiplas causas – vão além da esfera individual. A repercussão de um caso de suicídio em uma comunidade gera adoecimento não só para familiares e próximos a quem fez o ato, mas também àqueles de seu entorno. Para os serviços de saúde, o suicídio e suas consequências (como no caso de lesões não fatais) geram custos para o setor saúde, cada vez mais crescentes: sejam com internações decorrentes do ato, como posteriormente acompanhamento ambulatorial (MONTEIRO *et al*, 2015).

Com o avanço da Atenção Básica e sua relevância territorial, vem se indicando ações de saúde mental, assim como a prevenção do suicídio enquanto promoção de saúde como mais uma responsabilidade para este nível de atenção (OMS, 2000). A proximidade com a população, o acompanhamento e monitoramento territorial tornam a atenção básica peça fundamental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme inserida na Portaria 3.088 de 2011, para a identificação e acompanhamento de casos, bem como o desenvolvimento de ações coletivas.

Meu interesse por esse tema se originou através de estranhamentos, inquietações e problematizações durante o meu período (2015-2017) na residência em saúde mental pelo

Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ) e que amadureceram, ou melhor, aumentaram com a minha inserção profissional na Atenção Básica após a residência, em uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), localizada em um território de alta vulnerabilidade social do Rio de Janeiro.

Essas inquietações surgiram a partir de experiências com pessoas que realizavam tentativas de suicídio. Esta demanda é endereçada aos serviços de saúde e saúde mental, que precisam realizar o acompanhamento dessas pessoas, embora na prática pareça que este lugar não está dado. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) possuem como perfil atender pessoas com “transtornos graves e persistentes” e, somente por esta definição, não fica claro o lugar para pessoas com histórico de violência autoprovocada.

Somado a esta questão, muitas vezes, existe a dificuldade dos profissionais em lidar com essa demanda e a partir disso identificar, inclusive, a gravidade dos casos. Rodrigues (2018) aponta para a complexidade que envolve a temática do suicídio e que, quando se trata de pessoas que se mutilam, muitas não o fazem com o intuito de morrer.

Inserida numa equipe NASF, percebi o crescente número de casos de adolescentes que realizavam a prática da automutilação. De fevereiro de 2017 até janeiro de 2019 foram um pouco mais de 30 casos que chegaram até nós, sendo apenas um do sexo masculino. É importante destacar a presença de jovens negras e que vem de famílias pobres dentre esses casos, principalmente as que estão nas narrativas desta dissertação. A prática da mutilação envolve gilete ou faca como instrumento, fazendo cortes superficiais no corpo.

O estudo aciona minhas memórias enquanto integrante de uma equipe NASF, descrevendo como esta equipe juntamente com as equipes de saúde da família da unidade de saúde que pertencem, conduziram os casos de adolescentes em sofrimento psíquico do território que realizam a prática da violência autoprovocada, observando seu papel na rede de cuidados e considerando que tais casos promovem interlocuções com as temáticas da violência e saúde mental.

Essas memórias dizem respeito ao processo de trabalho envolvido no atendimento dos casos, observando (e atuando) com as equipes de saúde, destacando as práticas das equipes envolvidas, seja com minha participação direta ou indireta nas consultas e/ou visitas domiciliares. As memórias incluem discussões ocorridas em espaços coletivos, como os fóruns e supervisão de saúde mental da área programática (AP) referente à unidade de saúde.

Como Landi (2018) enquanto psicóloga de um hospital geral, mobilizarei minhas memórias como assistente social de um NASF para destacar as práticas articuladas às políticas voltadas para a atenção à saúde da população. Ao optar por escrever sobre aquilo que é vivido

– o campo da experiência – vou na contramão da ideia de um saber neutro e imparcial, sendo o objeto deste estudo situado e localizado (HARAWAY, 1995).

1 SOBRE PERCURSO E METODOLOGIA: DOS LUGARES QUE ESTIVE ATÉ O ENCONTRO COM O OBJETO DESTA ESTUDO

Inicialmente, cabe destacar que este estudo tem sua centralidade nas narrativas das memórias da autora sobre sua experiência nas práticas na atenção básica, e nas reflexões que elas trazem a este trabalho. Nasceu, portanto, das inquietações suscitadas por aquela experiência profissional. Na medida que esta dissertação foi sendo construída, aquelas experiências foram sendo revisitadas de modo a construir as narrativas que aqui se apresentam. Portanto, o modo de narrar e descrever tais memórias, assim como colocá-las em análise, foi delineado posteriormente.

Mas antes, penso ser necessário fazer algumas colocações sobre o que estou entendendo por memória e narrativa, bem como estas questões fazem parte de um modo de fazer pesquisa. Para Onocko Campos e Furtado (2008), existe uma potencialidade no uso de narrativas que podem ser inseridas em pesquisas qualitativas em saúde, principalmente em situações que envolvam a mediação entre estrutura (instituições) e eventos; ação política e memória; sujeitos e coletivos; experiência e linguagem.

Não pretendo colocar aqui uma discussão aprofundada sobre memórias e narrativas, mas cabe ressaltar que esta são questões que existem em outras áreas, como a literatura, a comunicação, história, psicanálise, dentre outras, conforme colocam Onocko Campos e Furtado (2008). Para os autores, poucos estudos na saúde fazem uso de narrativas e ao mesmo tempo colocam a necessidade de se pensar novas formas de fazer pesquisa em saúde, principalmente para avaliação e análise do cotidiano dos serviços de saúde, especialmente os de saúde mental.

Pensemos na saúde coletiva – na sua história, marcada pela controvérsia entre estruturalismo e fenomenologia, no recente resgate do sujeito enquanto campo disciplinar – e coloquemos em contato com a tradição da nossa área as problemáticas emergentes no próprio SUS. Inúmeros serviços novos como CAPS, Unidades de Saúde da Família, Centros de Referência de doenças sexualmente transmissíveis (CRT), e outros, enfrentam, dia-a-dia, a necessidade de recriar suas práticas e de dar-lhes fundamento e legitimidade social. Não seria de interesse termos ferramentas metodológicas para pesquisarmos as mediações entre o que se diz e o que se faz (discurso e ação)? Entre eventos ocasionais e questões mais estruturadas? Entre os sujeitos individuais e os coletivos? Ainda, não se faz premente a necessidade da “vinda ao mundo de um texto” em relação a essas novas práticas? O que se passa nas casas durante as visitas domiciliares? Como se defende uma equipe da proximidade com a loucura? (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2008, p.1095).

Sobre as memórias, existe uma temporalidade a ser considerada. Uma narrativa evoca eventos do passado para ser colocados no presente, no ato da escrita, que dá materialidade as memórias. Assim, narrar implica em um (re)trabalho de acionar as memórias e aqui trazer à tona “uma verdade” é menos importante do que o sentido, afetações e as reflexões que elas produzem, principalmente em como e com quem elas são construídas nas narrativas.

Ao falar de cotidiano de um serviço de saúde, questões com os demais profissionais, instituições dentro e fora da saúde podem ser percebidas. Além de questões próprias de quem escreve. Impasses, potenciais, diálogos são trazidos à cena e revelam situações e momentos de produção de arranjos práticos que não estão em documentos ou manuais.

Dessa maneira, elaborar essa dissertação com base em memórias trouxe desafios, principalmente em relação à forma de conduzir o estudo. Outras pessoas enfrentaram desafios dessa ordem, como Landi (2018) ao mobilizar suas memórias para investigar o cuidado.

Landi (2018) conduz sua pesquisa através de memórias, estas produzidas a partir de inquietações e estranhamentos que surgiram em anos de prática profissional no SUS. Ela narra seu cotidiano de trabalho em um hospital geral enquanto psicóloga, com o objetivo de analisar práticas de cuidado em saúde e mobilizando autores do campo da antropologia, tanto os clássicos quanto os críticos à forma tradicional do fazer etnográfico.

A etnografia não é um método de pesquisa, mas uma forma de trabalhar com aquilo que traz tanta surpresa: “assim, minha questão em relação à metodologia ganhou novo foco: um compromisso com as inquietações despertadas ao longo do percurso da pesquisa” (LANDI, 2018, p.19).

Assim, com a centralidade da discussão colocada no território das “práticas”, a autora percebeu lacunas existentes entre o discurso em relação ao que é proposto enquanto cuidado por políticas do Ministério da Saúde – principalmente a utilização de conceitos como acolhimento, escuta, humanização – com o cuidado que é produzido no plano concreto do dia-a-dia, da “rotina” de um hospital do SUS.

Também acionarei minhas memórias enquanto profissional do SUS em minha pesquisa, que também focalizará práticas das equipes de saúde produzidas em um determinado lugar e recorte temporal específicos. Entre as formas de analisar estas práticas, uma se relaciona com o olhar sobre as produções no campo da saúde e saúde mental. Existe material sobre o tema? Existem fluxos específicos para a questão da violência autoprovocada em adolescentes? A discussão proposta é entre o que está na teoria (ou não) para olhar o que está sendo feito na prática.

Após constatar que o ato de utilizar um jaleco no hospital demarca seu lugar enquanto profissional, ao mesmo tempo que produz um afastamento daquele que cuida e o que é cuidado, Landi (2018) propõe a retirada do jaleco ao mobilizar suas memórias, referindo ser impossível ocultar a subjetividade daquela que escreve.

Importante ressaltar que, fazendo uma escolha metodológica de trabalhar com o que foi vivido e das inquietações que surgiram a partir daí, concordo com Landi (2018) e entendo a impossibilidade da existência de uma suposta imparcialidade. A autora inclusive questiona as formas de saber, considerando os apontamentos de Mattos (2010) sobre conhecimento científico. O autor critica as tentativas de muitos, que tentam suprimir qualquer traço que possa ter de subjetividade na produção do conhecimento, em prol de uma tentativa de objetividade (entendida como correspondência à realidade) e de neutralidade.

Landi (2018) também faz ressalvas para pontuar a necessidade de um distanciamento necessário para, a partir da descrição das narrativas, ser possível analisá-las. Faz uma reflexão considerando tomar como exótico o familiar numa tentativa de desnaturalização daquilo que lhe é familiar, ou seja, o cotidiano de trabalho. O ato de analisar essas memórias seria uma forma possível de distanciamento do objeto de estudo (VELHO, 1987).

Faz-se também necessário falar sobre outro distanciamento (ocorrendo particularmente nesse estudo) que, enquanto profissional de um serviço de saúde da Atenção Básica, pude fazer. Revestida da posição de uma profissional do corpo técnico da unidade (Assistente Social de uma equipe NASF), a relação que tive com a localidade no qual o CMS está inserido foi um laço profissional.

Isto é radicalmente diferentemente da categoria dos Agentes Comunitários (ACS), cujo profissionais também são moradores do local, e, por isto, também usuários do serviço. Ou melhor, como se fala lá na unidade: “os cadastrados”. Essa é uma marcação importante a fazer, principalmente quando se trata de um serviço de base territorial específica, cujas demandas refletem as necessidades em saúde daquela população que está sob sua responsabilidade.

O pesquisador não consegue eliminar a si mesmo e apenas mascara sua subjetividade por meio da neutralidade. A noção de objetividade do modelo de ciência hegemônico, portanto é, na verdade, a adoção de uma subjetividade única, no caso aquela marcada pela comunidade acadêmica – homens brancos e ocidentais (GÓES, 2019, p.4).

Penso de forma semelhante a Landi (2018), e, entendo ser necessário trazer para o debate sobre construção da escrita e do processo de distanciamento autoras que pensam modelos de ciências e epistemologias feministas, que tem características diversas e marcadas pela

pluralidade de pensamentos. Sigo fazendo um recorte que comporte uma metodologia dos sentidos, daquilo que afeta, já que foi por essa motivação que o objeto surgiu como possibilidade de transformação em conhecimento.

Pegando algumas ideias de Donna Haraway (1995) emprestadas, o conhecimento é sempre situado: eu, enquanto mulher branca e não periférica estou narrando o cotidiano de trabalho localizado em uma favela, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dos piores do Rio de Janeiro, onde a população tem uma cor predominante, a negra. Além disso, entre os casos de adolescentes que praticavam a violência autoprovocada, apenas um era do sexo masculino. Desta forma, existe uma interseccionalidade¹ em debate, já que estamos na linha entrelaçada do gênero, raça e classe. Sendo assim, foram em geral adolescentes, negras e periféricas. Assim irei colocar no estudo o substantivo no feminino, “as adolescentes”.

Em uma concepção mais abrangente do que quero falar, mas fazendo toda relação com isto, Goés (2019) discorre sobre o lugar do conhecimento e de quem o fala: “o atual modelo epistêmico hegemônico no ocidente é temporalmente, espacialmente e socialmente localizado, ou seja, ele foi construído em uma determinada época, refletindo o contexto social-histórico da mesma e do grupo que o produziu” (GÓES, 2019, p.2).

A fala supracitada foi produzida para fazer crítica ao modelo hegemônico de produção de conhecimento (neo)positivista, que busca a neutralidade e objetividade (GOÉS, 2019). Não me aprofundarei nessa questão, mas aqui faço uma relação com o estudo, na medida no qual entendo não existir a suposta neutralidade no conhecimento, mas também reafirmar o ponto de vista deste estudo: aquele que se baseia em afetações produzidas e do lugar de quem o escreve, está inserida em determinadas relações sociais e de poder.

Porém, ela [Donna Haraway] propõe a objetividade como visão parcial. Isto significa não um olhar semelhante ao de um deus onipresente, que tudo olha e nada vê, e sim como um olhar que parte de um corpo humano, localizado territorial, social e temporalmente. Assim, Haraway propõe uma visão corporificada, que produz um conhecimento corporificado e, como tal, localizado e parcial. A corporificação do conhecimento implica em se posicionar, ou seja, compreender que o saber é produzido por corpos e reconhecer a localização social e política que estes ocupam na estrutura. A objetividade é, então, um conhecimento localizado (GÓES, 2019, p.4).

¹ Nas palavras de Carla Akotirene (2018) para a Coluna Mulheres em Movimento: “Interseccionalidade é uma ferramenta metodológica disputada na encruzilhada acadêmica. Trata-se de oferta analítica preparada pelas feministas negras. Conceitualmente ela foi cunhada pela jurista estadunidense, a professora da teoria crítica de raça Kimberlé Crenshaw, no âmbito das leis antidiscriminação. Sensibilidade analítica, a interseccionalidade completa no próximo semestre 30 anos, quando a sua proponente teorizou a sugestão histórica pensada pelo movimento de mulheres negras. É uma ferramenta teórica e metodológica usada para pensar a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, e as articulações decorrentes daí, que imbricadas repetidas vezes colocam as mulheres negras mais expostas e vulneráveis aos trânsitos destas estruturas.”

Portanto, a metodologia envolve: 1) memórias produzidas por inquietações e estranhamentos de um ambiente de trabalho localizado em um território que sofre diversas vulnerabilidades, mas principalmente a violência estatal cotidiana; 2) análise dos resultados, bem como o lugar de fala da autora indicam uma forma de distanciamento do objeto de estudo; 3) inquietações, na qual a subjetividade de quem escreve se faz presente, já que as motivações da escrita perpassaram diversos afetos ; 4) tripé gênero, raça e classe, exposto nas memórias para narrar vidas vulnerabilizadas.

Faço um parêntese para falar sobre a questão da vulnerabilidade, pois perpassará toda minha escrita. Durante meu percurso enquanto Assistente Social trabalhadora do SUS, era comum fazer o uso do termo para as pessoas que atendia como “em vulnerabilidade social” entendendo ser a melhor forma de assim estabelecer uma marcação. Hoje, pensando no estudo, e em minha prática profissional entendo que, descuidadamente, pode cair em uma naturalização.

Conforme Ayres *et al* (2003) citado por Gondim (2018) falam de uma ampliação no conceito de vulnerabilidade, pois estava atrelada apenas ao conceito de risco, que acabam por discriminar, vitimizar e até mesmo tutelar a partir de práticas e políticas sociais. Um exemplo que vai de encontro com as narrativas colocadas – já que as adolescentes em questão eram negras e de famílias provenientes do Programa Bolsa Família (PPF)², as práticas dos profissionais de saúde muitas vezes tinham um caráter fiscalizador e controle sobre aquela população. A principal forma de cuidado para as adolescentes é o planejamento familiar e as vacinas. Pensar nessas pessoas enquanto sujeitos e respeitar seus modos de viver a vida (e pasmem, que podem gastar seu dinheiro da forma que bem entendem), é um desafio.

Dessa forma, usarei conceito de risco social – para momentos que os sujeitos se colocam em situações extremas, considerando o contexto local, social e familiar – mas também pensando

² O Programa Bolsa Família foi criado pela Lei 10.836/94 como um programa de transferência direta de renda para famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. A demarcação de uma situação para outra seria o cálculo da renda total familiar. Para receber o PBF, são impostas as famílias uma série de condicionalidades, em saúde e para a educação, o que abre debate para questão do direito universal ao acesso aos serviços públicos...Mariana e Carloto (2009) problematizam as políticas públicas para famílias nas quais as mulheres tem a centralidade. No PBF, geralmente, a preferência dada no cadastrado feito pelo CRAS é para as mulheres da família. Do mesmo modo, a composição do público beneficiário ilustra o quadro de desigualdades persistente na história da sociedade brasileira. De acordo com dados do Retrato das desigualdades de gênero e raça, podemos, mais uma vez, constatar que a pobreza brasileira tem sexo e cor. A presença mais notável de mulheres negras entre as pessoas pobres é reflexo de um processo histórico de (re)produção de desigualdades sociais. Essas desigualdades têm como eixos estruturantes os marcadores sociais como gênero e raça-étnia, os quais orientam a construção da cidadania e a efetivação de direitos no Ocidente. Portanto, sexo e cor são também definidores das desigualdades sociais (p.901-902)

em fazer esta demarcação para utilizar o termo vulnerabilidade para fazer referência a uma concepção mais ampliada e crítica, conforme Gondim (2018) explana de forma brilhante:

Trabalhar com essa concepção de vulnerabilidade significa levar em consideração não apenas as variáveis do contexto, mas também a percepção dos sujeitos e os significados que assumem o corpo, a casa, o território, a família, o trabalho, o amor, o sexo, o alimento, o transporte, os sonhos, os desejos, enfim, tudo aquilo que compõe os diversos modos de levar a vida. Considera-se o conjunto dessas chaves analíticas como rentáveis para os estudos das condições de saúde de populações vulnerabilizadas. Ratifica-se assim a importância de levar em consideração as relações entre saúde e os modos de vida dos sujeitos, da cotidianidade, onde se desenrolam e são inscritas as distribuições desiguais das determinações da saúde. Nesse entendimento é que reside a opção pelo uso dos termos vulnerabilização e vulnerabilizadas, ao invés de em vulnerabilidade, enfatizando que a condição de vulnerabilidade é fruto de ações políticas, econômicas e sociais vulnerabilizantes. A intenção é da não naturalização do termo e do diálogo com a noção de determinação social do processo saúde-doença. (p.45)

Desta forma, um território de alta vulnerabilidade social é aquele que foi assim produzido por ações sociais, mas principalmente econômicas e políticas, tornando esta população vulnerabilizada. Uma população que tem um risco maior a determinados agravos e doenças pelas condições sanitárias e precárias de vida, – e aqui está o debate dos determinantes sociais – mas que isto não pode ser naturalizado, algo como dado socialmente. É nessa perspectiva, trazendo o caráter político, que se encontra a discussão dos determinantes.

Retomando os pontos metodológicos – se assim posso dizer -, é preciso ir além da dicotomia (muitas vezes desnecessária) objeto versus subjetividade, que poderia também ser transcrita aqui como distância versus aproximação, para entender ir de encontro com um objeto (uma memória) que produz um olhar e conhecimento parcial e localizado.

Ambas as autoras [Lorraine Code e Donna Haraway] sinalizam que, para alcançar um conhecimento cada vez mais objetivo, é necessário abandonar a neutralidade e reconhecer a perspectiva parcial e subjetiva do pesquisador. Essa perspectiva não significa o mero conjunto de opiniões, mas sim a posição na estrutura de intersecção de classe, raça, gênero, etc. A subjetividade de Code é o contexto histórico social e político no qual o pesquisador está inserido, noção paralela à posição que o corpo ocupa no tempo e espaço, de Haraway. (GÓES, 2019, p.5)

Seguindo o percurso das memórias, se pode dizer que a forma que se chega ao objeto deste estudo se trata da minha trajetória enquanto trabalhadora do SUS, através da atuação nos serviços de saúde/saúde mental. Faço uma pausa para brevemente falar sobre isso, pois se torna então necessário. Minha inserção profissional no Centro Municipal de Saúde (CMS) - - que é palco do presente trabalho - se iniciou em fevereiro de 2017, logo após o término da minha

residência em saúde mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

Apesar de estar atuando em um serviço da Atenção Básica, não estava me retirando do campo da saúde mental. Tanto do ponto de vista institucional e político, no qual as unidades de saúde da família junto com a equipe NASF estão inseridas como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), quanto prático: segui fazendo acompanhamento de diversas situações que envolviam sofrimento psíquico de pessoas e suas famílias, agora de um outro lugar da rede.

No entanto, foi durante o período da residência (de março 2015 até fevereiro de 2017) que surgiram as primeiras aproximações com a temática do suicídio, fazendo, portanto, ser necessário falar brevemente sobre este percurso. Fiquei um ano numa enfermaria dentro de hospital psiquiátrico, em Serviço Residencial Terapêutico (SRT), em uma equipe de Consultório Na Rua (CNAR) e em dois Centros de Atenção Psicossociais (CAPS): um do tipo III e do tipo II para usuários que faziam uso abusivo de Álcool e/ou outras Drogas.

Foram nos seis meses que estive na equipe do Consultório Na Rua que pude perceber a potência da atenção básica para, inclusive, casos complexos de saúde mental e com (ou não) comorbidades clínicas. Casos, estes, que na prática terminavam por estarem mais presentes com a equipe do CNAR do que com serviços ditos especializados, como os CAPS.

Isto acontecia por diversas questões, seja pela dinâmica dos serviços envolvidos no caso, ou pelo vínculo do usuário. De qualquer forma, quando entrei para a equipe NASF, pude perceber semelhanças nesse sentido. O trabalho de uma equipe da atenção básica que absorvia - direta ou indiretamente - as demandas da atenção especializada.

Por um ano tive a oportunidade de integrar enquanto residente num CAPS III da Zona Norte do Rio de Janeiro, que faz parte de um dos territórios mais vulneráveis da cidade. Foi nessa experiência que me deparei com um caso de tentativa de suicídio que me marcou bastante pelo diferencial da situação comparada as outras experiências que vivenciei.

Tratava-se de um usuário que estava na sala vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após ter ingerido veneno para ratos, o “chumbinho”. Poucos meses antes daquela situação a qual ele se encontrava, ele já havia tentando outras duas vezes: se atirando na frente de um ônibus e tentando se jogar de uma passarela em via pública.

A equipe da UPA logo convocou o CAPS III para informar o ocorrido e solicitar intervenção no caso. Os serviços de saúde eram muito próximos geograficamente falando, fato que ajudou na articulação. Fui junto com um dos psiquiatras do serviço para conversar com o

usuário. O atendimento foi na própria UPA, pois ele ficaria sete dias internado devido ao agravamento de questões clínicas.

Era um homem na faixa dos 30 anos, se encontrava recentemente desempregado. Com a crise financeira, passou a beber muito e fazer apostas em jogos de azar. Seu casamento acabou no mesmo período e a esposa não o deixava ver seu filho, ainda bebê. Durante a conversa, nos chamou a atenção a ausência de crítica sobre as tentativas de suicídio. Seus planos eram sair o quanto antes da UPA para conseguir a guarda de seu filho.

Saímos da UPA com a sensação de que o usuário faria uma nova tentativa, por isso, pensamos ser necessário que ele ficasse em acolhimento noturno no CAPS III. No entanto, não havia vagas no serviço, sendo a equipe optando por cada um dos dias que o usuário passasse na UPA, dois profissionais se deslocariam para atendê-lo. Essas decisões foram tomadas em conjunto com a discussão do CAPS III no mesmo dia que a situação chegou até nós.

A residência no IPUB/UFRJ dispõe de um espaço de supervisão com uma professora de referência para cada residente. Durante um encontro, contei o ocorrido e então a professora colocou uma questão para a reflexão: como você avaliaria a gravidade do caso? Quais as perguntas que você fez para o usuário? Você perguntou claramente se ele pensa em uma nova tentativa?

Naquela época, em 2016, eu achava muito desconfortável falar abertamente sobre suicídio. Aliás, eu nunca tinha feito isso. E achava mais estranho perguntar se uma pessoa tinha a vontade de se matar. Apesar de considerar grave o caso devido ao sofrimento psíquico envolvido, não havia pensado muito sobre essas questões.

A equipe do CAPS III também tinha suas dúvidas sobre a condução deste caso, tanto que foi pauta de uma reunião de equipe. A discussão gerou uma divisão de opiniões por parte dos profissionais. A maioria da equipe entendeu que devido ao sofrimento psíquico e as tentativas, era necessário que o usuário pudesse ser acompanhado pelo serviço naquele momento.

No entanto, um psiquiatra (não foi o mesmo me acompanhou na UPA) se espantou com a decisão. Seu principal argumento era que o usuário é um *neurótico* e que não fazia perfil para o serviço. Ele entendia que seu tratamento deveria ser ambulatorial e que o usuário poderia parecer deslocado no meio de tantos *psicóticos*. Um enfermeiro entrevistou, sem muita certeza: ele “ouviu” falar que casos de suicídio eram graves e deveriam ser internados, inclusive.

Por fim, apesar de muitas contestações por parte de algumas pessoas da equipe, o usuário fez um acompanhamento semanal no CAPS III por cerca de três meses, fazendo psicoterapia e passando pelo psiquiatra. A equipe entrou em consenso que o usuário se encontrava em uma

situação de risco potencial para uma nova tentativa e que, por isto, demandava um acompanhamento intensivo, o que um ambulatório não forneceria. Após melhora significativa do quadro, ele teve “alta” do serviço.

Em contato com a clínica da família de referência do território, esta relatou que a agente comunitária de saúde (ACS) sabia das tentativas de suicídio do usuário e que o mesmo, antes de parar na UPA, havia pedido ajuda a profissional. Ela, no entanto, não informou o caso para a sua equipe. Isso nos dá indicativos de que também na atenção básica talvez não houvesse entendimento da gravidade da situação.

Aqui exponho uma situação decorrente ao meu primeiro dia de trabalho, o qual falarei com mais detalhes em outro tópico. Quando entrei em 2017 numa equipe NASF, como profissional do serviço, me deparei com uma situação que envolvia a temática do suicídio. Um usuário que possuía um quadro depressivo – e em momentos mais agudos de piora do seu humor também desencadeava sintomas psicóticos - havia pedido ajuda, pois estava pensando em se matar.

A situação gerou dúvidas em relação à condução caso: a psicóloga da equipe, também recém-chegada na unidade, queria chamar a ambulância para regular “vaga zero”³ para o usuário. Outros, que já conheciam o usuário (a equipe de referência e membros antigos da equipe NASF) sabiam que uma medicação de emergência por um médico da unidade resolveria a questão naquele momento de crise.

A situação teve como desdobramento a condução do caso pela equipe de saúde da família e a equipe NASF. Desta forma, não houve necessidade de chamar ambulância. O caso seguiu sendo acompanhado apenas pela atenção básica. Aquele momento reforçou para mim a potência da atenção básica e que a temática do suicídio despertava muitas dúvidas para os profissionais.

Colocado isto, as questões e dúvidas sobre a condução dos casos que tinham envolvimento com a violência autoprovocada passaram a ser mais destacadas devido a crescente demanda de adolescentes em sofrimento psíquico que realizavam a prática da automutilação com ou sem ideação suicida que chegavam a unidade, seja com a família, com amigos e até mesmo sozinhos.

³ Era assim chamado a solicitação de ambulância para situações de emergência. Segundo a SMS/RJ (2016), esta solicitação é feita à Central de Regulação do município (geralmente por sistema eletrônico, mas existe também a forma via telefone) e então após feita a classificação de risco, o usuário era removido para uma emergência de Hospital.

A questão era cada vez mais alarmante. No início do ano de 2019 estava saindo de uma reunião no Conselho Tutelar com a supervisora institucional do CAPSi do território. Eu havia comentado da minha inserção no mestrado acadêmico na UERJ e que pensava em falar sobre adolescentes em sofrimento psíquico.

Ela então me confirma algo que já era notório para mim na atenção básica: nos últimos dois anos o CAPSi se confrontava com o aumento de casos de adolescentes em sofrimento psíquico com histórico de violência autoprovocada. O crescimento era tal que, segundo ela, estava sendo uma das principais demandas do serviço.

O espaço temporal de dois anos coincide com as impressões que tive na atenção básica, no entanto, no ano de 2017, ainda não havia clareza sobre o papel da rede de saúde mental sobre estes casos. Essa dificuldade de atuação nesses casos não era somente das equipes de saúde da família do CMS, mas do próprio NASF também. Em relação ao acompanhamento, inicialmente foi uma demanda absorvida apenas pelas equipes de saúde da família e NASF.

A situação muda com a emergência de dois momentos críticos no território: a morte de uma adolescente de 13 anos dentro de uma escola próxima a unidade de saúde, devido a uma incursão policial e o suicídio de uma adolescente (também da mesma idade) que era acompanhada conosco. Este segundo fato teve um impacto maior e mais visível para nós.

Essas duas situações desdobraram no serviço o aumento da demanda de adolescentes que “pediam ajuda” para seus sofrimentos e logo, nossa postura profissional também mudou para pensar a condução dos casos. Darei mais detalhes posteriormente ao longo do trabalho como esses dois momentos impactaram direta e indiretamente (e de formas diferentes, cada um) o serviço.

Conforme já foi explicitado sobre as adolescentes, a grande maioria era do sexo feminino e realizavam a prática da automutilação, marcando seus corpos com o sofrimento que vivenciavam. A grande maioria com ideação suicida e, em alguns casos, com tentativas prévias de suicídio inclusive via ingestão de medicamentos e enforcamento, por exemplo.

Desta forma, ocorreu um processo de questionar o direcionamento para a condução dos casos apenas pela atenção básica. O entendimento que esses casos poderiam ser acompanhados pelo CAPSi surgiu com a sinalização da gravidade e complexidade das situações envolvidas, considerando que além da violência autoprovocada, outras formas de violência perpassavam os adolescentes e suas famílias.

Dentre os tipos de violência presentes nos casos, está experiência da vivência em um território que é vulnerável na medida que sofre cotidianamente com uma presença maciça do Estado, através da repressão policial a chamada “guerra as drogas”, mas carece de outras formas

de intervenção de políticas públicas, como saneamento básico e uma política de habitacional adequadas, maior presença de espaços de cultura, educação, lazer, entre outros.

Esta violência do Estado apesar de ser visualmente notável, tem impactos subjetivos importantes e muitas vezes – por isso mesmo - podem ser invisíveis para os usuários e profissionais de saúde. Por isto, ocasionam formas específicas de adoecimento. Para além disto, situações de abuso sexual e psicológico; racismo e questões de gênero relevantes também se fizeram presentes.

Conforme já colocado na introdução, este estudo se debruça, portanto, nas minhas memórias enquanto integrante de uma equipe NASF e como esta equipe conduziu os casos de adolescentes em sofrimento psíquico do território que realizam a prática da violência autoprovocada, observando seu papel na rede de saúde e considerando que tais casos fazem interlocuções com as temáticas da violência e saúde mental.

Além do acompanhamento dos adolescentes, também são expostos momentos de observação e discussão de casos com colegas do CMS – sejam da equipe NASF, corpo técnico das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde (ACS) – e com profissionais de serviços da rede de saúde mental, especialmente o CAPSi.

Saindo da fronteira do setor saúde, a rede intersetorial se faz presente nas narrativas, fazendo diálogo com dispositivos como o Conselho Tutelar (CT), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e Escolas da rede municipal do Rio de Janeiro.

Estes dispositivos supracitados também fazem parte de momentos que a narrativa se faz a partir de reuniões, como Fórum de Saúde Mental, Supervisão de Saúde Mental do Território (específica para crianças e adolescentes) e encontro da Rede de Assistência social do Território.

Considerando o exposto acima, as memórias dizem respeito à observação e atuação nos atendimentos dos casos, em consultas, visitas e em reuniões. Ou seja, a observação, escuta, as falas de profissionais serão colocadas como ferramentas de análise. Elas não serão transcritas na íntegra por questões éticas, mas serão apresentadas de forma que o leitor possa entender o contexto geral de uma determinada discussão.

O objeto deste estudo são as práticas das equipes de saúde, considerando o suporte (ou não) da rede tanto de saúde mental quanto de proteção social. Nem os indivíduos nem as instituições compõe o problema de pesquisa, apenas as práticas, sejam elas de cuidado ou vigilância

Desta forma, vou em direção à busca de arranjos possíveis de práticas, considerando a lacuna existente entre a teoria e prática. Durante a pesquisa, foi percebido a dificuldade de

encontrar materiais sobre a temática do suicídio e da automutilação entre adolescentes. Apesar da existência de documentos oficiais tanto da OMS (2000; 2002; 2018) quanto do Ministério da Saúde (MS 2008; 2011) e da Secretária Municipal do Rio de Janeiro (SMS/RJ, 2017) sobre a temática do suicídio, ainda assim, uma literatura específica considerando essa faixa etária é incipiente.

Sendo assim, foi ainda realizada uma breve análise de documentos e materiais produzidos sobre a temática do suicídio. Para fazer um recorte dentro desta temática, procurei produções de instituições como a OMS e o Ministério da Saúde, por entender que hegemonicamente ditam um saber e orientam profissionais da saúde sobre as abordagens para estas situações. Dentro deste universo, foi buscado material que relacionasse suicídio, adolescência e violência autoprovocada.

Considerando então que o objetivo é destacar das memórias as práticas de equipe, vou de encontro com o conceito de analisador de Merhy e Franco (2007) para perceber que arranjos podem ser esses.

Conversamos um pouco sobre o que seriam analisadores de uma maneira bem simples: falamos que podemos imaginar como nos testes de química, quando temos um vidro com um líquido que não conhecemos e podemos usar uma gota de um outro que conhecemos bem e que sabemos que em contato com certas substâncias ficam de cores bem reconhecidas. Que podemos pingar esse segundo líquido no primeiro e conforme a cor que for produzida podemos dizer o que tem no líquido que não conhecíamos (MERHY E FRANCO, 2007, p.2).

Pegando para a discussão alguns elementos da discussão sobre Análise Institucional – embora este tipo de análise não faça parte do estudo – L’ Abbate (2002) nos diz que é efeito do analisador sempre relevar aquilo que está escondido ou de desorganizar algo que, parecia estar organizado.

As memórias que entram em cena são analisadoras no estudo, pois revelam como se deu os seguintes componentes que dizem respeito a própria função da Atenção Básica: 1) acesso e acolhimento; 2) acompanhamento dos casos dessas adolescentes por parte do CMS (as equipes de saúde junto à equipe apoiadora NASF) 3) o suporte e a interlocução, principalmente com os dispositivos de saúde mental, mas também os da rede intersetorial; 5) além disso, as memórias revelam as diferentes formas de violência que estão envolvidas nas situações e questões de raça, classe e gênero.

Durante o desenvolvimento das memórias foram escondidos quaisquer nomes que remetem aos reais atores envolvidos no processo: instituições, profissionais (estes serão

denominados de acordo com o cargo e/ou profissão que ocupam) e de usuários. Os nomes das equipes de saúde, da localidade (as comunidades que abrangem o território do CMS) e as adolescentes, bem como seus familiares foram trocados por questões éticas.

1.1 Os bastidores das memórias: alguns apontamentos sobre o contexto de precarização da saúde

A dissertação possui, conforme já explicitado, um recorte temporal a ser considerado: fevereiro de 2017 a janeiro de 2019. Esse espaço será respeitado, mas cabe colocar uns parênteses que devido a questões políticas – de maior indução a formas precárias de trabalho – envolvendo a Prefeitura do Rio de Janeiro, uma parte maciça dos trabalhadores da saúde terceirizados, contratados por Organizações Sociais foram demitidos ao longo de 2019 e posteriormente no início de 2020.

Esse projeto de desmonte na saúde pública não é exclusivo do Rio de Janeiro e reflete um panorama maior e a problemas históricos do SUS: questões relativas ao (sub)financiamento e influências do setor privado no desenvolvimento do sistema de saúde, por exemplo. Mas falando nesse processo local, desde 2017 a saúde do Rio de Janeiro vem passando por mudanças substantivas, com bastante retrocesso.

No dia 30 de outubro de 2018 (um ano após da construção da nova Política Nacional da Atenção Básica - PNAB) sob a prefeitura de Marcelo Crivella, teve a elaboração do plano de “Reorganização dos Serviços da Atenção Primária à Saúde” que com o argumento de um déficit financeiro e que algumas equipes de saúde são subutilizadas⁴, foi planejado uma redução de 184 equipes no Rio de Janeiro. Neste novo desenho, iniciaram várias demissões – ainda em processo – que nos indica que a ESF deixará de ser uma prioridade.

Durante esse processo, uma das equipes do CMS que atuo foi desfeita e o território o qual ela cobria foi para outra equipe de saúde. Isto aconteceu com todas as unidades que tiveram equipes cortadas. A diminuição da cobertura implicou em um aumento de demanda para as

⁴Foram considerados critérios para a desativação de uma equipe da ESF: áreas de IDS médio e alto (> 0,567); cobertura de um nível inferior a 3.000 de população; baixa produção ambulatorial < 75% do esperado); Equipes com pouco contato de usuários (menos de 40% da população já atendida); Equipes sem programas de ensino estratégicos (Residência Médica ou de Enfermagem). (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2018) Podemos inferir com isto que, há um reforço da lógica de focalizar a utilização do SUS para os “mais pobres”, em contradição com a ideia de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. No entanto, até mesmo esse conceito utilizado pela Prefeitura é questionável, visto que territórios cuja marca da pobreza é visível e palpável, tiveram cortes de equipes.

equipes, que já se encontravam sobrecarregadas. A equipe que, inclusive, se desfez, foi a que “pertencia” ao Programa Territórios Sociais.⁵

As demissões em si mesmas não atrapalharam o processo de escrita do ponto de vista prático, devido ao recorte temporal escolhido – embora tenha ocorrido, naturalmente, afetações - visto que são memórias de um passado não tão distante e que fazem parte de um período que eu estava atuando no CMS. Mas essa questão só reforça a necessidade de reflexões acerca da precarização do SUS e dos trabalhadores.

Isto se relaciona com este estudo, ao traçar narrativas sobre um cotidiano dentro da Atenção Básica e a relação com os demais serviços da rede de saúde e saúde mental, a fragilidade aparece de várias formas: quando falamos da rotatividade dos profissionais; equipes reduzidas; serviços sucateados em sua infraestrutura, ausência de insumos, dentre outras. Tudo isto com implicações para o cuidado dos usuários do SUS

Essa questão ganha corporeidade nas memórias: serviços de saúde mental com equipes reduzidas que tem dificuldades de fazer presença no território para realizar visitas domiciliares; greves deflagradas devido a atrasos salariais na saúde (ocorrendo de 2017 à 2019, nos últimos meses desses anos); redução das equipes de saúde da família, gerando maior demanda para as equipes remanescentes; absorção da demanda da atenção secundária pelos NASF(s); dificuldades de manter o acompanhamento em saúde da população adstrita.

Por isto, coloco algumas considerações a relativas a constituição do SUS e ao contexto atual de forma breve. Apesar de serem questões do campo da macropolítica, nomeio como “bastidor “para as memórias, como se isto fosse o pano de fundo no qual elas acontecem. Isso acontece pelas memórias serem o objeto, mas elas não fazem sentido por si só, deslocadas de contexto político.

⁵ O Programa Territórios Sociais se iniciou no ano de 2017 pela Prefeitura do Rio de Janeiro, fazendo parte das diretrizes do Plano Estratégico da Cidade, cujo lema é “Rio 2020: mais solidário e mais humano”. Ele é um programa integrado com a Secretaria da Casa Civil, o Instituto Pereira Passos (IPP) e das secretarias de Saúde, de Assistência Social e Direitos Humanos, de Educação, de Infraestrutura e Habitação, de Cultura e de Desenvolvimento, Emprego e Inovação, com o objetivo de diminuir riscos sociais das pessoas e famílias atendidas pelo Programa. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2019)

Após o censo feito pelo IPP com famílias de diversas comunidades do Rio de Janeiro, eles elaboraram alguns recortes territoriais. Acompanhei um processo em 2018 de um segundo momento, no qual o IPP foi novamente na favela que o CMS se insere, principalmente porque a gestão local identificou a expansão do território de famílias vindas da região do Nordeste, vivendo em situação extremamente precárias.

Então na saúde, eram equipes destinadas a atender apenas estes territórios, com o objetivo de ter uma equipe inteira de saúde da família para um número mais reduzido de famílias, o que potencializaria o acompanhamento em saúde.

Infelizmente, do ponto de vista prático que pude acompanhar enquanto um CMS que tinha este território, o papel da saúde ficou muito destacado e por vezes, isolado em comparação os demais setores envolvidos no projeto...

Sendo assim, a institucionalização do SUS através da Constituição de 1988 e posterior lei 8080/90 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde) e lei 8142/90 representou uma conquista e avanço no que se referem os direitos sociais. A saúde passou a integrar juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, o tripé da Seguridade Social, conforme colocado pelo artigo 194 da Constituição.

Isto significou um outro lugar para a saúde, que passa a ser direito de todos e dever do Estado. Sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde ficam cabendo ao poder público; constituindo um sistema integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada.

A arena política da Assembleia Constituinte para a formulação da Carta Magma foi um campo que envolveu setores diversos e com interesses divergentes do que foi estabelecido no texto final que produziu esta nova forma de organização e concepção de saúde. Digo daqueles que representavam o setor privado, que amplamente já estava consolidado no país.

O modelo sanitário estabelecido constitucionalmente reorganizou os serviços e ações de saúde, e inovou ao dar ênfase na atenção integral do cuidado e na universalidade, garantindo acesso. O mercado privado aparece como uma alternativa suplementar para o SUS, mas é notória sua força política histórica na constituição do sistema de saúde.

Apesar das respostas apresentadas para a questão saúde, que refletem uma nova concepção de saúde, é importante destacarmos que o SUS enfrenta como um de seus desafios ser *único*, visto que já está consolidado toda a estrutura da saúde privada. Desta forma, entender a trajetória do processo de construção da saúde brasileira nos permite perceber o que Menicucci (2006) chama de sistema dual ou *híbrido* de saúde.

Somado às estas questões, é extremamente relevante observar que o SUS nasceu em uma década marcada pelo desenvolvimento do processo de privatização e alinhamento à lógica neoliberal no país, conforme a estrutura e conjuntura tanto interna quanto externa, seguindo a proposta das agências multilaterais capitalistas.

Evidencia-se a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais e da saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, no contexto dos países capitalistas centrais e do Brasil. Ocorre a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital, com a existência de disputas constantes por recursos financeiros do SUS, que sempre estiveram presentes desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2016, p.2)

Desta forma, o SUS já nasceu com contexto desfavorável a sua própria existência, visto que o que está posto pela lógica neoliberal é na direção contrária ao projeto reformista

visualizado na Constituição de 1988, a qual teve como destaque inserir avanços no campo dos direitos sociais ao estabelecer o tripé da Seguridade Social.⁶

Aderindo à esta lógica, o governo de Fernando Henrique Cardoso, que irá conduzir o processo de privatização. Permeava no país uma ideia em torno de “reformas”, ditas como necessárias, entendendo o Estado era visto grande responsável pela crise fiscal que assolava o país desde a década 1980. Através da mídia e de pensadores do governo, criou-se uma subjetividade antipública (BEHRING e BOSCHETTI, 2006)

Para implementar essas reformas, foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Foi elaborado pelo MARE um documento chamado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE/1995), que servia de orientação para as “reformas” do governo Fernando Henrique. Esse documento contém um ideário que reflete o pensamento de Luiz Carlos Bresser Pereira, ministro do MARE e que também coordenou a formulação do PDRAE.

É relevante consideramos este contexto, pois é nele que são criadas as Organizações Sociais, o chamado “terceiro setor” através do que o Plano Diretor chama de *Publicização*, que se traduz *na* transferência dos serviços não-exclusivos do Estado para as “organizações sociais”. Conforme o Plano Diretor:

Entende-se por “organizações sociais” as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtém autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária (MARE, 1995, p.60)

Isto repercutiu na saúde através do estímulo à privatização e mercantilização com a introdução de novos modelos de gestão: as Organizações Sociais (OS), a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, dentre outras que surgirão posteriormente, como é o caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O avanço da atenção básica no Rio de Janeiro via Estratégia de Saúde da Família nos anos 2000 teve como característica a parceria do Estado com Organizações Sociais para realizar a gestão e contratação de pessoal para as clínicas da família. Isto possibilitou o avanço da

⁶ A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (art.194, CF88)

atenção básica, mas com o Estado se retirando do centro da responsabilidade sobre a política e propiciando vínculos trabalhistas precários, conforme já foi colocado no início da seção.

Atualmente, vivemos em um contexto de retomada das medidas de austeridade⁷, com repercussões diretas para o SUS. Mendes (2016) sinaliza o progressivo subfinanciamento do SUS ao longo dos anos, mas que é foi num contexto de golpe, através do governo de Michel Temer que a “emenda do teto de gastos” – PEC 241, foi aprovada ao final do ano de 2016.

Por fim, nos deparamos com uma das maiores medidas de austeridade defendida pelos arautos do capital financeiro, sendo a “pá de cal” no histórico subfinanciamento do SUS: a PEC 241. Ela impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. (...) os prejuízos acumulados nos próximos 20 anos para o SUS seriam R\$ 433 bilhões (MENDES, 2016, p.2).

Não nos deteremos aqui a aprofundar tais questões relativas a constituição do SUS e ao contexto atual, conforme já colocado, porém é importante sinalizar o cenário de ameaças aos direitos sociais, a crescente precarização dos serviços e indução direta e/ou diretamente à privilégios para o setor privado no campo da saúde.

⁷Austeridade é uma forma de deflação voluntária em que a economia se ajusta através da redução de salários, preços e despesa pública para restabelecer a competitividade, que (supostamente) se consegue melhor cortando o orçamento do Estado, as dívidas e os déficits. Fazê-lo, acham os seus defensores, inspirará a ‘confiança empresarial’ (BLYTH, 2017, p.22)

2 MUDANÇAS NO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE / SAÚDE MENTAL

O objetivo deste capítulo é fazer um breve esforço de resgate conceitual e histórico da Atenção Básica, dos NASF (s) e do surgimento do CAPS, originados como consequência da ruptura do paradigma psiquiátrico. Isto é de fundamental importância para quem está lendo compreender mais sobre os dispositivos citados nas narrativas.

Ao longo da seção faço um paralelo com a temática do suicídio: primeiramente, com a atenção básica, depois reflito sobre o lugar do CAPS para estes casos e por último faço algumas considerações sobre violência autoprovocada, trazendo alguns documentos da OMS e do Ministério da Saúde, além de alguns artigos. Também foi buscado documentos mais específicos sobre suicídio entre adolescentes.

2.1 A relevância da Atenção Básica à Saúde e a implementação dos NASF(a)

Primeiramente, é importante sinalizar que optamos por utilizar o termo “Atenção Básica à Saúde” (ABS) em detrimento de “Atenção Primária à Saúde” (APS), pela afinidade que carrega o termo ABS, conforme será explicitado a diferença entre ambos mais adiante. Trazer algumas partes da história da construção da ABS é fundamental para contextualizar o cenário desta dissertação.

Quando falamos sobre o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), um dos primeiros documentos existentes a utilizar este termo é o Relatório Dawson, produzido pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920. Neste documento, a APS era desenhada como uma organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com níveis de complexidade e uma base geográfica de referência. Esta concepção influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que depois veio a orientar outros sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Avançando um pouco mais no tempo, é na década de 1960, em diversas partes do mundo, que ganha força o debate em torno de um novo conceito de saúde, considerando-a para além da ausência de enfermidade. Esse conceito traz à luz os determinantes sociais e econômicos como fatores que impactam diretamente a população e sua saúde, retirando a centralidade dos aspectos biológicos.

Segundo Giovanella (2012), os cuidados básicos em saúde ganharam relevância mundial, neste contexto, de questionamento do modelo tradicional biomédico – com a máxima especialização da prática - e também sobre as ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), entendidas como muito verticalizadas no combate às endemias nos países em desenvolvimento. Este modo de pensar da OMS passa por uma inflexão, na década de 1970, após a chegada de Halfdan Mahler, um médico, à direção da instituição.

Já em meados da década de 1970 alguns movimentos ao redor do mundo, impulsionados pelo final das ditaduras na Espanha e em Portugal, pelas lutas do processo de democratização dos países da América Latina e pela pressão para liberação das colônias africanas, surgem em várias partes do mundo, questionando o modelo de atenção à saúde hegemônico, formulado pelos Estados Unidos (FAGUNDES, 2018).

Entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, merecem destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior - com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974), e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (1986) (BRASIL, 2002a, p. 7).

Estes dois eventos citados a cima influenciaram diretamente, na década de 1970, diversos movimentos e debates que estabeleceram um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida na cidade de Alma-Ata em 1978. Ela foi um marco histórico na construção da APS e contou com a presença de 136 países, porém sem representação do Brasil. A conferência foi organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Com Mahler na direção, a OMS atualiza seus conceitos, servindo um novo olhar para as necessidades em saúde, considerando ser imprescindível o desenvolvimento da atenção primária à saúde. Novos direcionamentos e concepções mais amplas foram adotadas, como a valorização das culturas locais, práticas populares e autonomia dos sujeitos em relação a sua própria condição de saúde. Ganha força a importância dos determinantes sociais no processo de saúde-doença (FAGUNDES, 2018; GIOVANELLA, 2012).

A conferência culminou com a formulação da “Declaração de Alma-Ata”, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a).

Giovanella (2018) nos sinaliza para a divergência que o termo “atenção primária” possui. Apesar do consenso internacional que existe em torno do incentivo das políticas de saúde para o fortalecimento da atenção primária, existem imprecisões sobre seu significado de tal maneira que:

(...) observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputa. A prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas. As imprecisões conceituais decorrem das diversas influências que incidiram sobre a atenção primária ao longo de décadas. (GIOVONELLA, 2018, p.1-2).

Em relação a concepção de atenção primária presente na Declaração de Alma-Ata, ela ainda apresenta como características estruturantes: acesso universal e ser o primeiro ponto de contato do sistema de saúde reconhecimentos dos determinantes sociais de saúde-doença; e participação social. O movimento latino americano denominou essa concepção de “atenção primária à saúde integral”. Giovanella (2018) nos sinaliza que devido a interferência de organismos internacionais, na América Latina adotou-se uma abordagem seletiva *de cesta de serviços “custo-efetivos” para pobres que Mario Testa bem referiu como “primitiva”, “medicina pobre para pobres” (p.2)*

A divergência na concepção da APS⁸, naturalmente, se materializa nos sistemas de saúde, como nos indica Lavras (2011):

Em alguns países, a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, (...) com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. Em outros, particularmente em vários países europeus e no Canadá, a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema. Vale ressaltar, no entanto, que, ao se observar o atual desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde em vários países do mundo, detecta-se um conjunto diversificado de iniciativas assentadas ora em uma concepção seletiva, ora em uma concepção mais abrangente. (LAVRAS, 2011, p.868).

Deslocando essa discussão para nosso país, Giovanella (2018) compara as características da concepção de APS da Alma-Ata com os princípios do SUS, percebendo que ambos estão em consonância. A APS, no caso brasileiro, passa não ter a mesma abordagem

⁸ Pode-se dizer que a divergência surge a partir da Conferência de Bellagio (1979) organizada pela Fundação Rockefeller, com apoio do Banco Mundial e que contou com a participação do UNICEF. A declaração de Alma Ata sofreu críticas, considerada muito abrangente e até mesmo irrealística. (CUETO, 2004). Nesta conferência, surge a denominada atenção primária seletiva, focada na adoção de procedimentos de baixa complexidade e baixo custo. Essa concepção de contrapõe com a vertente mais ampliada de Alma-Ata.

seletiva⁹ dos países latino americanos, especialmente na década de 1990. Procurando o distanciamento desta prática, adota-se o termo “Atenção Básica em Saúde” (ABS).

O emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. Compartilho com os autores esse ponto de vista, destacado em trabalho anterior, ao considerar que, na formulação, a política brasileira buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada, concepção das mais difundidas no período (GIOVONELA, 2018, p.1)

Antes da implantação do SUS, o desenvolvimento da APS ocorreu de forma diversa e fragmentada, de acordo com cada região do país e com o entendimento que tinham desta concepção de modelo assistencial. Dentre as experiências citadas por Lavras (2011), a autora destaca exemplos de alguns municípios brasileiros, como Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Teresina, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, dentre outros. Isto ocorreu, conforme disserta a autora, “devido a medicina comunitária da década de 1970, sob influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das Universidades marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS” (LAVRAS, 2011, p.870).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE - pode ser considerado um exemplo, mas que não foi colocado em prática devido a pressões dos setores privados e hospitalares. Foi criado pelo então Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social em 1980 “o com o objetivo de estender a cobertura de cuidados primários de saúde a, pelo menos, 90% da população brasileira, articulando um sistema constituído pelo setor estatal em seus diversos níveis” (CORDEIRO, 1984, p.90).

A APS ganhou força no país. Inicialmente vemos a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, depois o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e finalmente, reordenados através da Estratégia de Saúde da Família em 1996. Conforme já exposto anteriormente, é nesta década que passamos a nos diferenciar da abordagem seletiva para utilizar o termo “atenção básica”. (GIOVANELLA 2018 ; MELO *et al*, 2018)

Fazendo um contraponto à assistência hospital e ambulatorial, que exigia bastante dos cofres públicos, a ABS passa a ganhar espaço na agenda política. A sua eficácia e baixo custo fez com que a ESF passasse a ser interessante e logo induzida (financeiramente também) dentro país. Desta forma, ocorreu a expansão da ABS via ESF, tendo como sua composição as Equipes

⁹ A abordagem seletiva terá suas influências no Brasil, como por exemplo, através do trabalho da pastoral da criança, feito com apoio da UNICEF.

de Saúde da Família (EqSF), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e posteriormente, as equipes de saúde bucal.

As discussões sobre a necessidade de implantação de cuidados em saúde mental dentro da atenção básica são relativamente antigas. Segundo Souza e Rivera (2010), desde 1998 o Departamento de Atenção Básica (DAB), juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde (MS), já debatiam a importância da existência de ações de saúde mental na ABS. Estes órgãos então decidem elaborar o Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, dentro do conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde.

Os autores citam alguns encontros e oficinas produzidos pelo Ministério da Saúde durante os anos de 2001 à 2004, nos quais participaram profissionais e gestores da ABS e da saúde mental, com o objetivo de criar estratégias para desenvolvimento dessas ações de saúde mental. A partir desses encontros, elaboraram-se algumas diretrizes: Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica; Formação como Estratégia Prioritária para a Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica; Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB¹⁰) (SOUZA e RIVERA, 2010).

A atenção básica foi inserida enquanto ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088 de 2011. As equipes da ESF atuam ativamente no território que cobrem, conhecem as ruas, os becos, as escolas e são reconhecidos pelos moradores da localidade. São (ou deveriam ser) o primeiro contato da população à saúde. Diversas situações de pessoas em adoecimento psíquico podem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, antes de chegar a algum agravo.

É esta proximidade com os moradores que torna a ESF uma peça fundamental para o acompanhamento de casos pessoas com ideação suicida e/ou lesões autoprovocadas, como também para agir na promoção em saúde. A OMS (2000) fez um manual exclusivo para profissionais da ABS, entendendo que a capacitação destes é passo importante para prevenção em saúde.

Recentemente, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) elaborou um Guia de Referência Rápido denominado “Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção” (2017). Ele tem por objetivo apoiar os profissionais da ABS para ações de cuidado e prevenção ao suicídio. É um guia extenso, com a discussão sobre como abordar pessoas em sofrimento

¹⁰ Trata-se de um instrumento gerencial para o monitoramento, planejamento e avaliação da atenção básica. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, por exemplo.

psíquico com ideação suicida, como fazer o acompanhamento e mostrando a importância da articulação em rede da ABS com outros dispositivos da rede intersetorial, tanto para o cuidado quanto ações coletivas de prevenção.

Vamos falar mais sobre a temática do suicídio mais a frente. Podemos inferir até o momento que o ABS é um dispositivo fundamental para a identificação de casos e acompanhamento de situações no território, devido a esta proximidade com a população local. A capacitação dos profissionais da ABS significa, também, a possibilidade da identificação de situações antes mesmo que elas se tornem casos graves.

Falando sobre capacitação, um grande avanço na ABS foi a implantação de equipes multiprofissionais apoiadoras das equipes de saúde da família, os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Eles surgiram em 2008, após 14 anos de existência das ESF(a). Eles foram criados pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que prevê recursos financeiros para estas equipes e institui a lógica de metodologia para o trabalho baseada no Apoio Matricial (AM)

As portarias que se referem ao NASF são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das diferentes modalidades¹¹ de equipes NASF(s). Em relação ao CMS que atuo, nossa equipe NASF passou por uma série de mudanças, mas no período de recorte das memórias selecionadas, nossa equipe era composta por: duas assistentes sociais (20 horas cada), uma psicóloga e nutricionista (40 horas cada uma), um educador físico (20 horas) e fisioterapeuta e fonoaudióloga (20 horas cada).

Conforme a PNAB de 2011, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes da ESF, em um processo de trabalho compartilhado através da metodologia do AM. (BRASIL, 2011A)

A normativa oficial que instituiu o Nasf o define como equipe de apoio às EqSF, não o constituindo como porta de entrada, e indicando como seu objetivo a ampliação do escopo de ações e da resolutividade da AB. Para tanto, supõe que opere em lógica

¹¹Segundo a Portaria nº 3.124/2012 do Ministério da Saúde, tais modalidades seriam três tipologias que estariam divididas de acordo com o número de equipes de saúde da família as quais a equipe Nasf estaria vinculada: tipo 1 - 5 a 9 equipes ESF; tipo 2 - 3 a 4 equipes ESF e tipo 3 sendo 1 ou 2 equipes ESF. A quantidade de profissionais em casa equipe Nasf está relacionada a carga horária total da equipe: tipo 1 - mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal; tipo 2 - mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal; tipo 3 - mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

diferente daquele presente nas noções de encaminhamento, referência e contrarreferência. (MELO *et al*, 2018, p.329).

O Apoio Matricial é uma metodologia para organizar o trabalho, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde (CAMPOS, 1999). Ele utiliza conceitos como trabalho compartilhado, interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença considerando dos determinantes sociais, possui caráter pedagógico, e tem por objetivo a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas (CAMPOS *et al.*, 2013).

A formulação da metodologia de AM se baseou na tradição teórica dos sistemas de saúde nacionais, públicos e hierarquizados, que propuseram um novo modelo de gestão em saúde, com mecanismos de referência e contrarreferência, interconsultas, protocolos e centros de regulação. (CASTRO e CAMPOS, 2016)

Desta forma, a equipe NASF é acionada sempre que a equipe da ESF - também nessa relação entre ambas equipes chamada de “equipe de referência” –necessitar de apoio para situações que envolvem maior complexidade, seja individualmente – pensando em um caso específico, ou coletivamente em ações diversas.

Evitam-se, assim, encaminhamentos desnecessários para atenção secundária e fortalecemos a atenção básica, ampliando as possibilidades de intervenção neste nível de atenção. Como ferramentas de trabalho, temos as discussões em equipe, consulta compartilhada (ou interconsulta), construção de Projeto Terapêutico Singular, dentre outras.

[...] pode-se dizer que o Nasf constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria AB. O Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Além disso, o apoio e a atuação do Nasf também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe (BRASIL, 2014a, p.17).

A equipe NASF é um dispositivo inserido dentro da atenção básica, o que é importante de ser sinalizado, pois existem alguns equívocos associando a equipe à atenção secundária, por se tratar de “especialistas”. Ou muitas vezes, a prática cotidiana de um serviço pode se aproximar de uma atitude ambulatorial dos NASF(s) – por diversos motivos– o que, em parte pode ser responsável por essa confusão.

Uma observação importante é a que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência (CAMPOS, 1999, p.396).

Coloquei de forma breve no início do trabalho sobre o atual cenário de ataques aos direitos sociais, medidas austeras com a precarização e subfinanciamento do SUS. Neste contexto, também temos uma nova edição da PNAB, produzida em 2017 sob diversas manifestações contrárias de atores e segmentos do SUS e da saúde coletiva.

Ainda que nessa PNAB não tenha havido mudanças estruturais importantes no Nasf, chama a atenção o fato de que ela amplia sua responsabilidade para as chamadas equipes de AB tradicionais, retira o termo apoio da sua nomenclatura, gerando dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter aos gestores responsáveis pela implementação das mudanças, além de colocar em risco a própria ESF (MELO *et al*, 2018 p.329)

Ainda está um pouco longe de indicar os efeitos concretos da PNAB de 2017 para a equipe NASF, mas pontuamos que por esta nova edição o próprio lugar da ESF fica indefinido. Podemos apenas visualizar indícios de mudanças na organização da atenção básica que nos dão algumas pistas, por exemplo, o caso no município do Rio de Janeiro com o desmonte dos serviços da ABS.

Segundo Melo *et al* (2018) em artigo no qual faz um balanço a respeito dos dez anos de implementação do NASF, refere que o modo de operar este dispositivo no país é marcado por contradições e dicotomias, decorrentes da forma em que atuam, seja em atividades individuais e ações coletivas.

Os autores sinalizam que possivelmente estas dicotomias ocorrem devido à dificuldade da tradução da lógica do AM na ESF, do receio que o NASF opere como um ambulatório, bem como da suposição equivocada de existir alguma homogeneidade nas ações das categorias. Por exemplo: o tipo e o tempo das atividades de um nutricionista são iguais ao do psicólogo. (MELO *et al*, 2018)

Consideramos, pelo contrário, que a priorização de um tipo ou outro de prática deve ser dada pelos contextos locais, a depender de suas necessidades proeminentes. Ademais, avistamos que analisar o AM a partir de dicotomias (especialismo/generalismo; apoio pedagógico/atendimento ambulatorial) pode incorrer em riscos ainda maiores, pois denega seu lugar intersticial: entre a equipe e a gestão, entre a gestão da área programática/distrito de saúde e a gestão da unidade

básica, entre a equipe e o território, entre a equipe e o usuário (MELO *et al*, 2018, p. 332).

Colocamos de forma breve no início do trabalho sobre o atual cenário de ataques aos direitos sociais, medidas austeras com a precarização e subfinanciamento do SUS. Neste contexto, também temos uma nova edição da PNAB, produzida em 2017 sob diversas manifestações contrárias de atores e segmentos do SUS e da saúde coletiva.

Ainda que nessa PNAB não tenha havido mudanças estruturais importantes no Nasf, chama a atenção o fato de que ela amplia sua responsabilidade para as chamadas equipes de AB tradicionais, retira o termo apoio da sua nomenclatura, gerando dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter aos gestores responsáveis pela implementação das mudanças, além de colocar em risco a própria ESF (MELO *et al*, 2018, p.329).

Ainda estamos um pouco longe de indicar os efeitos concretos da PNAB de 2017 para a equipe NASF, mas pontuamos que por esta nova edição o próprio lugar da ESF fica indefinido. Podemos apenas visualizar indícios de mudanças na organização da atenção básica que nos dão algumas pistas, por exemplo, o caso no município do Rio de Janeiro.

Retomando outras características da equipe NASF, é importante ressaltar o seu papel para exercer a intersetorialidade na atenção básica (MELO *et al*, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). E pensando em trabalho em rede, nos voltamos para uma concepção ampliada de saúde, que se alinha com uma, das diversas concepções que a integralidade pode assumir (MATTOS, 2009).

Embora seja um direcionamento para um olhar integral sobre a saúde dos sujeitos e seus territórios, a articulação intersetorial não é algo tão simples. À atenção básica é dado como papel de coordenador das ações de saúde, sendo a porta de entrada preferencial do sistema, embora ainda seja uma dificuldade a comunicação com os demais níveis do sistema.

Esta dificuldade extrapola os próprios profissionais de saúde, que muitas vezes não se sentem capacitados para realização de ações intersetorial e da permanência da existência de uma visão biológica na saúde, em detrimento dos determinantes sociais (MONNERAT e SOUZA, 2011) – inclusive pode ocorrer dentro de uma equipe NASF – mas reflete a fragmentação ainda existente das políticas sociais, que decorre do seu próprio processo histórico.

Diante de um legado em que os setores que compõem a Seguridade Social apresentam trajetórias e memórias técnicas diferentes, o desafio atual é criar formas e mecanismos inovadores que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social, buscando

resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social (MONNERAT; SOUZA, 2011 p.47).

Além dos componentes da rede de saúde, o contato com dispositivos da educação, assistência social, cultura, entre outros, é fundamental para pensar intervenções diversas, seja no território ou para um usuário. Essa importância dobra quando tratamos de territórios vulneráveis, onde a saúde passa por diversas questões sociais.. *Nestas circunstâncias, a intersectorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença.* (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 44)

É importante também considerar o desafio de integralidade na atenção à saúde a partir das diferentes realidades sociais, políticas e administrativas do País. Alguns municípios apresentam maiores dificuldades de acesso a serviços de atenção especializada. Há de se considerar que existem territórios com “vazios assistenciais”, que, paradoxalmente, convivem com o excesso de serviços em outras localidades, gerando desigualdades da oferta e utilização no acesso a insumos, bens e serviços de saúde (BRASIL, 2014c, p.90).

Apresentando de forma breve estas questões, podemos indicar que existe um imperativo da equipe NASF quanto a intersectorialidade, mas isto não significa que se desconsidere que existem dilemas e dificuldades para a efetivação desta diretriz, conforme exposto brevemente acima.

Em relação ao objeto deste estudo, olhar para adolescentes, negras e em sofrimento psíquico que estão em um território de alta vulnerabilidade e impactado pela violência, precisa se levar em consideração que os adolescentes seriam uma população vulnerabilizada, sujeitos a agravantes decorrentes desta realidade que vivenciam, como mortes e ferimentos e adoecimento psíquico. Desta forma, pensar a intersectorialidade é tentar articular a diminuição destes agravos.

Fazendo um breve resumo pode-se entender que: a equipe NASF não funciona como porta de entrada dos serviços da ABS ; suas atividades são sempre integradas e compartilhadas com as equipes de saúde da família, chamadas de “equipes de referência” e que a equipe NASF pode atuar diretamente com o usuário (através de interconsultas ou inclusive, com atendimentos individuais, desde que acordado com a equipe de referência) e/ou com ações coletivas e de educação permanente no serviço. Possui fundamental importância para a garantia da intersectorialidade na ABS.

2.2 Reforma psiquiátrica no Brasil e a rede de atenção psicossocial – RAPS

Nos anos 1970, na Itália, inicia-se um movimento que questionará o paradigma psiquiátrico vigente. Liderado por Franco Basaglia, cuja experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, será chamado de Psiquiatria Democrática Italiana (ROBAINA, 2009, p.342). Em relação ao processo de trabalho, esse modelo, dentre as muitas mudanças propostas, principalmente na forma de pensar a loucura e de cuidar da mesma, propõe uma mudança na relação entre os saberes do campo, buscando uma horizontalização. A equipe multiprofissional ganha importância, em contraponto ao saber médico soberano.

Desde o nascimento da psiquiatria com Pinel, no século XVIII, o tratamento em saúde mental foi basicamente hospitalocêntrico, médico-centrado e voltado para a remissão de sintomas, num contexto de premissas disciplinares sustentadas, sobretudo, por medidas de vigilância e controle. Após a Segunda Guerra Mundial, movimentos de Reforma Psiquiátrica irromperam em diferentes países, especialmente a partir de uma mobilização da sociedade em prol dos direitos humanos (DAMOUS; ERLICH, 2017, p. 914)

Segundo Lucena e Bezerra (2012) esse movimento questiona a própria psiquiatria: seus saberes e suas práticas, propondo uma ruptura com a instituição asilar por um viés fortemente ideológico e político. Uma ferramenta desse movimento é a reabilitação psicossocial e a noção de desinstitucionalização. Colocando em xeque o paradigma psiquiátrico, ele também o faz com o mandato social dos manicômios, negando-o.

Nesta perspectiva, a desinstitucionalização não é um procedimento ou um conjunto de ações no sentido de reverter a assistência psiquiátrica tradicional, mas um processo contínuo que consiste na transformação dessa instituição e numa reorganização sanitária dos projetos, perpassando pela dimensão da relação terapêutica (das concepções e práticas de tratamento) à dimensão da construção de uma nova política no campo (das concepções e práticas da ação política” (LUCENA E BEZERRA, 2012, p. 2449)

A inspiração italiana chega ao Brasil, influenciando a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e as propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico, o que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a

doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; questionar o poder do especialista (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, etc...) em relação ao paciente e negar o seu mandato social de custódia e exclusão (YASUI, 2010, p. 102-103).

Ainda na década de 1970, segundo Machado (2009), a psiquiatria brasileira estava sofrendo influências da psiquiatria preventiva dos Estados Unidos e de instituições como a OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e, vendo a necessidade de melhorias na assistência psiquiátrica, pois os dados mostravam uma situação caótica: *mais de sete mil internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos.* (Machado, 2009, p.36)

Não havia uma rede de suporte extra hospitalar naquela época, como retrata Machado (2009): *(...) com o setor ambulatorial totalmente deturpado, funcionando principalmente como encaminhador de laudos para a internação, e o hospital se consagrando como o grande agente terapêutico “eficaz”.* (p.37)

Ainda na década de 1970, militantes de diversas categorias profissionais se reuniram no movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que emergiram conjuntamente com os principais movimentos sociais do país, incluindo, o da Reforma Sanitária, após um longo período de repressão política colocada pela ditadura militar.

Um marco do MTSM foi a “crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental), que era um órgão do Ministério da Saúde responsável por políticas de saúde mental, que entraram em greve em 1978. Machado (2009) relata que em Belo Horizonte, neste mesmo período, Franco Basaglia – líder da reforma psiquiátrica italiana – visitou o Centro Hospitalar de Barbacena, E teve como consequências várias denúncias, mobilizando a sociedade civil e a imprensa¹².

A proposta da Reforma Psiquiátrica se deu num contexto de redemocratização da sociedade, na década de 1980. Isto foi um marco para a reorganização da assistência e direcionada ao que hoje chamamos do paradigma da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Segundo Rosa e Melo (2009), em 1989 é apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado, que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares, que seriam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), posteriormente regulamentados pela Portaria 336/2002.

¹²Os horrores do Hospital de Barbacena estão registrados no livro “O Holocausto Brasileiro – Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do país” de Daniela Arbex (2013).

Este projeto fomentou os debates em torno da construção da cidadania das pessoas com transtornos mentais na década de 90 no país, levando 12 anos para se transformar em uma lei específica, que seria a lei 10.216 de 6 de abril de 2003. A proposta ousada de acabar com os manicômios acabou por ser rechaçada e nesse lugar, os CAPS se tornaram os serviços que devem ser utilizados de *forma preferencial*.

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Dentre os dispositivos que fazem parte da RAPS, temos a atenção básica enquanto estratégico e sinalizado a importância da equipe NASF.

Os CAPS(s) tem como mandato acompanhar, segundo a referida portaria, pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e à pessoas com transtornos decorrentes do uso álcool e/ou outras drogas, em sua área de abrangência territorial. Nesta portaria, é considerado um dispositivo estratégico para a saúde mental. Instituiu as diferentes modalidades de CAPS(s) e para diferentes clientela: CAPS AD, CAPSi, que podem ser do tipo I, II e III¹³

Em 2017 vemos a construção de uma nova edição da RAPS com a Portaria 3.5588 de 21 de dezembro de 2017 sob um contexto ideológico conservador, com a retomada do hospital psiquiátrico enquanto um dos dispositivos que fazem parte da rede. Também não há menção do lugar da equipe NASF, é colocado como ponto da rede uma “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental” que nos indica a inserção do ambulatório de saúde mental, que não era incluindo na antiga RAPS.

Sobre a presença dos ambulatórios, Damous e Erlich (2017) realizam uma importante observação a cerca destes dispositivos. Inicialmente olhados com preconceito, remetendo a um passado manicomial, hoje cada vez mais vem sendo debatido através dos fóruns de saúde mental e outros espaços da rede o lugar que o ambulatório possui para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais, inclusive de casos considerados graves.

Considerando o mandato dos CAPS(s), colocamos a dúvida sobre o que seria exatamente transtornos graves e persistentes? O que pode ser entendido como caso grave? Tais

¹³ Segundo ainda a Portaria 3.088/2011, as tipologias (I, II, III) dizem respeito a capacidade do serviço de atender uma quantidade populacional. Por exemplo, um CAPS I é indicado para municípios que tenham uma população maior que 20 mil habitantes, o CAPS II para um quantitativo maior que 70 mil. Já os CAPS III proporcionam um cuidado contínuo, já que funcionam 24 horas e possuem leitos de acolhimento noturno, para casos que assim necessitem deste dispositivo. O quantitativo para sua existência é ter uma população maior que 200 mil habitantes.

Ainda sobre as modalidades, o CAPS AD tem o recorte de atuar com pessoas adultas com transtornos mentais decorrentes do abuso de álcool e/ou drogas e o CAPSi com crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, assim como também situações que envolvam uso de álcool e/ou drogas.

perguntas nos remetem ao nosso objeto de estudo, os adolescentes em sofrimento psíquico, que não necessariamente se encaixam em um “perfil” para os CAPSi(s), mas que possuem cada um, sua singular gravidade.

2.3 Considerações sobre a temática do suicídio

Inicialmente, cabe colocar alguns dados sobre essa temática. Conforme coloquei na introdução, a OMS em 2002 classificou a violência em três amplas categorias: interpessoal, coletiva e autoinfligida. Esta última, também denominada lesão autoprovocada, é a violência que uma pessoa inflige a si mesma, podendo ser subdividida em comportamento suicida e em autoagressão.

Segundo a OMS, morrem no mundo em média 800mil pessoas todos os anos por suicídio, sendo que esta é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, segundos dados do Ministério da Saúde (2018) entre todos os adolescentes e jovens, a primeira causa de morte são os homicídios, seguida dos acidentes (incluindo acidentes de trânsito), neoplasias malignas e o suicídio.

Conforme colocado anteriormente, no Brasil a taxa de mortalidade por suicídio representa apenas uma pequena parte da problemática das lesões autoprovocadas intencionalmente, uma vez que ainda existe um grande número de internações por estas causas que não resultaram em óbito e um número ainda maior de indivíduos que procuram atendimento em âmbito ambulatorial ou os que nem buscam tratamento para as suas questões. Os óbitos, os danos provocados por tentativas, as lesões e os traumas físicos e emocionais e as ideações configuram o impacto do fenômeno do suicídio para o setor saúde. (MONTEIRO ET AL, 2015)

No município do Rio de Janeiro houve um aumento importante das notificações de violência autoprovocadas por parte dos serviços de saúde em relação ao total de notificações dos demais tipos de violência. Segundo a SMS/RJ (2017), em 2010 foram 12 violências autoprovocadas de um total de 758 violências notificadas (2%) e no ano de 2015 foram 862 violências autoprovocadas de um total de 6.157 violências notificadas (14%). Em relação ao CMS que está no objeto deste estudo, nos anos de 2017 e 2018, ele foi uma das unidades que mais fizeram notificações de violência da sua área programática.

Dados mais atualizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁴, são de 2017. O município do Rio de Janeiro contou com 1.998 casos de violência autoprovocadas em um total de 14.631 notificações das demais formas de violência. Cabe registrar o aumento significativo dos casos de violência de 2015 para 2017, que pode ser considerado tanto uma maior preocupação com os registros desse agravo dos profissionais de saúde (notificação), como também um indicativo de aumento da violência no Rio de Janeiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2019)

Segundo estes dados do SINAN de 2017, entre as lesões autoprovocadas (1.998), no quesito raça, ficou entre pardos e negros a maior parte das notificações somando 777 casos e o segundo lugar ficando com os brancos, com 556. Importante ressaltar que existiu uma mesma quantidade de “informação ignorada ou em branco” com 579.

Segundo Ribeiro (2018), Braga e Dell’Aglío (2013) e SMS/RJ (2017) ainda se encontram em um grupo de maior potencial para o acontecimento da violência autoprovocada são as mulheres, que em geral realizam mais tentativas do que os homens, apesar de entre o sexo masculino predomina o acontecimento que resulta em óbito. Também de acordo com os dados de 2017 do SINAN, as pessoas do sexo feminino representavam quase o dobro, sendo 1.432 dos 1.988 casos. Em relação a categoria “ciclo de vida”, temos um número considerável de tentativas de suicídio entre o público de 10 a 19 anos, sendo 527 dos casos.¹⁵ (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2019).

Com estes dados, fica claro que esta é uma problemática importante para o setor saúde, no entanto, as dificuldades já se iniciam através da existência de muitos mitos e preconceitos sobre o ato do suicídio em si mesmo, como também daquele que o pratica. Por vezes, vemos familiares ou amigos que acreditam que só em falar sobre o assunto já geraria um impulso de que alguém que estivesse em sofrimento fosse cometer o ato. Além disso, o ato de *matar-se*¹⁶ é

¹⁴O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V - Capítulo I), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes de acordo com a realidade de cada região. Na referida portaria, estão como notificação compulsória a *violência doméstica e/ou outras violências* (notificação precisa ser em até uma semana) e *violência sexual e tentativa de suicídio* (notificação em até 24 horas). É um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

¹⁵ Importante ressaltar que essas informações foram extraídas do sistema DATA SUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892332&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/viole>) fazendo um recorte para considerar o município do Rio de Janeiro enquanto notificador e extraindo informações a partir disso, da quantidade de notificações de lesão autoprovocada por raça, sexo e faixa etária. A utilização aqui do termo lesão autoprovocada é usado de acordo com o site do SINAN, que o faz como sinônimo de tentativa de suicídio.

¹⁶A palavra suicídio vem da expressão latina *sui caedere*, significa “matar-se”, e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines (RIBEIRO, 2004)

socialmente recriminado, como a postura de alguém “fraco” ou até mesmo do ponto de vista religioso, tendo sua alma *condenada*.¹⁷

Recorro brevemente a alguns estudos existentes em relação a essa temática que nos dão pistas de como estas percepções acerca do suicídio foram construídas e que repercutem em nosso cotidiano, inclusive, na prática profissional daqueles que atuam no cuidado de pessoas que realizaram tentativa de suicídio. Parece interessante, portanto, trazer a historicidade da temática.

Passando por diferentes significados ao longo do tempo, Rodrigues (2018) em sua dissertação faz um recorte histórico, assim como Araújo e Bicalho (2012), discutindo as dimensões possíveis da prática do suicídio e pontuando os marcos legais que envolvem a prática do suicídio ao longo do tempo. Crime, pecado e loucura deram um lugar para aqueles que tiravam a própria vida.

Araújo e Bicalho (2012) escrevem que a morte dos gregos antigos trazidas por Homero, em função da sua defesa ideológica ou religiosa, eram vistas como uma questão de honra. Entretanto, foi com o surgimento do cristianismo que as discussões sobre o suicídio se tornam mais acaloradas.

Considerando o período da Idade Média, o qual a Igreja Católica expandiu sua influência política, segundo Rodrigues (2018) o discurso repressivo ao ato de suicídio significava que aquele que praticasse o ato era proibido de haver ritual fúnebre e excomunicação e os bens do mesmo não eram repassados a sua família.

Para Aristóteles e Pitágoras, o suicídio era visto como uma ação covarde e um ato contra o Estado, já que todos os indivíduos pertencem uma sociedade e tal ato, afetaria de forma negativa o grupo. Rodrigues (2018) disserta que para os gregos e romanos o suicídio era repudiado devido a esta relação a uma visão estatal.

A igreja e o Estado foram grandes interlocutores da temática do suicídio, servindo de diversas formas de repressão ao ato. Rodrigues (2018) relaciona interesses tanto religiosos quanto econômicos, já que haveria perda de mão-de-obra em um contexto de crise demográfica na Idade Média. Ribeiro (2004) ressalta que escravos e soldados eram proibidos de se matar, o primeiro devido ao prejuízo ao seu “senhor” e o outro pelo enfraquecimento do grupo.

Interessante é a relação histórica que se estabelece com aquele que pratica o ato e a marginalização e criminalização de uma pessoa mesmo após sua morte. Isto nos dá subsídios para entender o quanto é complexa a temática.

¹⁷ Considerando aqui do ponto de vista, principalmente, das religiões monoteístas que seriam o Cristianismo, Islamismo e Judaísmo.

(...)na França, o corpo de quem tirava a própria vida era arrastado pelas ruas e depois pendurado em forças. Além disso, a lei francesa do século XVII exigia que se jogasse o corpo do suicida no esgoto ou na lixeira da cidade. Na Alemanha, os corpos eram postos em barris, que deslizavam para o rio, de forma que não conseguissem voltar à sua cidade natal. Na Noruega, os cadáveres dos suicidas deveriam ser enterrados junto aos demais criminosos na floresta ou jogados na maré. No século XVII, houve mudanças nos padrões relativos ao ato suicida na Inglaterra e nos Estados Unidos: um em cada dez vereditos de suicídio foi classificado *non compos mentis*, ou seja, como decorrente de insanidade. Por volta de 1800, todos os casos de suicídio eram vistos da mesma forma: como ato insano. Porém, apesar de considerado como insanidade nos dois países, até 1961 na Inglaterra e no País de Gales o suicídio era considerado crime, e na Irlanda, até 1993. (ARAÚJO e BICALHO, 2012, p 726)

Trazendo para a realidade brasileira, conforme relatam Araújo e Bicalho (2012) em sua história não houve uma criminalização contra o ato em si. Atualmente, temos o artigo 122 do Código Penal vigente que coloca o induzimento ou instigação ao suicídio como crime, podendo conduzir à pena de reclusão de dois a seis anos caso o ato se consuma, ou reclusão de um a três anos se a tentativa de suicídio resultar em lesão corporal grave.

Pensando nas ciências sociais, é notório o trabalho de Emile Durkeim “Le Suicide”, de 1897. Ao analisar casos de suicídio, Durkeim faz uma relação do indivíduo com seu grupo e com as normas. Apesar de tirar o foco da questão individual para o coletivo, como era na psiquiatria, Durkeim analisa os casos considerando seu aspecto social, porém não considera a dimensão histórica e de uma sociedade que vive sob determinados modelos sociais de produção e reprodução.

Alguns anos antes de Durkem, Karl Marx, em 1846 comenta as estatísticas sobre casos de suicídio observados por Jacques Peuchet na França. Através de um ato considerado privado, o suicídio, Marx (2006) faz uma crítica à sociedade burguesa da época. O autor considera a vida em sociedade como forma de vida “antinatural”, ressaltando o isolamento dos homens. Para o autor, o suicídio seria sintoma de uma sociedade doente. (ARAUJO e BICALHO, 2012)

Apesar da prática da lesão autoprovocada nem sempre ser acompanhada de um pensamento de se matar – a ideação suicida – o termo tentativa de suicídio aparece junto com o da violência autoprovocada, quase como sinônimos nos manuais do Ministério da Saúde (2009, 2010, 2016), em documentos OMS (2000, 2014).

Parece, portanto, relevante para o objeto desse estudo a compreensão da temática. No entanto, essa combinação presente nos estudos sobre suicídio e violência vem provocando - talvez por desconhecimento ou dificuldades inerentes a própria prática no cuidado com o outro – confusões na hora dos atendimentos aos adolescentes a respeito da gravidade dos casos.

A linha tênue entre o ato lesivo grave e a intencionalidade é algo que apesar dos protocolos e manuais sugerirem certas abordagens que norteiam os profissionais de saúde, só pode ser descoberta no encontro com os sujeitos que ali colocam suas questões. Infelizmente a maioria das abordagens indicadas pelos manuais produzidos pela OMS ainda é voltada para um caráter biomédico, centrado nos transtornos mentais. (RODRIGUES, 2018; ARAUJO E BICALHO, 2012)

As autoras Braga e Dell’Aglío (2013) fizeram um artigo a partir de uma revisão bibliográfica não sistemática, a cerca do tema do suicídio entre adolescentes, no qual elas colocam que o período da adolescência como “vulnerável ao comportamento suicida”. O trabalho tem um enfoque também centrado nos transtornos mentais, mas traz como importante a discussão sobre a solidão do jovem (ausência de pares), bullying, pressão para desempenhar papéis ou tarefas sociais, conflitos familiares, violência intrafamiliar, dentre outras.

Braga e Dell’Aglío (2013) consideram como características epidemiológicas dos adolescentes que fazem tentativas de suicídio questões de gênero e depressão. Por questão de gênero, as autoras colocam a predominância do sexo feminino, sendo as adolescentes as que mais realizam tentativas. Sobre a depressão, as autoras justificam ser os sintomas desse agravo como algo que potencializa as tentativas de suicídio.

Os resultados apontaram como principais fatores de risco ao suicídio na adolescência: a presença de eventos estressores ao longo da vida, a exposição a diferentes tipos de violência, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, problemas familiares, histórico de suicídio na família, questões sociais relacionadas à pobreza e à influência da mídia, questões geográficas e depressão. (BRAGA e DELL’AGLIO, 2013, p.11)

Apesar do artigo cair para uma discussão sobre sintomas e diagnósticos – que são importantes, mas não únicos – Braga e Dell’Aglío (2013) fazem uma observação necessária: este é um fenômeno que não é exclusivo de uma classe social, mas que adolescentes e jovens com condições financeiras melhores buscam acompanhamento particular, fora do SUS, o que limita de algo forma o dimensionamento dessa questão, já que não ocorre a notificação desses casos.

Vamos olhar agora para alguns exemplos de manuais dirigidos para profissionais da saúde e/ou saúde mental, sobre esta temática, fazendo uma ordem de acordo com o ano de sua publicação. A OMS, em 2000, produziu um manual para os profissionais da atenção básica com a temática da prevenção ao suicídio. Ele estabelece que os transtornos mentais são fatores de risco, sendo estes a depressão, o “alcoolismo” e esquizofrenia. Sendo assim, este seria o público que os profissionais deveriam ter maior atenção.

O Ministério da Saúde, juntamente com a OPAS/OMS e a Unicamp produziram um manual em 2008 para equipes de saúde mental sobre o mesmo tema. Este documento disserta por cerca de 80 páginas dando prioridade para explicar a relação entre suicídio e transtorno mental e quais são as tipologias de transtornos que poderiam ser fatores de risco: depressão, esquizofrenia, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos de personalidade e, ainda, um capítulo a parte falando sobre “aspectos psicológicos do suicídio”, como se fosse algo que pudesse ser separado da conversa sobre os diagnósticos.

No “Guia prático de matriciamento em saúde mental”, um material produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011B), é um guia “de bolso” destinado tanto a profissionais da atenção básica quanto da saúde mental. Nele, existe um capítulo destinado aos problemas mais comuns na atenção básica, sendo um deles o suicídio.

O capítulo aborda como realizar a avaliação do risco de suicídio, começando pela importância de falar abertamente com a pessoa que está em sofrimento sobre a ideia suicida. O Guia possui muitas semelhanças com o discurso presente nos dois documentos citados anteriormente. De forma sucinta, são apresentadas algumas perguntas-chaves a serem feitas para a pessoa, com a finalidade da identificação do risco.

O guia coloca que existem dois grandes fatores centrais para o risco de suicídio: os *distais* e os *proximais*. O primeiro diz respeito à carga genética, traços da personalidade, traumas precoces, fatores perinatais; seriam os fatores que são ditos imutáveis ou dificilmente imutáveis. Já os fatores proximais são aqueles que podem ter intervenção, como transtornos psiquiátricos ou doenças físicas, crise psicossocial, a disponibilidade dos meios nos quais se intenta o suicídio e etc. (BRASIL, 2011B)

Não estamos desconsiderando tais fatores, mas questionando a centralidade deles no discurso. Considerando que os documentos produzidos (principalmente vindo de uma instituição com grande influência como a OMS e o Ministério da Saúde), sinalizam um “como fazer” para os profissionais de saúde e saúde mental, isto pode ter repercussão no cuidado, ocasionando uma prática voltada para uma visão biomédica.

Um adulto, por exemplo, na faixa etária dos seus 30 anos de idade que possui histórico de tentativa de suicídio, de diversas formas, certamente ao longo da sua vida nunca buscou (e ao mesmo tempo pode não ter sido percebido por outros) que estava adoecendo e, possivelmente desenvolveu um transtorno mental. A discussão dos manuais é relevante, principalmente para sensibilizar os profissionais da invisibilidade do sofrimento psíquico.

Estes documentos apresentam um discurso sobre a abordagem a pessoa em sofrimento psíquico e fatores de risco ao suicídio independente da faixa etária. No entanto, quando falamos

sobre adolescentes, que estão no objeto do nosso estudo, a questão parece ter outras dimensões mais relevantes e que impactam nos seus sofrimentos. É preciso considerar a relação com as instituições na vida do jovem, como a família e a escola, por exemplo. Além disso, é preciso ter cautela com a presunção de um diagnóstico precoce (ou seja, a demarcação de um transtorno mental), pois isto pode ter repercussões negativas, gerando algum estigma e, portanto, repercussões ao longo da trajetória de vida.

Um documento importante do Ministério da Saúde é o da coleção Cadernos de Atenção Básica, nº34 de 2013, que aborda o tema da Saúde Mental na ABS. Ele destina um espaço para falar de crianças e adolescentes e sinaliza a insuficiência das categorizações atuais (CID X e DSM IV) para agrupar o que seriam transtornos mentais devido “as diversas influências (culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil) que contam para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas na população em questão” (BRASIL, 2013, p.103).

Apesar deste Caderno ser importante, trazendo ferramentas para o cuidado de crianças e adolescentes, como por exemplo, a necessidade de que as práticas precisam ser sensíveis ao entendimento de como funciona a relação familiar e comunitária, considerando que quem está nesta faixa etária é permeado por instituições, conforme falamos anteriormente. Em relação especificamente a temática da violência autoprovocada, que está em nosso objeto de estudo, existe apenas uma menção, colocando a existência de um histórico de tentativa de suicídio dentro dos fatores de risco para desencadeamentos de problemas de saúde mental.

O Guia rápido (SMS/RJ, 2017) que citamos ao final da discussão sobre a atenção básica, não existe uma discussão específica – assim como nos documentos anteriores – sobre riscos e abordagem ao adolescente – mas é sinalizado o aumento da taxa de notificação de violência autoprovocada entre jovens de 15 a 19 anos, do estímulo a automutilação entre estes grupos de jovens através das mídias sociais e a intervenção necessária quanto promoção de saúde com o Programa Saúde na Escola (PSE)¹⁸ e a Rede de Adolescentes e jovens promotores de saúde (RAP).¹⁹

Seguindo de acordo com os anos das publicações dos documentos, Ferreira, Fajardo e Mello (2019) colocam que OMS em 2013 divulgou um Plano de Ação em Saúde mental 2013-

¹⁸ Programa de Saúde na Escola – PSE Carioca (Resolução conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS – Nº1, 06 de fevereiro de 2015) integra saúde, educação e desenvolvimento social no município e em núcleos regionais – NUSEC, nas dez Coordenações das Áreas de Planejamento do Rio de Janeiro, buscando uma abordagem intersetorial. (SMS/RJ, 2016)

¹⁹ O RAP da Saúde - Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde – iniciou seus trabalhos em 2007, e hoje atua em todo o município, em cada uma das dez áreas de Planejamento, com objetivo de promover a saúde dos jovens potencializando o protagonismo juvenil, em articulação com a atenção primária e com dispositivos intersetoriais (SMS/RJ, 2016)

2020 e que o Brasil é signatário deste. O plano estabelece um alcance da redução de 10% da taxa global suicídios até o ano de 2020. Ainda segundo as autoras, o Ministério da Saúde em 2017 lançou a “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020”. *Entre os objetivos citados neste documento, consta a elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e ações em conjunto com as demais esferas da gestão e diversos setores governamentais e da sociedade civil (p.2)*

Esta agenda supracitada tem um enfoque nas ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com o objetivo de aumentar e fortalecer essas ações. Além disso entrega para o debate a necessidade da articulação inter e intrasetorial para o enfrentamento do suicídio. Mostra preocupação com a população indígena, colocando eles como grupo de “maior risco e vulnerabilidade”, destacando outros como: pessoas com transtornos mentais (destaca a depressão), usuários de álcool e outras drogas, pessoas vítimas de violência, pessoas em situação de rua e adolescentes e jovens. Pontua a necessidade de articulação entre Vigilância e Atenção em Saúde, para fortalecer a promoção do uso efetivo dos dados dos sistemas de informação para os serviços de saúde. (BRASIL, 2017A)

A agenda comporta três eixos de ação: Primeiro, vigilância. Identificando a importância dos registros e notificação, bem como a qualidade dos dados. Também neste eixo é ressaltado a necessidade de divulgação destas informações, como boletins epidemiológicos, para demarcar quem são estas pessoas, as variáveis socioeconômicas, cor, gênero, orientação social, dentre outras questões.

Segundo eixo, Prevenção do suicídio e Promoção de Saúde. Um dos sub-eixos desta ação fala sobre dialogar com setores da saúde, sociedade civil e demais setores governamentais sobre os determinantes sociais que estão dentro da temática do suicídio, para que possam entender esta questão para além da esfera individual “mas que fatores socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, violência e discriminação étnico-raciais, relacionadas a gênero, identidade de gênero e orientação sexual, entre outros, estão associados aos suicídios e tentativas” (BRASIL, 2017A, p.16).

O terceiro e último eixo é nomeado de “Gestão e Cuidado”, visando a criação de pactuações e estratégias de fluxos de Atenção à Saúde com articulação com a Vigilância em Saúde e dos recursos que o território dispõe, que a Agenda coloca como exemplos a rede de intersetorial (ONGS, rede de assistência social). Ressalta a necessidade de *qualificar* “as estratégias de notificação, início imediato do acompanhamento clínico e psicossocial e monitoramento nos casos de tentativas de suicídio, no cotidiano dos serviços” (BRASIL, 2017A p.20). Também ressalta a importância da educação permanente, atualização e revisão de

materiais existentes de atenção à saúde, inserindo a temática da prevenção ao suicídio. (BRASIL, 2017A)

De forma resumida, esta Agenda se destaca por reforçar os determinantes sociais na questão do suicídio, fomentar a discussão da temática com outras esferas além da saúde para pensar promoção de saúde, como também sensibilização e visibilidade do tema. Reforça que a qualificação das notificações de suicídio é importante na mesma medida que a atenção em saúde. Este documento não carrega novidades ao se tratar de adolescentes, mas os coloca como grupo de risco.

A cartilha “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016” produzida pelo Ministério da Saúde em 2018 traz consigo a visibilidade da temática do suicídio entre adolescentes e ainda colocando uma questão de raça envolvida, mostrando que a população negra também está entre as mais vulneráveis dentro do tema da violência autoprovocada. Esta visibilidade vem à tona com dados epidemiológicos, não sendo uma cartilha com o foco nas práticas dos profissionais que lidam com estes jovens. Podemos perceber que os adolescentes e jovens negros, portanto, tem uma determinada forma de adoecer e morrer na sociedade brasileira.

Segundo este documento, entre os anos de 2012 e 2016 no Brasil ocorreram em média 11 mil na população em geral e, destes, 3.043 entre adolescentes, colocando o suicídio como a quarta principal causa de morte dos jovens. A primeira causa segue sendo a de homicídios. O documento mostra que em 2016, o número de suicídios de jovens negros foi 45% maior que a de brancos. Considerando jovens negros e periféricos, podemos inferir que são um grupo muito vulnerabilizado e por isso mesmo, o suporte das políticas sociais amplas e integradas são muito necessários para evitar agravos.

Em 2018 foi produzido pela SMS/RJ outra Coleção Guia de Referência Rápida, nomeada Saúde Mental na Infância: identificação, manejo e qualificação do cuidado. O Guia é voltado para profissionais da ABS e já no início questiona a diversidade de diagnósticos existentes na infância e a banalização da medicalização nesta faixa etária. O objetivo não é um rastreamento de questões de saúde mental, mas sim uma qualificação do cuidado no acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Apesar dos adolescentes não serem o objeto deste documento, ele traz informações relevantes. A SMS/RJ (2018) coloca que as demandas – referindo à uma queixa relacionada a saúde mental - dos adolescentes geralmente chegam ao serviço de saúde através de terceiros (família, escola, conselho tutelar), pois não costumam a ir espontaneamente.

Sobre isto, pode ser relativizado pela experiência: na unidade que trabalho, alguns vieram sozinhos, outros com amigos e muitos que vieram com familiares foram porque os próprios pediram ajuda. Conversando em reunião com a rede (fóruns de saúde mental e reuniões com a rede de assistência social da área programática) foi percebido também pelo CAPSi que um fator importante para adesão e continuidade dos adolescentes nos serviços de saúde foi a amizade. Ir com amigos ou até mesmo fazer amizades com outros jovens no serviço, se torna mais atrativo.

O documento fala de forma breve da necessidade de avaliação de situações que envolvam saúde mental dos adolescentes, mas não discorre sobre. Aponta para o leitor a necessidade de construção de um documento específico sobre a temática. Sinaliza a existência do documento produzido pelo Ministério da Saúde em 2017: *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*.

Esta produção é bem ampla e extensa, desenvolvendo sobre vários aspectos da saúde do adolescente. O capítulo destinado a saúde mental cita a existência do CAPSi e que este tem como prioridade o atendimento de autistas, psicóticos, adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas e a todos aqueles cuja problemática apresente prejuízos psicossociais severos (BRASIL, 2017B). Além disso, também é mencionado outros dispositivos da rede de saúde, como o CNAR e o NASF.

Sobre os problemas de saúde mental, o documento sinaliza apenas duas: a violência autoinfligida/suicídio (assim é colocada) e a depressão. Em relação ao manejo dos casos, é indicado a articulação com profissionais de saúde mental dos NASF(s) através da interconsulta e/ou o encaminhamento para os CAPSi. Como fatores de risco a serem identificados e avaliados, são divididos em “individuais, familiares e sociais”:

Individuais: autoestima baixa, fracasso escolar, isolamento, sinais de transtornos orgânicos e psicológicos, uso e abuso de drogas, dificuldades com a própria identidade de gênero, sentimentos de exclusão.

Familiares: dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.

Sociais: características do grupo de companheiros, que podem apresentar valores em conflito com a realidade pessoal e social, além das dificuldades de se integrar nas normas culturais. (BRASIL, 2017B, p.123)

Mesmo em uma produção recente (2017) do Ministério da Saúde, os determinantes sociais não aparecem neste contexto. Os fatores sociais colocados podem cair em um olhar normatizador da realidade social, considerando o adolescente como o problema, quando muitas vezes as instituições (escola, família, religião, dentre outras) podem ser símbolos de produção

de violência e sofrimento. Fora isto, o contexto do pertencimento é desconsiderado. Por exemplo, viver em um ambiente que sofre com conflitos armados, habitação e saneamento precário, tem repercussões naqueles vivem neste cotidiano, direta ou indiretamente.

Embora a temática do suicídio tem avançado pouco a pouco com um olhar mais ampliado, para além de uma questão individual, mas incluindo fatores econômicos, sociais e culturais, é possível inferir destes manuais e documentos que ainda é incipiente a discussão sobre violência autoprovocada e suicídio entre adolescentes e que, no pouco diálogo que se tem predomina uma abordagem centrada nos transtornos mentais. De qualquer forma, estamos pesquisando em um campo que está em construção.

3 CHEGADA NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

O estudo se baseará em um Centro Municipal de Saúde (CMS) na Zona do Rio de Janeiro, que possui como território adscrito uma extensa comunidade que abrange dois grandes bairros cujas características refletem a vulnerabilidade social e a violência estatal que sofrem cotidianamente. O olhar é sobre os adolescentes deste território, que chegam até a unidade básica apresentando importante sofrimento psíquico e lesões autoprovocadas.

A área coberta pela estratégia de saúde da família no Rio de Janeiro, até o presente momento, é hoje de 70%,²⁰ sendo parte significativa localizadas em territórios de com importante vulnerabilidade social, marcados pela presença de conflitos armados decorrentes da política de (in)segurança do Estado.

A vulnerabilidade social e a violência em suas múltiplas formas são expressões da questão social.²¹ Posso dizer, colocado isto, que a violência, as condições precárias de vida, ou seja a vulnerabilidade social, constituem-se como um agravo e como determinantes sociais de saúde e doença. Muitos serviços de saúde do SUS são utilizados por uma população mais pobre, inclusive negra e periférica.

O significado do direcionamento para uma população vulnerabilizada socialmente ocasiona determinadas relações de cuidado, com demandas e necessidades em saúde que refletem a quem se destina e principalmente, o local aonde estes serviços estão inseridos. Isto é mais evidente ao olharmos para as clínicas da família, pois estão localizadas em áreas estratégicas do território que cobrem.

Nessa perspectiva, as noções de ‘território’ e ‘contexto’ fundamentam uma compreensão da doença como manifestação do indivíduo, mas indissociável da situação de saúde do lugar, entendendo que os lugares e seus diversos contextos sociais são resultado de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de processos de adoecimento. Os territórios têm vida, expressa pela história de pessoas e lugares, pela cultura, pelos movimentos sociais e ações políticas, sendo a expressão de interesses muitas vezes conflitantes (PRATA *et al.*, 2017, p.37).

²⁰A cobertura está relacionada até o ano de 2018. Após a reestruturação na saúde feita pelo Prefeito Marcelo Crivela (citada na seção que falo sobre a ABS), esse número caiu para 53%.

²¹Por ‘questão social’, no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito capital e o trabalho (CERQUEIRA FILHO, 1982 *apud* NETTO, 1996, p.13).

Estes adolescentes do nosso estudo que praticam a lesão autoprovocada, ou seja, um ato violento a si mesmo, possuem um sofrimento psíquico atrelado a outras formas de violência (além da violência do Estado presente na comunidade, vemos adolescentes vítimas de racismo e abuso sexual, por exemplo). A complexidade desses casos não está dada, sendo necessário entender este jovem em sua totalidade. Parece um desafio, pois, não estamos lidando com sinais e sintomas, mas uma forma de adoecer que reflete seu contexto social.

Benicio e Barros (2017) destacam a violência *urbana* enquanto responsável em grande parte pelo homicídio de jovens, principalmente os que residem favelas. Importante colocar que o adjetivo “urbano” parece remeter a algo abstrato, sem nome ou endereço. Desta forma, o termo “violência estatal” parece mais adequado para a nossa realidade e para este estudo, pois também serve enquanto analisador para outras formas de violência, conforme pontuam Soares e Guindani (2007):

Mas as dimensões solares e promissoras, que apontam para a justiça, a liberdade e a democracia, estão, hoje, obscurecidas pela torpeza da violência mais insidiosa, aquela que deixa um rastro de sangue nas favelas, aquela que nega a alteridade nas esquinas da cidade, aquela que avilta a legalidade democrática porque é **violência do Estado** e aquela que se beneficia da apropriação privada das instituições públicas, nos processos da corrupção ou na lavagem de dinheiro. Lembremo-nos de que, frequentemente, **os diferentes tipos de violência se comunicam entre si e se realimentam** (SOARES e GUINDANI, 2007, p.5, grifo nosso).

Ao sinalizar que os diferentes tipos de violência se comunicam e se realimentam, isto nos remete para Minayo, autora de diversas obras sobre a temática da violência, que a classifica como um fenômeno multifatorial, histórico, econômico, social e político, perpassado por questões de gênero, raça e classe. “Por ser um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças” (MINAYO, 2006a, p.118).

É importante ressaltar isto, pois os determinantes sociais eles enquanto a interação do ser humano com o seu “meio”, ou seja, aonde elas vivem, trabalham e existem de inúmeras formas. Estamos falando de um meio regido pela lógica do capital, que produz e reproduz não somente bens, mas formas de exclusão e marginalização que refletem na subjetividade coletiva e individual.

É neste ponto que as favelas se tornam cenários aonde as expressões da questão social são mais visíveis e ao mesmo tempo invisíveis pelo Estado. Do ponto de vista das políticas sociais, que deveriam ser valorizadas, principalmente nestes territórios. Cabe colocar que, o Estado se faz sim bastante presente nas favelas, através da política de (in)segurança pública, na

dita “guerras as drogas”, que ocasiona no genocídio negro que vemos na mídia diariamente e que possui locutores com falam que refletem o racismo na sociedade brasileira:

[...] Todos os envolvidos de Acari, todos, todos vocês de Acari hoje são inimigos número um da polícia civil do Rio de Janeiro. **Nós vamos caçar vocês aonde quer que vocês estejam.** Ontem eu estive em Acari a noite, não adianta botar é...em facebook, dizer que foi criança baleada, mentira! Não adianta que vocês não vão conseguir tirar a gente daí de dentro. Nós vamos a qualquer horário, não tem horário pra gente, não tem nada que vocês possam fazer, nem que ninguém possa fazer a não ser a lei e a Constituição da República ou constituição do meu estado pra impedir a gente de encontrar vocês. **Nada vai impedir o nosso encontro, nada! Nada! E se vocês resistirem a nossa ação, nós vamos manchar o ambiente com o sangue sujo de vocês.** Não ouse nos enfrentar, porque nós vamos até as últimas consequências (...) (Delegado Marcus Amim ao jornal do meio dia do canal SBT em Junho de 2018, grifo nosso)

Olhando para este território em questão e uma política de (in)segurança que se comporta, nas palavras de Achille Mbembe como uma “política de morte” ou necropolítica, vemos que essa população: jovens, negros / negras e periféricas assumem um lugar de marginalização, invisibilidade e vulnerabilidade.

A expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como implantação e manifestação de poder (MBEMBE, 2018, p.5)

Nesse sentido, queria iniciar falando do começo de tudo para situar o leitor do que é este território, minhas impressões, desconhecimentos e dúvidas perante a tantas novidades e inseguranças de uma recém-chegada. Além disso, os eventos do primeiro dia (e suas consequências) ecoaram nas memórias: coincidentemente me vejo com uma situação que envolvia um “caso de suicídio”, a dúvidas dos profissionais e posteriormente, o adoecimento de profissionais.

Colocado isto, em meu primeiro dia, confesso que fui pega de surpresa. Havia sido orientada a ir até a Coordenação de Área Programática (CAP) assinar uma papelada, indicando o início de minhas atividades no CMS. Tinha terminado tudo em torno de onze horas da manhã, quando a profissional da CAP orienta a me apresentar no mesmo dia no serviço. Ela me deu o contato pessoal da gerente, dizendo para contatá-la se eu tivesse dificuldades em chegar.

De certa forma, eu sabia que o acesso ao local era complicado. Quando eu estava no Consultório na Rua enquanto residente, os colegas foram discutir um caso neste CMS e acharam melhor eu não ir, por ser um lugar perigoso. Tempos depois, fiz o processo seletivo para trabalhar no NASF, onde duas unidades estavam com vagas. Então falaram na entrevista do

acesso ao CMS e se tínhamos questões com isso. Afirmei logo que não. Quando me ligaram me informando que passei no processo, ainda perguntaram se referindo ao local (de novo): “tem problema para você?”

Encorajada diante das lembranças, para não dizer o contrário, aqui já começou o primeiro desafio. O único conselho que tive é de não pegar o trem de forma alguma até local, pois o trem era perto de duas áreas de facções rivais. Descartada essa possibilidade, peguei dois ônibus até o local. Bom, a questão foi que dizer para o motorista ou aos passageiros que eu queria ficar numa clínica da família foi difícil. As pessoas só sabiam falar da UPA (que fica numa área tensa também) ou de um clinica que fica próxima, mas na “pista”.²²

Um dos passageiros que veio me falar que até existia uma outra clínica, mas que eu teria que entrar na favela. Respondi que era ali mesmo onde eu queria ficar. Ele então nomeia o CMS para mim, dizendo que era lá “no postinho da Rainha”. Então esse era o nome informal e conhecido do CMS na região, logo, não estava fazendo sentindo algum eu ficar dizendo o nome completo e formal do serviço.

O “postinho” tinha esse nome pela sua história no território. Antes da existência da saúde da família (e das demais clinicas no entorno), ele era responsável por diversas favelas daquela região. É uma história de décadas. Ele nunca saiu de onde está, mas a população adscrita foi diminuindo na medida em que novas unidades foram surgindo e o postinho virou uma unidade de saúde da família, com o avanço da atenção básica.

Ao soltar do ponto de ônibus, fui andando até a (depois descobri ser uma das) entrada da comunidade. No caminho, percebi muitas casas (feitas por pedaços de madeira), sendo construídas em meio ao mato crescente.²³ Após uns 10 minutos chego numa entrada, onde fica uma pequena torre com pichações que continham a sigla da facção da favela e muitas poltronas, carros e pedaços de pau que indicam ser uma barricada para evitar a entrada de qualquer pessoa indesejada, como a polícia.

²² Pista é um termo utilizado para se referir ao que fica em torno da favela. “Lá é pista, não é morro”

²³ Ao longo do ano de 2018 esse território no qual cito a presença de construção de casas seria totalmente tomado por elas. Segundos alguns ACS(s), em 2017, “o dono do morro” autorizou a construção de casas ali para que a área fosse totalmente preenchida, de forma que o acesso do “Caveirão” (carro do Batalhão de Operações Especiais, BOPE) fosse impedido. Seria uma forma de “barricada” humana.

Em geral, este território, ficou conhecido no CMS como a área “dos barracos”, pela grande precariedade das condições de vida daquelas pessoas. Eram pessoas, em sua maioria do Nordeste, que já tinham familiares morando nos arredores e foram avisadas da “autorização” para a construção de moradias. A quantidade era tão grande que, somente ali, existiam em torno de 50 gestantes para serem acompanhadas. Ali era um território marcado pela pobreza e violência, visto que era um dos locais da favela que tinham o despejo de corpos com a consequente incineração destes.

Tinha um bar naquela entrada, então resolvo perguntar se estou no caminho certo, afinal, nenhuma indicação de unidade de saúde aos meus olhos. Um senhor gentilmente me orienta a seguir em frente “toda a vida” até chegar lá. No entanto, durante o caminho fui percebendo um grande tumulto próximo ao CMS, eu não quis parar para ver o que era, mas tive a sensação de ter visto um corpo.

Finalmente chegando ao CMS, pergunto sobre a gerente. Aliás, desde que comecei a me aproximar da unidade, o sinal ficou automaticamente ruim, o que dificultou o contato. Sou orientada por uma ACS a ir até administração onde ela estava. Nos encontramos e ela de forma descontraída fala, “Mas que cara é essa? Viu fantasma? ”. Desconversei falando do calor lá fora, já passava do meio dia e era verão.

Uma colega entra na administração, era uma outra integrante da equipe NASF (também assistente social). Ela me dá as boas-vindas, mas sem antes comentar com a gestora e com os demais administrativos sobre o corpo lá fora “gente, nunca vi alguém morrer desse jeito!”. Ela se referiu ao fato da pessoa ter sido carbonizada. Teve uma pessoa que ainda imitou a posição que o sujeito ficou quando morreu.

Todos os funcionários do CMS eram terceirizados, ou seja, contratados de uma determinada Organização Social. As pessoas da limpeza e portaria eram de outra empresa, diferente dos demais funcionários, mas também terceirizados. Havia apenas dois técnicos de enfermagem que era concursado e tinham sido transferidos para lá muitos anos atrás.

Após definir meus dias de trabalho (fazia carga horária de 20hs), minha colega assistente social me leva para conhecer o CMS. Me senti num verdadeiro labirinto, demorou muito tempo para que eu decorasse as entradas e saídas de cada lugar. Inicialmente fomos em cada “acolhimento” das equipes (assim era chamado o local onde ficava o guichê de atendimento com o ACS, que era o responsável da recepção ao usuário ao longo do dia). Cada equipe tinha uma pequena sala com este guichê, sendo na porta escrito o nome da equipe, para a identificação. O CMS era muito extenso, todas as salas ficavam espaçadas, mas uma ao lado da outra do sentido horizontal.

Logo depois da sala da administração, na parede, havia pendurado um círculo verde, como se fosse uma carinha (tinha dois pontos para os olhos e um sorriso para a boca). Isto era a ferramenta do Acesso Mais Seguro, indicando que o território estava “bom” para fazer sair e fazer visitas. Quando ficava em amarelo (a carinha ficava “triste”) significava que não podíamos sair, seja por suspeitas de confronto ou algum confronto já iniciado. Geralmente quando “tinha polícia” na favela, era o principal indicador. Ainda havia a carinha vermelha,

esta significava que a unidade tinha que fechar as portas e aguardar o melhor momento para os profissionais saírem.²⁴

Cada equipe tinha os guichês de atendimento, logo ao lado de cada um tinha mais uma sala que era destinado ao uso de consultas da equipe técnica, do médico e enfermeiro. Conforme consta na “Carteira de Serviços: Relação dos serviços prestados na Atenção Primária” – produzida pela SMS/RJ (2016)²⁵ cada equipe de saúde da família deve dispor de pelo menos um consultório, com a forma ideal de trabalho serem dois por equipe.

Existiam equipes que tinham duas salas, então os colegas faziam rodízio, pois se organizam de acordo com as agendas e folgas de trabalho dos profissionais da mesma equipe. Aparentemente, não se tinha muitos conflitos entre as equipes de referência sobre as salas. A sala da Saúde Bucal ficava ao final do corredor, próximo a Sala de Curativos do CMS. Na extremidade contrária, estava a administração, a sala de esterilização, dois banheiros e sala da hipodermia.²⁶ A farmácia ficava mais ao centro do CMS, ao lado da Sala de Imunização.

O CMS tinha, naquela época nove equipes de saúde da família, sendo uma pertencente a um Território Social. Cada equipe tinha seis ACS, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico de enfermagem. Eram 3 dentistas na, assim como 3 Técnicos de saúde bucal (TSB). Em relação aos médicos, todos, com a exceção do médico Responsável Técnico (RT), eram cubanos. Ou melhor, cubanas, provenientes do Programa Mais Médicos que naquela época, ainda estava em vigor.

A equipe NASF tinha acabado de se reestruturar. Comigo, também havia recém-chegado uma nutricionista (40 horas) e uma psicóloga (40 horas). Membros antigos da equipe que permaneceram eram a assistente social (20horas), fisioterapeuta (20 horas), fonoaudióloga

²⁴ O Programa Acesso Mais Seguro foi criado pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV). Uma equipe da unidade (geralmente os ACS, por conhecerem o território e mais alguns técnicos) é treinada por esta instituição em parceria com a Prefeitura a partir de “protocolos de guerras São maneiras de evitar riscos, estando em territórios com conflitos armados. Dessa forma, esta equipe treinada tinha um grupo no WhatsApp (aplicativo social para celular) para comunicação e mudar a classificação da unidade (verde, amarelo ou vermelho) conforme os protocolos estabelecidos e levando em conta as mudanças do território ao longo de um mesmo dia. (CICV, 2016) Disponível em: https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro?gclid=EAIaIQobChMIkO3enY3z5wIVSwSRCh0-EQcHEAAYAiAAEgJvr_D_BwE Durante todo meu período na unidade, presenciei poucas vezes a unidade ficando em “vermelho”. Duas vezes ocorreram devido a morte de alguém envolvido com o tráfico local e considerado importante, pois todo o comércio fechava ou ficava a “meia porta”. A unidade já chegou a ficar três dias fechada em decorrência desses eventos. No entanto, a maioria das poucas vezes que chegou a ficar vermelho, sempre foi devido a algum intenso tiroteio.

²⁵ A versão de 2016 é a segunda e última edição até o momento lançada, apesar do documento constar a necessidade de revisões a cada dois anos

²⁶ Essa sala é referente a sala de procedimentos e/ou coleta (SMS/RJ, 2016). A coleta de sangue funcionava em um horário mais restrito (de 07hs as 08hs). Procedimentos como teste de gravidez e basciscopopia (“teste do escarro” para tuberculose) podiam ser feitos sem restrição de horário, sendo o último necessitando de pedido médico.

(20 horas) e educador físico (20 horas). Tinham alguns meses que o psicólogo e a nutricionista haviam saído. Em relação a ter duas assistentes sociais, já faziam 2 anos que necessitava de reposição.²⁷

A unidade de saúde tinha ainda um “quintal” grande, com algumas arvores e outras plantas ao longo do terreno de terra que ficava mais atrás do CMS. Pensando mais à frente no tempo, existiram momentos que o pessoal do tráfico se escondia na unidade, bem como armas e substâncias ilícitas em momentos que está ocorrendo algum confronto com a polícia. Esta, por sua vez, entra no CMS “normalmente” para fazer a procura dessas pessoas ou de objetos.

Após me mostrar as salas de “acolhimento”, das equipes técnicas, da farmácia e da hipodermia, a assistente social me leva até um computador (que se localizava num espaço no meio de duas salas, era uma espécie de local de passagem entre duas equipes) que estava sendo utilizado por uma ACS. A assistente social me diz que este é o computador do NASF, mas que precisamos dividir com quem mais quisesse usar.

Foi aí que percebi que até aquele momento, ela não havia me mostrando onde a equipe NASF ficava. Ainda tentando entender tudo o que acontecia, a assistente social me leva ao segundo andar da unidade. Nele tem um refeitório pequeno, ao seu lado dois banheiros para uso dos profissionais. No meio do segundo andar fica uma mesa (as vezes algumas equipes se reuniam ali, ou quando o refeitório não comporta todos os profissionais que vão para o almoço, muitos ficam por ali mesmo para almoçar.

Ao longo do tempo fui percebendo que dificilmente alguém almoçava fora, pois além de termos poucas opções no local, muitos profissionais não se sentiam seguros para isso, já que em geral o “pessoal do movimento” almoçava nos mesmos locais. Algumas vezes almocei fora, numa tentativa de sair um pouco “do trabalho” e fiquei bastante receosa de ficar naquele período de tempo perto de tanta gente armada.

Ao lado contrário do refeitório, tinha a Sala dos Agentes Comunitários (uma sala com um computador por equipe, para que os ACS(s) pudessem registrar suas atividades, como visita domiciliar e atividades coletivas. Além disso, também alimentavam uma planilha com o

²⁷ Segundo Brasil (2014c), as categorias profissionais do NASF variam de acordo com cada realidade e necessidade do território, bem como a gestão local. Podem ser integrantes: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

acompanhamento de pessoas que estavam no PBF. Cada equipe tinha um computador e os ACS(S) faziam escala para utilizar o dispositivo.

No lado esquerdo da sala dos Agentes existia a brinquedoteca, um espaço no qual duas profissionais educadoras faziam atividades com as crianças do território. Era uma sala bem refrigerada, com muitos brinquedos, livros, um teatro de marionetes improvisado, dentre outros objetos para as crianças. Infelizmente, no mesmo ano de 2017 o projeto acabou, com as profissionais demitidas. A sala continuou servindo de espaço para atendimentos que necessitavam uma abordagem mais lúdica, com crianças e também para grupos.

Em um espaço estreito, existia uma pequena sala de vidro, com uma poltrona e muitos livros. Era um espaço mais utilizado para atendimentos com crianças, mas depois da ocorrência de um confronto na favela, uma bala atingiu a vidraça na sala e ninguém mais utilizou de fato o espaço. A marca da bala ainda estava lá. Não entendi muito bem o objetivo daquele lugar, mas percebi que muitos profissionais usavam no almoço para descansar, até que poucos meses depois da minha chegada o espaço foi desfeito para ampliar o acesso a Sala dos Agentes.

Em frente a esta sala tinha um auditório, que a assistente social estava com a chave. Era um auditório destinado a atividades coletivas da unidade, com muitas cadeiras, um projetor e ar condicionado. Aliás, todas as salas eram refrigeradas. O auditório estava sendo usado pela assistente social, seus pertences (cadernos, agenda) estavam lá e o projeto estava ligado a torre do computador, ela o utilizava para fazer seus registros.

Comecei a achar estranho um profissional ficar naquele auditório grande e sozinho, então pergunto finalmente se isto era hábito dos profissionais do NASF ficarem neste lugar. A assistente social me conta que nem sempre foi assim, dizendo que a equipe tinha uma sala e um computador para seu uso coletivo. Era um espaço utilizado junto com a equipe da hipodermia, num dos extremos da unidade. Um dia, encontraram a sala com uma marca de bala, justamente onde a equipe NASF ficava. Não voltaram mais para lá.

A assistente social me explicou que o objetivo não era o NASF ter uma sala própria, mas que existiam dificuldades para locais de atendimentos individuais e fazer o registro de suas produções.²⁸ A questão se intensificou com a mudança de local para a equipe NASF ficar:

²⁸ O objetivo da equipe NASF é atuar sempre de forma compartilhada com as equipes de saúde da família que são denominadas de “equipes de referência”. Como não se trata de um serviço que é separado da AB, o espaço físico a ser utilizado é da própria unidade de saúde e suas atividades enquanto equipe (sejam interconsultas, ações coletivas, atendimentos individuais, reuniões de equipe) devem ser utilizadas os espaços da própria unidade. “Para isso, é importante a integração do Nasf ao cronograma de utilização dos espaços da UBS (consultórios, salas para grupos, salas de procedimentos, entre outros), considerando que a proximidade com as equipes de AB na execução de suas ações favorece o trabalho integrado.” (BRASIL, 2014c, p.48).

depois da hipodermia, foi cedido um espaço no primeiro andar que fica bem no meio da unidade, era um antigo auditório que não era mais utilizado. Ele ficava em frente a Sala de Observação, um espaço que era fechado por cortinas que detinha duas poltronas e uma maca. Era para pessoas com algum agravo (físico ou psíquico) e necessitavam permanecer mais tempo e sob os cuidados da equipe.

Havíamos apenas passado pelo local do auditório e eu nem percebi. Desço as escadas e vou até esse auditório para entender melhor a situação. Era um espaço que tinha alguns ventiladores de teto, mas apenas um no canto esquerdo inferior funcionava, Era lá que existia uma pequena mesa redonda, a qual a equipe fazia suas reuniões. O espaço ainda tinha um armário (tudo embaixo do único ventilador funcionando) com materiais de educação permanente e uma pequena mesa com uma cadeira, que sinalizava ser um local que um computador deveria estar.

Dentro do armário havia nosso livro de ata de reunião de equipe, matérias de educação permanente diversos (de todas as categorias profissionais), cadernos, pastas e também uma pasta produzida pela assistente social, intitulada de “pasta da rede”. Nela tinha contatos telefônicos de vários serviços da rede intersetorial. Ela depois me explicou que no território existiam dois Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), sendo que um deles cobria a localidade de apenas uma das equipes de saúde (uma das mais distantes), sendo o outro as demais. Ainda existia um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e um Conselho Tutelar de referência.

Como todo o lugar que deixa de ser utilizado pelas demais equipes, o auditório serviu como depósito para aparelhos da unidade que deixavam de funcionar (tinham caixas com materiais eletrônicos, como ar condicionados velhos) dentre outros objetos. O acúmulo de poeira era considerável (sempre tínhamos que chamar alguém para ajudar na limpeza), pois colegas tinham dificuldades de respirar.

Esse pequeno depósito ficava no mesmo canto que nossa mesa de reunião. A poltrona da sala de vidro que falei antes, com o tempo, também foi parar lá. O auditório também tinha uma vidraça, que permitia ver todo o movimento do lado de fora da unidade e, também, os usuários viam os profissionais lá dentro. Era um espaço muito quente, sendo o único assim.

Existia um biombo no meio do auditório, então separava o lado da vidraça com o lado no qual ficava o depósito, junto com nosso espaço. Falar “nosso espaço” não parece muito

O que me parece, quando chego ao CMS, é que havia um conflito em relação as condições de trabalho da equipe NASF e isto se prolongou até o final do ano de 2017, quando o “auditório depósito” passou por uma limpeza e ocorreu desocupação de materiais desnecessários e o retorno do computador para uso do NASF ao local.

apropriado: a ideia do NASF não é ter sala, então aquele era um espaço coletivo, também pertenciam as equipes. No entanto, como disse, poucos usavam. Aquele espaço foi se tornando nosso.

No entanto, a equipe NASF questionou com a gestão local as condições precárias do ambiente, me contava a assistente social, depois que subi novamente para ficar com ela no auditório do segundo andar. Sem muitas respostas a isto, a equipe NASF decidiu não utilizar o ambiente, indo para o auditório que estávamos. Bom, a resposta da gestão foi retirar o computador (que ficava lá na mesa pequena que vi) e colocar em outro local, para os demais profissionais poderem usar, já que o NASF optou por não ficar neste ambiente.

Logo entendi que haviam alguns conflitos assim que entrei. O auditório do primeiro andar ficava em um ponto estratégico, bem no centro do CMS e no meio de todas as salas das equipes. Os técnicos e ACS (s) criticavam a equipe NASF por se manter mais distanciada e ter que subir até o segundo andar quando precisavam falar com a equipe. Posteriormente, a equipe NASF começou a utilizar exclusivamente o espaço do “auditório depósito” no primeiro andar, após muitas discussões com a gestão sobre melhorias no espaço, que foram feitas.

Depois de um certo tempo, a psicóloga chega no auditório, – bastante ofegante, pois tinha acabado de retornar de uma visita domiciliar – ela senta ao meu lado e nos cumprimentamos brevemente. Ela parecia estar muito preocupada com a situação de um usuário que estava pensando em se matar. Foi a situação que narrei de forma resumida na seção que falo sobre as motivações desta dissertação. Acredito que cabe mais alguns detalhes sobre isto.

Antes que a psicóloga entrasse em cena, a assistente social me contou algumas questões relativas a profissional. Ela estava com algumas preocupações (aliás, a gestora também depois mencionou isto para a equipe) por ser o primeiro emprego da psicóloga depois de formada e que por isto, ter inexperiência e estar em um território complexo, até mesmo para aqueles com “mais percurso”.

A psicóloga havia entrado na equipe uma semana antes de mim e a assistente social estava dando suporte com ela nos casos de saúde mental. Vejam, eu e a minha colega de categoria compartilhávamos da mesma formação enquanto residentes em saúde mental, além disso, essa colega trabalhava em um serviço de saúde mental. Nesse sentido, apesar de naturalmente ser necessário dar suporte a qualquer colega da equipe, tínhamos essa preocupação com a psicóloga, considerando que o antigo psicólogo passou por momentos de adoecimento, decorrentes do trabalho.

Prosseguindo com a chegada da psicóloga, esta demonstra muita preocupação e se dirigia à colega assistente social em busca de apoio. A assistente social já conhecia o caso, era

um usuário chamado Jorge²⁹, que tinha vínculos frágeis com a família devido a sua opção sexual e isto lhe acarretava grande sofrimento. Em períodos mais depressivos, chegava a ter episódios psicóticos e apresentar ideação suicida, mas sem nunca ter feito uma tentativa prévia.

A equipe NASF (anterior) junto com a equipe de referência tinham dificuldades com a questão de um acompanhamento regular de Jorge no CMS, pois o mesmo só aparecia nestes momentos de crise. A equipe acompanhava ele e seu companheiro, principalmente devido a alguns agravos clínicos deste, portanto, sempre mantinha contato com Jorge e assim, percebendo quando o usuário piorava seu quadro de humor. No entanto, Jorge não ia as consultas agendadas pela equipe para um acompanhamento ambulatorial em psiquiatria, da mesma forma que não comparecia a atendimentos de rotina na unidade ou com a equipe NASF.

A equipe de referência então havia acionado o NASF, em particular, a figura da psicóloga, ao perceber alterações de humor do usuário e, o mesmo, também pedir ajuda a equipe. Foi então que psicóloga fez sua primeira visita domiciliar enquanto profissional da unidade e ali estava, sem saber o que exatamente fazer. Conversamos (eu observava mais do que falava, já que tentava ainda entender a história de Jorge) sobre melhor maneira de lidar com a situação, tentando pensar possibilidades.

A psicóloga e a assistente social foram conversar com a equipe de referência, em particular, a médica da equipe, para tentarem construir algo juntas. A médica não teve disponibilidade de ir até o usuário, por questões de agenda, mas disse que o atenderia e faria uma medicação de emergência, se assim fosse necessário. A psicóloga então telefona para Jorge, para saber se existe essa possibilidade e o mesmo aceita, vindo para a unidade ser atendido.

Importante falar um pouco sobre agenda dos profissionais, pois isto tem impacto direto no acesso aos usuários e também nas marcações de interconsulta com os profissionais NASF. Cada profissional possui sua agenda, no caso do corpo técnico das equipes (médico e enfermeiro)³⁰ eles têm turnos de visita domiciliar, reuniões de equipe, dias com turnos de atendimentos a gestantes, à puericultura, à diabetes e hipertensos, dentre outras linhas de cuidado. No entanto, essas são as mais enfatizadas nas agendas, com turnos separados para atender esse público.

²⁹ Nome fictício para preservar o anonimato

³⁰ Os técnicos de enfermagem tinham uma agenda mais centrada em uma “rotina” de acordo com os procedimentos: dia de ficar na hipodermia, na Sala do Curativo, na Sala de Procedimentos, na Sala de Imunização e por fim, dia de ficar “na equipe”, o que significava fazer visitas domiciliares, atendimentos (já fiz muitas interconsultas com técnicos de enfermagem) ou ação coletivas.

A orientação da SMS/RJ (2016) é que possa haver um fluxo geral de acesso e que as agendas dos técnicos possam considerar além da demanda programada – que contemplem os usuários já marcados - mas que se considere as demandas espontâneas e de usuários que chegam por demandas espontâneas associadas a alguma urgência, que talvez tenha sido o caso de Jorge. Infelizmente, essa adequação das agendas dos profissionais técnicos e da equipe NASF é muito delicado, pois nem sempre acontece.³¹

Naquele momento, olhando aquela situação pensei “será que não poderíamos acionar o CAPS?” Falei isto com a assistente social, mas ela me informou que a equipe NASF anterior já tinha feito esse movimento, mas duas questões se fizeram presentes: 1) Jorge não tinha perfil para o serviço, e, sim, para um atendimento ambulatorial; 2) Jorge não estava indo nem no CMS, quanto mais no CAPS. Bom, acontece que Jorge apenas tinha como referência para si o CMS, ele apenas tinha dificuldades em manter o acompanhamento, fazendo as equipes do CMS estarem sempre atentas.

Antes que Jorge chegasse até o CMS, a psicóloga teve a ideia de chamar uma ambulância, pois era o que se deveriam fazer com “casos de tentativas de suicídio”. Ela contou isto para mim e a assistente social, que estávamos dessa vez na administração do CMS, junto com a gerente. Então, a gestora escutou aquilo e se demonstrou irritada, pois eram mais de 16 horas e o usuário nem sequer havia chegado.

Me incomodei um pouco com a fala da psicóloga, achando precipitada a decisão sem nem ao menos conversar com a equipe de referência sobre isto, já que haviam feitas pactuações diferentes. Conversei com a psicóloga sobre o caso que atendi na residência (o mesmo que citei na outra seção da dissertação) para explicar que existem diferenças entre ideação suicida e tentativas de suicídio, que precisamos avaliar juntos os riscos para tomar uma decisão.

A gerente fica nos escutando debater e então “joga” (literalmente) na nossa direção o Guia de Referência Rápido “Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção” feito pela SMS/RJ (2017). Era um guia amarelo e extenso e este foi meu primeiro contato com uma produção acerca da temática do suicídio e seus manejos, bem como ações de prevenção. Ela nos disse para estudar para poder nos matricular primeiro, para então assim apoiar melhor as equipes.

³¹ Durante minha passagem pelo CMS existiu apenas um profissional que reservava turno de interconsulta com o NASF, que era uma médica cubana. Um outro médico tinha um turno dedicado aos casos de saúde mental, geralmente, eram feitas interconsultas. Em geral, a maioria das interconsultas que participei envolvem alguma questão de saúde mental.

Com o tempo, criei estratégias para a interconsulta acontecer: como os profissionais saíam para visita domiciliar a partir das 09horas, programava algumas interconsultas antes desse horário, já que o profissional fechava o turno da agenda e, por isto, estava mais disponível.

Eu e a assistente social conversamos com a psicóloga para esperar Jorge chegar e decidir junto com a equipe de referência a melhor tomada de decisão. Foi então que, Jorge chega e passou por uma interconsulta com psicóloga, a médica e a assistente social. Não me coloquei a participar do atendimento, pois entendi que eram muitas pessoas que já estavam envolvidas e Jorge poderia se sentir desconfortável.

Após esta interconsulta, ficou acordado com as equipes (NASF e de referência) bem como com o usuário que o mesmo faria uma medicação de emergência (o mesmo, inclusive, solicitou) e que ele retornasse na semana seguinte para atendimentos (ele concordou e a impressão da equipe é que ele teve um bom vínculo com a nova profissional psicóloga), o que de fato futuramente aconteceu.

Assim ficou marcado meu primeiro dia de trabalho no CMS, mas é preciso ir alguns dias a frente desse momento, para compreender algumas outras questões do trabalho em e na equipe, que depois ecoaram ao longo de 2017. Na semana seguinte, fizemos reunião da equipe NASF e pudemos nos conhecer, já que o dia da reunião era o único dia em comum de todos os membros da equipe.

Além das boas vindas, a psicóloga quis inicialmente colocar como pauta o incomodo dela durante toda a situação acerca da abordagem com a questão ao caso de Jorge. Relatou que se sentiu que sua fala durante o caso não foi respeitada (sua escolha por chamar a ambulância) e que estávamos banalizando o sofrimento mental do usuário. Tivemos um debate sobre isto, levando em conta que o terreno da temática do suicídio era desafiador, mas argumentamos (eu e a outra assistente social, que estávamos na situação) que tomamos a decisão em equipe e considerando quem já conhecia o caso trazia.

Infelizmente, a discussão acabou tendo um rumo sobre as categorias profissionais NASF e suas atribuições específicas com a profissional psicóloga colocando-se no lugar central de apoio aos casos de saúde mental. Isto, futuramente, geraria grande desgaste nas relações do trabalho e adoecimento psíquico na equipe NASF, principalmente com a psicóloga.

A equipe prosseguiu naquele momento com uma certa fragmentação do trabalho: enquanto parte da equipe mantinha uma prática voltada para o reforço das interconsultas e integração com as equipes, outros faziam uma prática mais ambulatorial. Certamente, a ambulatorialização das práticas não é algo exclusivo da postura profissional, mas reflete também a precariedade da rede – e aqui estou falando da de saúde mental -, já que absorção pela ABS e NASF muitas vezes não é intencional.³²

³² Cabe registrar que da mesma forma que os técnicos das equipes de referência tem suas agendas, o NASF também possui. Na agenda padrão nas equipes NASF, é obrigatório mensalmente ter para os profissionais 40

Com uma prática ambulatorial na Atenção Básica e com pouca escuta para o restante da equipe NASF, a psicóloga se colocou num lugar - que infelizmente, muitos profissionais ficam (ou as vezes são colocados), por diversos motivos - sozinho de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico. Depois de um evento trágico envolvendo uma adolescente que ela acompanhou, ao final de 2017, ela ficou afastada do trabalho por um ano, até que enfim não retornou para o CMS.

Sobre esta situação, é possível pensar alguns aspectos, Primeiro, olhando a legislação. A Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF(S) coloca “*tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental*”(BRASIL, 2008, art.2). No anexo III desta portaria um quadro fazendo uma relação com as áreas de apoio NASF e ocupações. Na área da saúde mental, indica-se as seguintes categorias: psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Isto já fornece alguns disparadores para uma centralização do acompanhamento em saúde mental voltado para determinadas categorias profissionais. Robaina (2010) fala de uma hegemonia dos saberes “psi” nos serviços substitutivos de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica. “*Em consequência, verifica-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para um modelo psicológico, que interessa ao recorte neoliberal na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual.*” (p.344).

Robaina (2010) com esta fala, faz uma crítica ampla, relacionando uma tendência do nosso modelo societário de tornar o sofrimento psíquico como algo deslocado de questões concretas da vida e que a forma de resolução deste adoecimento seria somente pela esfera individual, desconsiderando os demais aspectos que envolvam este sofrimento. Isto vai de encontro com a priorização de profissionais psicólogos e psiquiatras para lidar com questões de saúde mental.

A argumentação aqui colocada é no sentido de questionar essa centralização de categorias profissionais e não as desqualificar entendendo que elas têm importância fundamental no acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico. Mas cabe aqui colocar

horas (no caso a psicóloga e nutricionista) 128 atendimentos individuais, 8 visitas domiciliares, 8 ações coletivas, 4 participações em reuniões de equipe da ESF e 2 reuniões da equipe NASF. A meta dificilmente era alcançada nos atendimentos individuais, mas certamente cobrada. Posteriormente, em 2018, nossa equipe NASF recebeu uma nova circular por e-mail eletrônico, que reduzia os atendimentos para 96.

(SUBPAV, 2016 - Diretrizes de Atuação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família). Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Of%C3%ADcio%20Circular%20Diretrizes%20NASF_01_2016.pdf acesso em 18 de fevereiro de 2020.

limites, retomando ao NASF e ao CMS cenário deste estudo: como um serviço com tanta demanda de saúde mental pode depender de um profissional NASF estar a frente nestes casos?

Estas questões disparam outras discussões que envolvem campo e núcleo profissional, mas isto vai além do objeto deste estudo. No entanto, como o objetivo aqui é contextualizar como a equipe NASF do cenário de estudo estava se estruturando no início de 2017, faz necessário estas considerações. Após a saída da psicóloga da equipe NASF (final de 2017), passamos os próximos anos sem este profissional, o que teve desdobramentos para a equipe.

Conforme coloquei na seção 1.1.1 da dissertação, Mello et al (2018) falam que existem problemáticas no NASF, como a homogeneidade das ações das categorias profissionais da equipe. Ao mesmo tempo que afirmo a necessidade da não centralização do suporte de saúde mental ser na figura do psicóloga – aqui retomo para a equipe NASF do CMS – as demais categorias foram convocadas a estarem acompanhando os casos de saúde mental (principalmente das adolescentes) junto as equipes de saúde de família e nem todos da equipe se sentiram confortáveis com isto.³³

3.1 A rede intersetorial do território³⁴

Faço aqui uma pequena seção para ilustrar ao leitor sobre a rede de serviços disponíveis no território, conforme comecei falando um pouco mais acima, quando encontro o livro “da rede” feito pela assistente social e sobre suas atribuições e categorias profissionais que trabalham nestes locais.

No setor saúde, a rede de apoio em saúde mental se baseava em um CAPSi, um CAPS III AD e um CAPS III. Este último serviço, apesar de ter na sua nomenclatura a tipologia III, funcionava como o CAPS II: sua equipe chegava a cerca de quinze pessoas (em épocas, menos

³³ Em algumas reuniões de equipe NASF, as profissionais falavam de não ter ferramentas teóricas e práticas para atuarem nos casos de saúde mental e se queixavam de estarem dando tanta atenção a estes casos que sentiam que não acolhiam mais com frequência casos de sua especificidade profissional. Fizemos enquanto equipe bastante discussões de casos e nos apoiávamos, com a finalidade de ajudar nas tomadas de decisões.

³⁴ Além destes serviços, existiam no território diversas ações filantrópicas – que infelizmente tínhamos que recorrer a elas em último caso – com a participação de igrejas (católica e evangélica) e um centro espírita. Eles davam suporte na questão alimentícia, já que ofertavam cestas básicas e roupas. Geralmente, eu fazia a articulação nesses serviços para casos extremos, de pessoas com muita dificuldade financeira e necessitavam de uma ação emergencial, já que não tinham o que comer. Somado a este fato, também estava as vezes algum agravo clínico importante. Também existia ONG(S), na verdade, duas delas, destinadas a ofertas cursos, declarações de hipossuficiência e até mesmo algumas consultas médicas a preços populares.

até), não tinha leitos noturnos e muito menos não funcionava em horários estendidos.³⁵ A composição da equipe era parecida com a do CAPSi, tanto em quantidade, como pelas categorias profissionais: a grande maioria eram psicólogos, embora também haviam Terapeutas Ocupacionais e Enfermeiros.

Apenas havia assistente social no CAPS III. Em relação a médicos psiquiatras, tanto no CAPSi quanto no CAPS III isto era um problema, sendo os serviços funcionando durante algum tempo sem este profissional, necessitando de suporte de outros serviços que tinham este profissional, geralmente de algum CMS próximo que trabalhava com médicos especialistas ou até mesmo suporte da emergência psiquiátrica de referência no território.

Apenas o CAPS III AD mantinha sua equipe completa, inclusive contando com três médicos psiquiatras. Quando tínhamos um caso para compartilhar com o CAPS III AD não havia grandes problemas em relação a isto: poderíamos telefonar para discutir o caso ou direcionar o usuário direto, mas sempre fazíamos um documento com os motivos do encaminhamento, detalhando o caso. Estou colocando na terceira pessoa, pois, na maioria das vezes quem fazia essa articulação era a equipe NASF.

Falo dessa dificuldade de compartilhamento, pois, tanto o CAPSi quanto o CAPS III tinham grande dificuldades tanto para realizar o acolhimento de primeira vez - este era sempre agendado, geralmente a equipe NASF fazia o contato telefônico para discutir o caso e assim marcar – como até mesmo quando fazíamos contato pelo telefone, pois a resposta muitas vezes era até negativa para o compartilhamento do caso.

O agendamento do acolhimento de primeira vez (assim chamado o contato inicial do usuário com o CAPS) era algo recorrente na organização tanto CAPS quanto do CAPSi e isto era uma posição dos serviços frente ao quadro reduzido de profissionais de cada um deles. Conforme já coloquei mais acima, o CAPS AD não tinha problemas nesse sentido, sendo os usuários atendidos no mesmo dia que iam ao serviço, com o encaminhamento do CMS ou não. Por conta da precarização, os serviços não conseguiam funcionar conforme o mandato do CAPS de ser “portas abertas”.³⁶

³⁵ Mesmo assim, independente da sua função prática, irei chamar o serviço de “CAPS III” por assim ser sua nomenclatura. Lembrando que estes dados dos serviços são de até janeiro de 2019.

³⁶ Este é um termo utilizado para fazer referência ao que a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 chama de funcionar como “porta de entrada da rede assistencial de seu território”. Desta forma, além da Atenção Básica ter o mandato de ser o primeiro o contato do usuário na saúde, os CAPS têm como possibilidade ofertar o primeiro contato em saúde mental, sem necessidade de encaminhamentos. Veja bem, aqui não estou defendendo que não ocorra que os encaminhamentos da Atenção Básica para os CAPS, ou que os trabalhadores da ABS façam de forma indiscriminada, mas questiono a burocratização do acesso aos CAPS. Isto fica mais visível nas narrativas da próxima seção da dissertação na relação do CMS com o CAPSi.

Existia ainda dois ambulatórios de referência para pessoas que fosse entendido que era necessário um acompanhamento ambulatorial em psicologia e em psiquiatria. Depois da saída da psicóloga da equipe, evitávamos ao máximo os encaminhamentos, mas era muitas vezes necessário, por maior que fosse o cuidado das equipes com a situação. Digo “ambulatórios de referência”, pois as vagas eram reguladas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e geralmente iam para estes dois ambulatórios, já que SISREG buscava pelos serviços mais próximos, logo, do território.

Durante o ano de 2017, foi motivado pela CAP, uma maior abertura de vagas no SISREG para o ambulatório do IPUB/UFRJ, com vistas a aumentar a capacidade de absorção da demanda. Isto acabou se tornando um problema para os usuários que caíam nestas vagas, já que a maioria não conseguia fazer um deslocamento tão grande, seja por dificuldades de autonomia e/ou seja financeira. Logo, eram raros os usuários que mantinham acompanhamento no IPUB/UFRJ.

Em relação aos serviços da Assistência Social, conforme coloquei mais acima, temos dois CRAS na região e um CREAS. Para conseguir diferenciá-los, é importante entender como é ofertado e dividido os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Segundo a Lei 8.742 de dezembro de 1993 (também conhecida por LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social), a Assistência Social a Assistência Social é organizada através de duas formas de proteção:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; II – proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território (BRASIL, 1993, art 6.).

Com esta organização, é tarefa dos CRAS e CREAS ofertarem serviços, programas e ações socioassistenciais, mas de maneira diferenciada. Aos CRAS(s) está a missão incumbida da proteção básica e ao CREAS da proteção especial. De forma mais direta, posso dizer que os CRAS atuam com pessoas e famílias que estão vulnerabilizadas, mas que possuem seus vínculos sociais e familiares. O CREAS atua em situações específicas como ao enfrentamento da violência (das mais variadas, como a doméstica, sexual) e a violação de direitos. São também

objeto de sua intervenção situações que envolvem tráfico de pessoas, trabalho escravo e/ou infantil, adolescentes em conflito com a lei, pessoas em situação de rua, dentre outros.

No CMS fazíamos muitas articulações com o CREAS nos casos de negligência e/ou abandono de idosos e de pessoas com transtornos mentais graves, como também nos casos de violência doméstica. Atuava também com casos de famílias extremamente vulnerabilizadas em situação de violência e violação de direitos, como é um dos casos que irei colocar nas memórias. O CRAS atuava bastante com as famílias do Território Social da unidade, fazendo visitas ou indo até o CMS para atendê-las.

A composição das equipes tanto CRAS como do CREAS eram um pouco parecidas: o CRAS tinha quatro assistentes sociais, uma psicóloga, um agente social (que equivalia ao ACS na saúde) e educador social. A equipe do CREAS era um pouco maior, com cinco assistente sociais, um educador social, uma psicóloga, duas pedagogas e uma advogada. Ambos os serviços tinham para organizar o serviço uma diretora.

Ainda dos serviços do território, tem o Conselho Tutelar, com a função de efetivar o ECA (Estatuto da Criança e Adolescente). Ele funcionava com 5 conselheiros (elegidos pela própria população do território), sendo sempre um responsável pelo de um dos dias da semana. No serviço ainda tinha duas psicólogas e uma assistente social, mas que estavam na função de assessoria técnica, para auxiliar o trabalho dos conselheiros.

O acesso ao CRAS, CREAS e ao Conselho Tutelar funcionavam de forma semelhante: um usuário poderia procurar espontaneamente os serviços, mas quando no CMS era identificado a necessidade de articulação e intervenção desses para o CREAS e ao Conselho Tutelar, era necessário sempre a produção de um documento (um relatório) via e-mail institucional falando da situação e por que estávamos acionando os serviços.

Com o tempo, a articulação com o CREAS foi se tornando mais flexível, sendo possível discutir casos via telefone sem necessidade de um relatório. Para o Conselho Tutelar, dificilmente era possível realizar uma discussão de caso sem antes enviarmos um relatório. Em relação ao CRAS não existiam estes fluxos, talvez pelo próprio mandato do serviço, já que o CREAS e o Conselho trabalhavam com demandas específicas. Geralmente indicávamos ao usuário a ida ao serviço quando identificamos que havia possibilidade de inserção no Programa Bolsa Família, por exemplo.

4 DE ENCONTRO COM AS MEMÓRIAS

Conforme venho anunciando ao longo da dissertação, a proposta de trazer narrativas do meu cotidiano de trabalho veio através de inquietações e situações problemas vivenciados nos encontros com as adolescentes em sofrimento psíquico. A unidade de saúde que trabalho foi uma das que mais realizaram notificações de violência de sua área programática nos últimos dois anos, pelo menos. Sendo assim, cabe explicar o porquê selecionei alguns casos específicos.

Primeiramente, esses casos – sem querer – constroem uma linha do tempo que vai de meados de 2017 até o início de 2019. Uma linha que não é reta, mas que tece laço com situações complexas que ocorreram no território, como a morte de uma adolescente a partir de conflitos armados e um suicídio de uma outra adolescente acompanhada pela unidade de saúde.

Somado a isto, esses casos se entrelaçam com reuniões de caráter intersetorial, como o Fórum de Saúde Mental, a Supervisão Territorial de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e outras reuniões que ocorreram para discussão de casos das adolescentes, que foram realizadas tanto na unidade de saúde como em outros dispositivos como Conselho Tutelar e o CREAS.

Dessa forma, os casos produziram uma inflexão, induzindo a produção de arranjos possíveis de práticas para a intervenção nos casos de adolescentes em sofrimento psíquico, e, principalmente, mostraram dúvidas e incertezas sobre uma temática que estava muito “nova” (ou seria encoberta?) para os profissionais de saúde que estavam lidando com ela. A partir das supracitadas situações complexas e aumento da demanda desses adolescentes, ocorreu uma convocação urgente para repensar as práticas.

Pode-se dizer com isto que, existem dois momentos que marcam as narrativas: a percepção do aumento desses casos e a absorção dessa demanda exclusiva pela equipe NASF (início de 2017 até o final do mesmo ano) e a mudança no olhar dos profissionais de saúde (da unidade de saúde, equipe NASF e CAPSi) para essas situações, com maior apoio do dispositivo de saúde mental (final de 2017 em diante) seja acolhendo os adolescentes ou matriciando as equipes de saúde da família e o NASF através de discussões de caso.

O ano de 2018 foi marcado por reuniões junto com a direção do CAPSi, formulação de uma planilha eletrônica produzida pela equipe NASF, compartilhada com o referido dispositivo de saúde mental com todos os casos de adolescentes que chegavam com a questão da automutilação com ou não ideação suicida e a produção de uma educação permanente sobre essa temática pela equipe NASF para setores da assistência social e educação do território, pois

isto foi uma demanda de um dos CRAS do território, para sensibilizar as escolas quanto a questão do suicídio. A ação foi feita durante o mês de setembro, o que no calendário da saúde é considerado o “Setembro Amarelo” como o mês de conscientização e prevenção do suicídio.

4.1 A violência em suas múltiplas formas: conhecendo territórios

Caminhando no sentido de tentar criar uma linha do tempo, para facilitar o entendimento dos eventos, penso ser necessário começar sobre a morte de Gabriela (13 anos) que decorreu após um intenso conflito armado na comunidade, em abril de 2017. A jovem estava na Escola Municipal (EM) Danilo Gomes quando foi atingida por uma bala perdida. Os profissionais de saúde ficaram no meio do tiroteio e manifestações da população, revoltada com a morte de Gabriela.

A unidade de saúde é localizada dentro da comunidade – conforme já sinalizei isto - em um ponto muito agitado com pessoas do tráfico local bem próximas (chamados muitas vezes de os “*meninos*”) e com conflitos constantes. Sendo assim, a acessibilidade dos profissionais de saúde em momentos como esse são bem limitadas e precisam respeitar o Acesso Mais Seguro.

Esse evento ocorreu dois meses após minha entrada como profissional, que foi no mês de fevereiro daquele ano. Após a morte de Gabriela, tentamos fazer o acompanhamento da família, mas esta saiu da localidade devido as lembranças do evento. Algumas paredes ao longo do território fazem questão de lembrar de Gabriela, com imagens grafitadas e mensagens pedindo paz para a comunidade. A EM. Danilo Gomes recebeu tanto apoio da saúde (a unidade faz o Programa Saúde na Escola – PSE), quanto da educação que realiza diversas oficinas dentro da escola.

Coincidentemente, os primeiros casos que tive contato com adolescentes que estavam em sofrimento ou eram da EM Danilo Gomes ou eram próximos de Gabriela. O primeiro caso eu atendi, pois, a psicóloga havia faltado. Foi um atendimento individual (não uma interconsulta), pois assim já estava previamente combinado. Era uma adolescente de 12 anos que dizia ser amiga de Gabriela e que, depois dos acontecimentos tinha dificuldades em sair sozinha de casa.

Enquanto equipe NASF, todos da equipe eram convocados para apoiar casos de saúde mental das equipes de saúde, mas eventualmente eles acabavam sendo dirigidos para o

profissional psicólogo. Pela minha formação em saúde mental, eu também era uma referência, da mesma forma que a minha colega assistente social. Então, o suporte para casos de saúde mental ficava muito concentrado nessas duas categorias, psicologia e serviço social.

A equipe NASF integra, conforme coloca a Portaria 3.088/2011, como uma equipe multiprofissional que integra a ABS com responsabilidades no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais (adultos ou crianças e adolescentes), com também pessoas que tenham transtornos decorrentes do abuso de álcool e/ou drogas. Ou seja, NASF enquanto dispositivo da ABS também é um ponto da rede de atenção psicossocial.

Conforme coloca o Caderno de Atenção Básica vol. 34 (BRASIL, 2014B) ele explicita a importância de ações e intervenções de saúde mental na ABS, ressaltando o olhar integral para pessoas que estão em sofrimento (atentar para sua rede social, familiar, se trabalha, dentre outros pontos) para desconstruir uma visão centrada na doença e possibilitar outras intervenções para além da medicamentosa.

Sendo assim, o Caderno fala da potência dos grupos na ABS (que são geralmente criados de acordo com agravos, como diabetes, hipertensão) e a necessidade da saúde mental poder ou ser pauta nesses grupos ou criação de um grupo dedicado “para a saúde mental”, mas que não haja tipologias de sofrimento psíquico (de acordo com CID), sendo o mais diversificado possível (BRASIL, 2014B).

Quando eu chego ao CMS existia o “grupo de saúde mental”. Era assim que era chamado pelos trabalhadores da unidade, mas ele não tinha um nome. Para os usuários, eles apenas falavam que era “o grupo”. Parece que houveram tentativas de dar nome ao espaço, mas sem sucesso, pois não houve consenso dos usuários.

De qualquer maneira, o grupo acontecia de 15 em 15 dias, era feito pela assistente social e o antigo psicólogo. O grupo chegou até um grupo de ACS(S) fixo que ajudavam na organização do grupo, mas isto não se manteve com o tempo. Nenhum profissional do corpo técnico participou do grupo e isto já é um analisador de como os demais trabalhadores se relacionavam com o campo da saúde mental: era trabalho do NASF. Assim, com a chegada da psicóloga, ela assume o grupo junto com a assistente social. Colocado isto, reforço, as ações de saúde mental eram muito dirigidas ao NASF e, principalmente a estas duas categorias profissionais, sendo a psicólogas mais demandada nesse sentido.

Retomando, a primeira vez que atendi uma adolescente que fazia automutilação foi logo depois. Também da mesma forma: estava pactuado um atendimento individual com a psicóloga, que não estava no momento. Era uma jovem de 12 anos que tinha três cortes superficiais no braço. Foi a mãe que tomou a decisão de levá-la.

Ao caso, não havia notado gravidade na situação exposta. A adolescente a pouco tempo começou a fazer o ato, sentia-se muito pressionada a tirar boas notas na escola. Fato que depois conversamos com os genitores. Essas situações que apareceram foram pouco tempo depois do ocorrido na EM. Danilo Gomes, quando começamos a perceber que estavam surgindo mais situações semelhantes e não necessariamente mais ligadas somente à escola de Gabriela.

Em geral, eram jovens na comunidade que realizavam a prática de automutilação. Elas (apenas vimos um caso de um adolescente do sexo masculino até o momento, conforme coloquei anteriormente na dissertação) nos contavam sobre as dificuldades que enfrentavam, seja com a família, a escola, com as relações afetivas de um modo geral e, inclusive, de viver em um território perigoso. Situações de violência como abuso sexual, racismo e bullying também apareceram.

Foi a partir da chegada de Isabele (13 anos) junto de sua genitora na unidade que conhecemos questões mais complexas que estavam acontecendo com os adolescentes, através de um determinado tipo de comportamento em grupo através das redes sociais. Faço uma pausa para dizer que esse caso teve um protagonismo de três profissionais: a nutricionista, psicóloga e ACS da equipe de referência. Não atuei diretamente neste caso, então as lembranças serão fruto das conversas dentro na nossa equipe NASF e, posteriormente, de uma reunião que tivemos para a discussão do caso.

Um mês após o cenário de violência que acometeu a comunidade ocasionando na morte de Gabriela, a nutricionista da equipe NASF veio conversar comigo, ela queria contar sobre um caso que ela atendeu e que a deixou preocupada, com dúvidas sobre sua intervenção. Era uma adolescente de 13 anos chamada Isabele, que veio com um corte profundo em seu braço, feito com lâmina de barbear. Ela teria vindo junto com sua mãe ao serviço para vacinação antitetânica e curativo.

Parece que a adolescente tinha interesse em vídeos na internet sobre automutilação, e que realiza cortes no corpo desde 2015, mas que este foi o primeiro de 2017. Teria dito que o ferimento se deu no momento em assistia um vídeo. A genitora, quando soube do acontecido – no dia seguinte - levou imediatamente para a emergência de um hospital, onde foram realizados curativos.

A adolescente veio a unidade por demanda “espontânea”, por assim dizer, não estava marcada. A ACS que conhecia a família por serem seus cadastrados, na mesma hora procurou a equipe NASF para acolher o caso. Veja bem, não foi alguém da equipe técnica de referência, o acesso foi direto via a equipe de apoio. Mesmo com a sua formação em nutrição, nós da

equipe sempre prezávamos pelo nosso papel multidisciplinar para fazer escuta qualificada. A interconsulta foi com a ACS e a nutricionista.

Retomando a situação, a nutricionista me contou que achou grave o caso. Disse que a adolescente em atendimento ficava entre o riso e o choro e que mesma falou que tinha prazer em ver sangue. Ao mesmo tempo, falou de um sentimento de rejeição, falando sobre chamar atenção da família e amigos para seu sofrimento ao realizar os cortes.

A nutricionista havia me dito que orientou a marcação com o corpo técnico da equipe e com a psicóloga do NASF. Ao final do atendimento, ela conversou com a genitora, que foi orientada a estar atenta aos sinais de mutilação ou mudança de comportamento, caso seja necessário leva-la para emergência psiquiátrica

Então nutricionista me perguntou se havia feito certo ao dizer para a genitora procurar a emergência psiquiátrica, em necessidade. Pensei por instante e mencionei que o ideal seria que pudéssemos compartilhar com o CAPSi da área. Nesse momento, fiquei tentando lembrar se algum adolescente da unidade com este “perfil” havia ido ao CAPSi.

Posteriormente o caso foi compartilhado com a psicóloga, que atendeu o caso junto com a enfermeira da equipe. Apareceu no atendimento foi um conflito familiar entre mãe e filha. O pai biológico havia se separado da mãe da adolescente quando a mesma era pequena e morava em outro estado. O que chamou a atenção foi a genitora ter dito que fazia as práticas de automutilação, como as da filha, quando era adolescente. Desta forma, existiam nesse contexto a violência autoprovocada (os cortes) aparecendo como uma resposta a outras situações, como o abandono do paterno e a relação entre filha e a genitora, que apesar de não haver agressões físicas, envolviam muitos conflitos.

Após o atendimento, a psicóloga fez contato com o CAPSi que entendeu ser uma demanda para ser acompanhada na ABS. O fator determinante para essa indicação foi a ideação suicida, que, para a psicóloga, isto não aparecia no discurso da adolescente. Mesmo com esta direção de cuidado, a adolescente só teve mais um atendimento e feito somente pela psicóloga. Meses depois novos casos foram surgindo, como o de Juliana e Lara, primas que estudavam na EM. Danilo Gomes. Os desdobramentos da situação de Isabelle seguirei na próxima sessão, pois imbricam-se com a narrativa dessas duas adolescentes.

4.2 Relações de afeto em meio a dor: Juliana e Lara

Foi no mês de setembro de 2017 que, acolhimento da equipe Luz, chegou Juliana (15 anos), acompanhada de sua mãe. A motivação da ida à unidade partiu da própria adolescente. Ela queria ajuda, pois contou que estava sofrendo bullying na escola e isto estava deixando mal, sem vontade de retornar às aulas.

Prontamente a agente comunitária que estava no acolhimento fez o movimento de me chamar, com certa preocupação. A ACS diz que era para eu ir até onde estavam as duas, para escutá-las. Questiono, neste momento, se alguém da equipe de referência já conhecia tal situação e a resposta foi negativa. Também pergunto se alguém da equipe estaria comigo no atendimento, a mesma negativa. A ACS queria que alguém do NASF acolhesse a demanda que se apresentava.

Ora, se eu for me guiar por protocolos de atendimento, certamente eu e a ACS estaríamos erradas? Não se tratava de uma demanda urgente, a princípio, o que poderia ocasionar numa marcação de uma interconsulta para retorno posterior da adolescente. No entanto, como eu disse acima, havia grande preocupação com esses casos que chegavam, por isso tais “protocolos” muitas vezes eram, por assim dizer, quebrados.

Então fui até a equipe e meu primeiro passo foi me apresentar enquanto assistente social da unidade. Fiz o que pode se dizer de “primeiro acolhimento”, pois a escuta ocorreu no espaço de acolhimento da equipe (cada uma das equipes possui salas separadas de acolhimento) para a adolescente e para sua mãe também, pois Juliana não se importou de falar com a mesma ao lado.

Disse para Juliana que gostaria de escutá-la melhor, visto as questões que ela trazia eram importantes. Informei que naquele momento não seria possível atender prontamente, mas acredito que esse primeiro acolhimento teve sua função, pois a adolescente e sua mãe retornaram no dia seguinte, data que marcamos retorno para acontecer uma interconsulta com a enfermeira da equipe.

Juliana não estava habituada a ir até a unidade de saúde, a não ser quando precisava tomar vacinas. Este é um fato curioso, considerando que ela faz o movimento de nos procurar para falar sobre si. Juliana no atendimento cita a morte de Gabriela, pois estudava na mesma escola que a jovem. Lembrando da situação, fala que hoje sua escola está com diversas oficinas promovidas pelo sistema educacional, mas que não se interessava por nenhuma das atividades. O que marcou na sua fala foi o racismo. Juliana nos disse que seus colegas constantemente se referiam a mesma como *macaca* e zombavam do seu cabelo.

Sentia-se triste, se fechou para a família e amigos, começou a realizar a prática da automutilação em seus antebraços com uma lâmina. Disse que isto a fazia se sentir melhor nos

momentos em que sofria. Relatou que não fazia essa prática, sozinha, inclusive. Sua prima, Lara, fazia essa prática junto com ela em casa. Ambas passavam boa parte de tempo juntas e tinham uma relação de confiança.

Fizemos uma nova marcação individual com Juliana, pois entendemos que era necessário continuar escutando a adolescente. Meu próximo atendimento foi uma interconsulta com a médica da equipe Luz. De fato, a equipe de referência se fez presente, participando desse processo. Enquanto equipe NASF, sinalizei o quanto era importante continuar o processo de escuta, para avaliarmos juntos o que fazer com essa demanda. Não tínhamos, a princípio, uma pronta resposta.

Nesse terceiro atendimento, mãe de Juliana falava. Ela dizia que foi até a escola informar a violência que a filha sofria por parte de seus colegas. A escola, até então, não sabia do que estava ocorrendo e segundo a genitora, essa conversa teve efeito positivo para Juliana. A adolescente falou sobre isso e que desde o início de nossos atendimentos contou que não havia feito novos cortes em seus braços. No entanto, a fala sobre sua prima, Lara, apareceu na conversa. Juliana estava preocupada com ela e ainda se referia a prima como alguém que precisa muito de ajuda.

Realizamos o preenchimento da ficha de notificação de violência e isto foi compartilhado inclusive para Juliana e sua mãe. Explicamos o porquê desse procedimento. Importante ressaltar que a notificação é compulsória, porém sempre acho quando podemos fazer de forma aberta com o usuário, é melhor e gera confiança e sentido para o procedimento. Claro que nem sempre é possível.

Importante colocar aqui que a ficha de notificação não foi feita em até 24 horas depois do primeiro atendimento, quando ela nos relata os cortes, logo, a violência autoprovocada. A mesma coisa foi com Isabele, que também não foi feita ficha no primeiro atendimento e nem no posterior. Acredito que isto aconteceu por alguns motivos. Primeiro, quando alguém falava em notificar situações de violência, havia um entendimento que seriam para casos de violência doméstica ou abuso sexual. Mesmo assim, ainda era complicado fazer, pois diversos profissionais eram receosos, achando que notificar para a saúde era a mesma coisa que fazer uma denúncia para a polícia. Apesar da ficha ser um instrumento da/para a saúde, pairava no ar a ideia que isto era “caso do polícia”.

Progressivamente, essas ideias foram sendo desconstruídas. Ocorreram algumas oficinas de educação permanente em 2017 feitas pela CAP da área programática, com o objetivo de falar sobre a importância das notificações de violência. Houve um significativo olhar sobre a violência sexual, com uma conversa sobre fluxos específicos (exemplos: orientar sobre aborto

legal ; notificar o Conselho Tutelar em casos que envolvam menores de 18 anos; condutas médicas) e o mais importante, que era o reforço da escuta qualificada e não ter julgamento de valor sobre as vítimas.

No entanto, a violência autoprovocada era citada como algo passível de notificação, mas não haviam discussões (nessas oficinas) sobre isto. Esse é o outro motivo, que diz respeito a uma grande confusão sobre o tema do suicídio, conforme coloquei anteriormente, Ribeiro (2018) aponta que uma grande dificuldade dos profissionais de saúde é esta mistura com os termos “tentativa de suicídio” e “violência autoprovocada”. Todo corte (lesão) seria uma tentativa de suicídio? Só existe notificação se tem identificamos a ideação suicida? Veja, esta confusão reflete o desconhecimento desta temática.

Além disto, isto sinaliza para processos que acontecem através da experiência – no campo do vivido – independente se isto está institucionalizado, pois conforme já sinalizado anteriormente, as notificações de tentativas suicídio estão listadas pela portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, como necessárias de serem feitas em 24 horas. No entanto, casos de lesões autoprovocadas era uma novidade para o CMS. Foi a partir do aumento de casos que fomos começando a notificar.

Realizei contato com o CAPSi de nossa área. Durante a conversa por telefone, percebi que o técnico do CAPSi ficou em dúvida para pensar possibilidades de encaminhamentos para o caso, pois acreditava que poderia ser um caso de acompanhamento ambulatorial, mas colocou como proposta que caso fosse acompanhado somente pela atenção básica através da equipe NASF. Ele entendeu que não fazia parte da demanda para o CAPSi.

Acompanhamos Juliana, seja convocando para atividades coletivas dentro da unidade, visita domiciliar e contato telefônico, principalmente com sua mãe. Percebemos como foi positivo essa aproximação com a adolescente. A mãe de Juliana nos disse algo semelhante ao que a filha falava: Lara precisava de ajuda e estavam dispostos a trazê-la a unidade.

Me recordo que no último atendimento que fiz com Juliana, elas me contaram que Lara sofreu abuso sexual por um pai de uma de suas amigas. Juliana, já sabia do ocorrido e guardou segredo até aquele momento. Aparentemente, houve uma conversa entre ambas e no final de semana antes deste atendimento, Lara (com apoio de Juliana) revelou a família e que o fato aconteceu há um ano atrás, mas que ela ainda via o abusador.

Ao escutar esse relato, ficamos muito preocupados. Por sorte, logo depois disto Juliana e sua mãe trouxeram Lara a unidade para atendimento. Não houve marcação. Ao saber que a adolescente estava no serviço, prontamente me dirigi ao médico da equipe. Já havia contato

para equipe de referência sobre a situação e todos entenderam que assim que Lara aparecesse na unidade, era para atendermos de pronto.

Isto gerou algum desconforto por parte de outras pessoas da equipe, pois a agenda do médico estava lotada. A técnica de enfermagem tentou entrar algumas vezes durante o atendimento de Lara, para avisar das pessoas que já estavam marcadas. No entanto, o médico para remarcar os pacientes de sua agenda daquele turno, pois iria dar atenção ao caso. Sabíamos que poderia demorar. Tivemos que trancar a porta do consultório para atendê-la sem interrupções.

Antes do atendimento, conversei um pouco com Juliana. Ela estava sentada no acolhimento da equipe junto com Lara. Ela insistiu para participar da consulta da prima, pois segundo Juliana “ela não iria falar”, dizendo que Lara era muito tímida. De fato, sentada de braços cruzados e com um sorriso que pareceu constrangido, Lara não parecia muito à vontade. Me chamou a atenção sua postura corporal, pois tentava esconder aquilo que já estava bem visível com sua roupa – utilizava uma jardineira jeans – as marcas de seus cortes nos braços. Eram muitos.

Apesar dos seus 14 anos, Lara parecia ser bem mais nova devido a sua estatura e peso. Negra, bem magra e baixinha. Sentou-se entre eu e o médico, que começamos a conversar sobre diversas coisas: o que ela fazia no seu cotidiano, onde estudava, se ela tinha amigos, dentre outras coisas. Não fomos direto ao assunto dos cortes, muito menos do que soubemos em relação ao abuso que sofrera.

Ela nos conta que nunca conheceu seu pai, que o mesmo abandonou sua mãe ainda quando ela era um bebê. Relata que sua mãe casou novamente e que teve filhos. Todos moram juntos, quando perguntamos se todos se davam bem, ela queixa-se que não consegue conversar com sua mãe, que brigam muito. O centro das discussões pareciam ser o namoro de Lara, com um rapaz de outra comunidade próxima. Ela dizia que a mãe se preocupava demais com a relação, pois Lara passava muito tempo na casa do namorado. Ela falou da relação, que seu namorado era mais velho alguns anos e ele era muito possessivo.

Em determinado momento, quando estávamos falando de coisas que a deixavam chateada, perguntamos sobre os cortes que estávamos vendo em seu braço, – ela permaneceu no atendimento com os braços cruzados, numa tentativa falha de esconder...ou quem sabe, chamar a atenção para eles? – no entanto, ela fica calada. Ficamos em silêncio até o médico interrompê-lo para falar dos riscos que os cortes poderiam causar, inclusive levar a morte. Perguntei para ela se a mesma já tinha pensado nisto, mas permanece em silêncio. Começa, então, a falar que vem fazendo este ato já a um bom tempo e que “ensinou” Juliana a fazer os

mesmos. Também disse de vídeos em redes sociais que viam juntas sobre como se cortar. Ela diz que se corta em casa, com gilete, abaixou sua jardineira para nós, exibindo cortes na barriga e coxas.

Apesar de perguntarmos o motivo dos cortes, ela limitou-se a dizer que fazia quando sentia raiva e referia se sentir bem ao fazer. Reformulei minha pergunta, dizendo se tinha acontecido algo com ela, que havia a deixado mal e que possivelmente podia ter ocasionado algum “trauma”. Entendi que precisava dar elementos e deu certo: ela contou que, na mesma época que começaram os cortes, o pai de sua amiga abusou dela.

Ela contou que as duas estudavam na mesma turma e tinham o hábito de fazer trabalhos da escola na casa da amiga. Em uma dessas idas a amiga não estava em casa, mas que o pai dela a convidou para entrar. Ele havia dito que sua filha estava para chegar e que Lara não precisava esperar na calçada. Em determinado momento, Lara diz que o pai ofereceu dinheiro para ela em troca de sexo. Ela recusou prontamente, por isto, ele a jogou na cama e forçou o ato.

Durante este momento, Lara não alterou sua expressão e nem o tom de voz. Ela continuou dizendo que contou para a amiga o ocorrido e que elas brigaram. As coisas ficam confusas por aqui. Lara disse que já tinha percebido que a amiga tinha uma relação estranha com o pai, que sentia muitos ciúmes dele. Ela então fala que tinha conhecimento de que o pai da amiga oferecia dinheiro para outras garotas – não ficando claro se eram menores de idade – mas que sua amiga não acreditava que o pai havia feito isto com Lara

Aparentemente, a briga foi tão intensa que o convívio em sala de aula ficou insuportável. A professora de ambas, segundo Lara, as separaram de turma. Lara disse que nunca contou para escola do motivo da briga. Aliás, ela nunca havia contado para sua família até aquele momento, como disse mais acima. Apenas Juliana, sua prima, compartilhava desta informação.

Chamamos a tia que estava do lado de fora para conversar, junto com Lara. Explicamos junto que a situação era séria. A tia então fala que soube do abuso que a adolescente sofreu e que a família deseja denunciar a pessoa, mas que não sabia quem era. Perguntamos para Lara se ela desejava também isto, porém ela sinalizou que não faria diferença para ela. A tia disse, que por ser evangélica, não queria resolver as coisas de forma violenta – fazendo referência a convocar o tráfico para intervir – e que denunciar parecia ser o mais correto. Fizemos as orientações para prosseguir nesse sentido.

Após este atendimento, telefonamos para mãe de Lara, Angela. Ela veio no dia seguinte, a princípio, não conseguimos contato direto com ela, foi a tia de Juliana que teve que intermediar o contato e dizer que era importante a sua presença. Colocado isto, atendemos a

genitora que veio sem Lara. Ela falou das dificuldades de estar naquele espaço conosco - o atendimento foi individual comigo, sendo o médico ter aparecido um tempo depois, devido as demandas da equipe – e que não entendia muito bem o motivo de termos convocado ela.

Expliquei o porque de atendermos Lara e que havíamos considerado grave a automutilação que ela vinha fazendo. Questionei sobre isto com a genitora – até porque as marcas de Lara eram bem evidentes – e ela disse que já sabia disso. Estranhei este fato, mas lembrei que nem todos entendem automutilação como algo a ser considerado. Neste momento, Angela começa a falar dela: foi abandonada pelo pai biológico de Lara assim que soube que ela estava grávida e durante a gestação e alguns anos seguintes começou a beber muito.

Neste momento, Angela chora. Foi após ter conhecido seu atual companheiro e, encontrando uma religião que se sentisse acolhida, que as coisas começaram a “melhorar”. Ela disse que parou de beber e que teve com este companheiro três filhos. Queixou-se da relação com a filha, Lara, afirmando que as duas brigavam muito. Acreditava que, o fato dela não ter conhecido o pai biológico afetava o comportamento da filha.

Em determinado momento, ela dispara perguntando se o abuso sexual que a filha sofreu era verdade. Estranhei a pergunta visto que pela que a tia falou, as duas souberam dos acontecimentos poucos dias antes por Lara e sua prima, Juliana. Parecia que ela queria uma confirmação, por alguém de fora, um profissional da saúde. Então, reafirmei com as falas da tia e Lara no dia anterior. Angela chorou ainda mais ao ouvir isto.

A genitora nos disse estava em mudança de residência, mas que ficaria ainda no nosso território. Colocado isto, chamei a enfermeira que seria da nova equipe de Angela para apresentá-las e que poderia contar conosco para qualquer questão que a mesma quisesse, inclusive vir para “desabafar” – falamos desta forma com ela – e a enfermeira disse que visitaria a residência, para conhecer todos da família.

Importante colocar que realizamos a ficha de notificação de violência no caso de Lara, logo no primeiro atendimento. Mas fizemos uma ficha tipificando como um caso de abuso sexual, colocando no campo das observações (ver ficha no ANEXO I) que a adolescente realizava lesões em seu corpo, logo, também um caso de violência autoprovocada. Veja que aqui, a notificação foi realizada do mesmo dia do atendimento, mas porque envolvia uma violência sexual. Ainda não fazíamos como algo frequente a notificação em 24 horas desses casos das adolescentes.

Um dado a ser considerado é que a família de Lara era beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), o que indica não só o compromisso com condicionalidades da saúde e educação por parte dos beneficiários, mas indica – algo que sempre reforcei para as equipes – que se trata

de famílias vulneráveis e que por isso, mais um motivo para termos um olhar diferenciado, considerando que já vivem em um território por si só de alta vulnerabilidade.

Desta forma, propomos para as equipes (a antiga que atendeu Lara e a nova) um cuidado compartilhado com a equipe NASF (também iríamos envolver a psicóloga da equipe), que envolvia visitas e atendimentos. Lara, no atendimento que fizemos, não demonstrou interesse em procurar nenhum tipo de apoio psicológico, algo que nos fez pensar, inicialmente, trabalhar com ela essa questão até que pudéssemos pensar em algum encaminhamento, já que naquele momento, não fazia sentido para ela.

Ao final do atendimento com Angela, explicamos sobre o que seriam os órgãos como o CREAS e Conselho Tutelar e que iríamos compartilhar o caso com eles, mas que Angela poderia procurar estes serviços para tirar dúvidas relativas ao como proceder com a situação de violência sofrida por Lara, já que o abusador, aparentemente, continuava no território. Então, foi no sentido de proteger a família que enviamos relatórios aos dois serviços e contatos telefônicos.

O caso de Lara foi levado a Supervisão de Território de Saúde Mental para crianças e adolescentes no início do mês de novembro (poucos dias depois de conhecermos o caso). No entanto, para explicar por que isto aconteceu, terei que retomar as memórias dos desdobramentos do caso de Isabele, que interrompi na sessão anterior.

4.2.1. Quando acontece um suicídio

Foi no dia 30 de Outubro de 2017 (poucos dias antes de conhecer Lara) que tivemos a notícia que Isabele havia se suicidado. Ao que parece, ela teria cortado os pulsos e se enforcado, sendo encontrada pelo irmão mais novo, em seu quarto. Sabendo desta notícia, a ACS do caso queria ir logo para o território ver a família. A gestão da unidade chamou a atenção da ACS para ir junto com mais alguém da equipe técnica. Os eventos que aconteceram depois desse dia foram exaustivos para todos os envolvidos direta ou indiretamente no caso da adolescente. O que não foi visto? O que deixamos de fazer?

Ocorreu uma reunião para discussão a respeito do prontuário da adolescente, dias depois do ocorrido, onde todo o NASF foi convocado a estar presente junto a equipe de referência, que no caso foi a enfermeira e a ACS. Estavam também representantes da Coordenação de Área Programática (CAP) do território. Na segunda parte da reunião, chegaram representantes da assistência social (CREAS) e a apoiadora de saúde mental do território, pois a ideia era que

depois da discussão do prontuário, pudéssemos pensar em coletivo sobre o que fazer com o aumento de jovens que realizavam a automutilação.

Inicialmente, com a leitura do prontuário foram apontadas fragilidades como a não continuidade do acompanhamento da adolescente por parte da equipe técnica, sendo a maioria dos registros da ACS em visita a família. Houveram questões em relação a marcação de consultas com psicóloga, com marcações e desmarcações. Também pontuaram quanto a ACS ficou à frente no caso e, ao mesmo tempo, o fluxo de informações compartilhadas do caso ficavam sendo ACS – NASF, com a equipe técnica de referência menos apropriada do caso para si.

Um ponto tenso da reunião foi na discussão do não acompanhamento do caso pelo CAPSi. Sobre esta questão, não tínhamos muito o que falar sobre. O contato foi feito pela psicóloga e a mesma estava ausente do serviço naquele dia. No prontuário não constavam muitas informações do que havia sido conversado com o serviço de saúde mental e, este, por si alegou desconhecimento do caso.

De certa forma, depois que suicídio aconteceu, fica evidente que o caso deveria ter sido acompanhado pelo CAPSi pelo evento em si, mas como saber? Retomando mais acima, o fator decisivo teria sido a ideação suicida, que não apareceu no atendimento ou pelo menos não ficou claro para quem acolheu a adolescente. De qualquer forma, esta é uma situação delicada, gera dúvidas.

Com a chegada de representantes do CREAS e a apoiadora de saúde mental, conversamos sobre a importância das parcerias com o setor da assistência social. O serviço do CREAS contou que realiza um centro de convivência para jovens e que poderíamos contar com esse dispositivo para pensar num espaço para a socialização. Os CRAS também fazem esse grupo, a diferença está na atribuição de cada serviço, o que modifica a clientela.

Problematizamos o fato de estarmos em um território de alta vulnerabilidade social e que os espaços de socialização e de cultura são menos presentes se considerarmos outros tipos de território. Discutimos que a ausência desses espaços promove poucas possibilidades para que os adolescentes possam ter outras perspectivas, além da vivência em uma comunidade que sofre cotidianamente com a violência armada. Em relação ao pensar estratégias dentro do âmbito da saúde, conversamos sobre como articulação esta demanda com o CAPSi, visto que os casos que surgiram não foram considerados como demandas pelo serviço ao realizarmos contato telefônico.

Foi assim que, foi lembrado para um dos presentes que a supervisão de território de saúde mental para crianças e adolescentes aconteceria no dia na semana seguinte. Pensamos

coletivamente que precisávamos ir neste espaço para falar não só sobre o suicídio ocorrido, mas sinalizar que esta era uma demanda crescente e o que fazer com isto. A ideia não era levar um caso para a discussão, mas fazer presença e ter espaço para abordar a questão.

4.2.2 A Supervisão de Saúde Mental: outras possibilidades e novos direcionamentos

A supervisão de território é um espaço dedicado para pautar casos de saúde mental que estejam com dificuldades de condução e que demandam apoio da rede. Existem a figura de um(a) supervisor(a) que dá contorno e problematização as discussões de caso. Geralmente esse supervisor é de um dos dispositivos de saúde mental do próprio território.

Dessa forma, a rede é convocada: assistência social, conselho tutelar, educação, dispositivos da rede de saúde (clínicas da família, centros municipais de saúde, ambulatórios e ect), CAPS, CAPSi, CAPS AD entre outros que estiverem envolvidos num caso. Qualquer serviço pode pautar um caso. Qualquer profissional pode ir a supervisão, mesmo que este não esteja envolvido em um caso específico.

Essa supervisão que eu estaria seria dentro de uma escola, acabei chegando muito cedo e ninguém havia chego. Logo após, a supervisora da reunião - que trabalhava como supervisora institucional do CAPSi do território - se fez presente e perguntou de onde eu era. Me apresentei e ela logo perguntou se eu tinha pautado um caso.

Antes que eu respondesse, os profissionais de outros serviços foram chegando aos poucos e se apresentando. Tinham profissionais, pelo que escutei, se faziam presentes em todas as supervisões de território independente se estavam discutindo um caso "seu" ou não. Entendiam o espaço importante de se fazer presença.

Uma representante da CAP do território ainda estaria para chegar, era técnica que dava apoio a casos de violência. A supervisora então decide iniciar a reunião pedindo para todos se apresentarem. Foi na minha vez que expliquei o motivo de estar ali. Toda a situação que minha unidade estava passando, principalmente após o suicídio de um adolescente dias atrás.

A supervisora então disse que aquele não era um espaço para ter este tipo de discussão. Ela ficou algum tempo explicando o que era uma supervisão de território, para se certificar que todos entendiam que o que cabia naquele espaço eram casos e não discussões coletivas. Ela questionou, bastante, se eu tinha um caso. Considerando que esta parecia ser a única forma de ter fala na Supervisão, optei por falar de Lara. O caso foi para pauta.

Logo após da listagem dos casos (seriam dois, contanto com o de Lara), a técnica da CAP chegou no meio da discussão. Ela pediu um espaço para falar e foi concedido. Ela disse que seria impossível fazermos qualquer discussão sem antes que pudéssemos fazer uma fala sobre o suicídio ocorrido na unidade que trabalho.

Colocado isto, foi desta forma que pude falar o que vivenciamos na unidade, principalmente como foi difícil para os profissionais o ocorrido. Referi que as adolescentes que atendíamos tinham pontos em comum: a figura paterna ausente, conflitos no âmbito familiar e/ou escolar e amorosos.

A supervisora insistiu que falássemos então de Lara. Bom, narrei todo o caso - o desenvolvimento do caso parou até onde escrevi mais acima - e uma questão foi disparadora: o que foi feito com o caso? Houve encaminhamento para emergência psiquiátrica? Para o CAPSi? A técnica da CAP questionou que, um caso desses tão grave, precisava de um endereçamento. Resumi para falar que estávamos trabalhando com Lara, que não desejava nenhuma intervenção terapêutica naquele momento, logo seria a ser construído.

No entanto, os presentes reforçaram a gravidade do caso e que era necessário encaminhamento ao CAPSi. Essa foi a primeira vez que vi um caso nosso com esse "perfil" ser entendido como demanda desse serviço de saúde mental. O coordenador do CAPSi veio falar comigo ao final da supervisão, pedindo para eu fizesse contato posterior com ele.

Retornei ao trabalho compartilhando como foi a supervisão de território com as notícias de que não só ocorreu espaço para que pudesse falar da situação da nossa unidade, como também o CAPSi reforçou que adolescentes com as características que estavam se apresentando são sim uma possível demanda para eles.

Ocorreu um movimento dentro da unidade, promovido pela própria gestão, de fazer contato telefônico com a direção de escolas que se sabia - por relato das próprias adolescentes - que haviam grupos de jovens que se reuniam para realizar práticas de automutilação. Eles se reuniam tanto dentro da escola, como também faltavam aulas para isso.

As escolas de Isabele e de Lara eram duas que mais recebíamos relatos dessas práticas. A articulação com a direção da escola de Isabele não gerou muitos desdobramentos, mesmo nos colocando à disposição para atender casos ou atividades coletivas. A de Lara, conforme havia dito em outro momento mais acima, recebeu suporte direto dentro da própria educação. De qualquer forma, a gestão fazia contato com as escolas perguntando de alguma situação que possam estar precisando de apoio. Na mesma época, soubemos que existiam grupos virtuais em redes sociais, como o facebook, de fóruns sobre automutilação e outras práticas sugestivas para induzir ao suicídio.

Conforme aumentou a articulação com as escolas e a conscientização dos profissionais da unidade (dos ACS até todo o corpo técnico das equipes de referência) para ter um olhar cuidadoso e atento sobre os adolescentes do território, novos casos foram surgindo e para organizar esses casos, a equipe NASF produzir uma planilha virtual para inserir todos casos que já tínhamos e os novos que apareciam.

Desta forma, todo caso novo que chegava era atendido no mesmo dia, geralmente era um profissional da equipe NASF que fazia o acolhimento. Era buscado a interconsulta com alguém da equipe de referência, o que nem sempre acontecia. A notificação da ficha de violência autoprovocada também passou a ser feita corretamente, no dia. No entanto, entendemos que era necessário acolher no mesmo dia para avaliar de pronto a gravidade do caso e fazermos contato com a direção do CAPSi. Esse funcionamento se estendeu com os casos de tentativas de suicídio em adultos também, pois a demanda também havia aumentado.

A planilha foi inicialmente compartilhada apenas com o corpo técnico da unidade. Ela contém os campos para inserção do nome, idade, a equipe de referência, escola, morbidades, medicações em uso e quais as ações produzidas e qual seria o apoio da rede intersetorial, caso houvesse. Estavam traçando o Projeto Terapêutico Singular de cada adolescente e responsabilizando a equipe de referência também pelo cuidado. Posteriormente, compartilhar com a direção do CAPSi essa planilha, que passou a alimentá-la conforme as adolescentes eram atendidas.

Referente aos anos de 2017 e 2018 temos preenchido um total de 22 casos de adolescentes, sendo apenas um do sexo masculino. Predominou a presença de adolescentes que tentaram suicídio através da ingestão de medicamentos somado a situações em que ocorreram práticas de automutilação, todos com o ato de se cortar com objetos cortantes. Em geral, o fluxo do primeiro atendimento desses jovens, como supracitado, era o acolhimento no mesmo dia.

Retomando o caso de Lara, pedi para a equipe chamar tanto a adolescente como a genitora para que pudéssemos conversar sobre a proposta do acompanhamento pelo CAPSi e o que seria esse serviço. Lembrando que, a adolescente rejeitou inicialmente a ideia de fazer algum tipo de acompanhamento para si. Ocorreu muitas resistências não só de Lara, mas também da mãe a vir a unidade de saúde.

Colocado isto, a equipe de referência realizou visita domiciliar e a genitora pôde dizer que devido ao seu trabalho, ela estava com dificuldades para ir à unidade. Sendo assim, a conversa foi feita durante a visita. Lara não estava em casa, pois estava na escola. Angela conversou com a equipe que a relação das duas havia melhorado após nossas intervenções, mas que achava que a filha manteria seu posicionamento de não querer o acompanhamento.

Ocorreu uma passagem de tempo e adentramos o ano de 2018 ainda sem notícias do comparecimento de Lara ao CAPSi. Estávamos muito preocupados. Paralelamente, a equipe de saúde apresentou dificuldades no contato direto com a família, visto que a genitora muitas vezes não atendia os telefonemas. A visita domiciliar nem sempre era possível, já que o território muitas vezes estava em conflito.

Desta forma, acredito que aqui houve uma espera. Até que ponto nossas intervenções também seriam uma violência? Insistir na presença de Lara ao CAPSi seria uma violência institucional ou estaríamos cuidando da adolescente com esse posicionamento? Ao refletir sobre isso, entendemos que existia limites para o papel da saúde, para se tornar menos invasivo passamos a fazer menos visitas direcionadas para pedir a presença de Lara ao CAPSi, mas ao mesmo tempo mantendo a presença do serviço de saúde para a família.

No entanto, permanecemos preocupados. O CAPSi não mostrava a possibilidade de vir até o território conhecer Lara. Relatavam esvaziamento do corpo de profissionais do serviço frente a uma demanda muito grande. O acompanhamento deles com o caso de Lara era através da troca através do contato telefônico conosco.

Conforme já colocado anteriormente, a equipe NASF na época fez contato com o Conselho Tutelar do território e compartilhou o caso de Lara. Fiz novos contatos dando notícias que a adolescente não comparecia tanto no CAPSi, quanto na unidade de saúde e que estávamos preocupados. Pactuamos a vinda do conselheiro de referência até a unidade de saúde, com um chamado para genitora e filha para conversar.

Nesta conversa, tanto Angela quanto Lara compareceram. Eu e a enfermeira da equipe estávamos juntas ao conselheiro. Falamos que nosso objetivo era entender mais sobre as dificuldades da família e a resistência de Lara. O conselheiro teve uma fala no sentido de responsabilização da família, mas também disse para Lara que suas escolhas seriam respeitadas.

Genitora se manifestou falando que a principal dificuldade era que Lara não queria ir ao serviço falar sobre si. Lara estava com a aparência diferente de quando a conheci em 2017. Estava mais forte fisicamente, havia engordado. Não mostrava no corpo sinais de que a automutilação continuava. Na conversa, se limitou apenas a dizer que não fazia mais esses atos e que hoje estava cursando um preparatório para o colégio militar. Não queria faltar o curso. Notamos que Lara tinha planos para seu futuro.

Depois disto, compartilhamos com o CAPSi o que foi conversado durante a reunião. Combinamos que o serviço ficaria de portas abertas para receber Lara quando a mesma quisesse, mesmo com a aparente melhora de seu quadro. A fala da genitora se mantinha: as

duas possuíam hoje uma relação melhor, com mais diálogo. Ela ficava atenta a novas práticas de automutilação de sua filha, nos dizendo que iria nos procurar caso isto acontecesse.

Ao longo do ano de 2018 novos casos foram surgindo, com outras gravidades e particularidades. Realizamos dois encontros em nossa unidade de saúde junto com a diretora do CAPSi. Nosso foco era a discussão desses casos das adolescentes. A apoiadora de saúde mental do território estava presente nas duas reuniões. Ela notou algo e nos questionou sobre: não houve presença do corpo técnico das equipes de saúde, apenas a equipe NASF estava para discutir os casos, sendo na segunda reunião contando com a presença apenas de duas ACS.

A situação de Lara, obviamente foi discutida. Dei repasses de como a adolescente estava e mantemos o respeito da decisão da adolescente. Em janeiro de 2019, realizei visita na residência da família, junto com a enfermeira e encontramos Lara em casa, se arrumando para ir à escola. Genitora manteve a fala de que tudo estava bem com as duas. Ao final da conversa, limitei a falar que o CAPSi se encontrava de portas abertas para recebe-las. Percebi que Lara mantinha melhora na sua aparência e continua mais focada com seu curso.

Foi após este momento que tivemos notícias de que a adolescente foi ao serviço. A diretora fez o contato direto comigo, informando que a adolescente conseguiu falar sobre o abuso sexual sofrido, a automutilação que havia praticado anteriormente. No entanto, a adolescente manteve o posicionamento de não querer um acompanhamento. A avaliação do serviço sobre o caso era de que não haviam mais gravidades no caso. Sem novas automutilações, ideação suicida e uma adolescente com planos para o futuro. A família seguiria sendo acompanhada pela unidade de saúde.

No entanto, para Lara, “estar em acompanhamento”, não era uma questão. Pensamos enquanto equipe, o tempo todo até onde poderíamos ir com a oferta de cuidados e como fazê-la sem cair em mais uma forma de violência, a institucional. Hoje, Lara segue comprometida com os estudos, sem novas situações de automutilação. Foi um percurso de quase um ano e meio desde que Lara foi ao serviço pela primeira vez, motivada por sua prima. Nesse período em que realizamos busca ativa para saber como ela está, acompanhamos seu processo próprio de melhora e da relação com a mãe.

4.3 É lá no beco ao lado da creche...Alice e sua busca por afetos

Essa vinheta retrata uma situação bem diferente, intencionalmente, da que foi colocada anteriormente. Aqui o território é exposto, pois a família em questão comparecia muito pouco a unidade de saúde e tinham questões complexas de saúde. A dimensão da violência é vista claramente e interfere em todos os aspectos - no território, nas relações familiares e no processo de trabalho, inclusive - e intrinsecamente ligada à saúde mental.

Além disso, o acompanhamento da adolescente dessa vinheta ocorreu em 2018, logo após de ocorrer tantas mudanças com esses casos, já que passamos a acolher no mesmo dia e a ter mais suporte do CAPSi. Infelizmente, todo caso novo que chegava acabou sendo entendido como grave e foi compartilhado com o serviço de saúde mental, que fazia as marcações para o acolhimento de primeira vez.

Faço uma pausa para falar sobre isto, pois, já tivemos situações que não houveram essa mediação e tiveram algumas consequências: ou a pessoa não foi atendida, ou foi prontamente descartada como alguém que fizesse parte do perfil para o serviço. Sendo assim, o contato com o serviço serviu para qualificar e reforçar a importância desses atendimentos.

Um exemplo foi um jovem de 15 anos, melhor amigo de Isabele, que foi ao CAPSi com sua avó por conta própria. Logo depois, ele veio para atendimento conosco, aflito, pois deseja algum acompanhamento e o CAPSi não tinha entendido ser um caso para eles. Após interconsulta com equipe NASF e médico da equipe, fizemos o contato telefônico com a direção que nos escutou e fez nova marcação do adolescente no serviço. No entanto, depois do acontecido, adolescente não quis mais ir ao CAPSi.

Um outro caso foi de uma adolescente, também de 15 anos, que foi bastante acompanhada por todos os membros da equipe NASF. Ela chegou a ser encaminhada ao CAPSi, mas tinha dificuldades de chegar no serviço. Ao perder uma marcação e sem condições financeiras de ir até o serviço, ela própria telefonou para o serviço para fazer uma nova marcação. Ela nos contou que foi remarcada para três meses depois, o que nos causou espanto. A equipe NASF teve que fazer contato com o serviço para questionar a demorada da marcação, visto que o caso tinha sua gravidade. O que de fato foi feito, com uma marcação para pouco tempo depois do contato feito.

Retomando a vinheta em tela, é hábito comum enquanto profissional do NASF fazer visitas domiciliares, sejam elas programadas ou não. Não porque eu tenha a necessidade de fiscalizar a casa de alguém – alguns profissionais são norteados por esse conservadorismo e controle da vida dos seus usuários através dessa ferramenta – mas porque eu sempre gostei de sentir o território. As narrativas sobre a pessoa e/ou família que “*não aderem*” ao tratamento,

as que *recusam* o cuidado ofertado pelos profissionais de saúde, *os desviantes* dos protocolos das linhas de cuidado da saúde da família.

São esses casos que geralmente demandam muitas idas ao território, local aonde as narrativas são materializadas. Quando *eu escuto um caso*, quem conta é um outro, geralmente o ACS, aquele que vive intensamente o cotidiano das pessoas, famílias, becos, vielas, o comércio, quem está de passagem e quem sempre retorna ao seu local de pertencimento. Quem conta a história parte de um determinado olhar e a partir desse, são traçados direcionamentos.

Pensando nas situações *dos desviantes, os chamados casos complexos* estes são relatados, uns com muitos detalhes e outros, nem tanto. Há uma expectativa de resposta minha, enquanto assistente social da equipe NASF. Espera-se uma resolutividade das problemáticas apresentadas pelas equipes de referência. Embora essa expectativa muitas vezes seja frustrada, frente a tantas questões, conflitos e vulnerabilidades as quais esses casos estão inseridos.

Em 2017 conheci a senhora Darcy. Moradora da Comunidade Jardim Feliz, residia junto a sua neta de 12 anos, chamada Alice e seu filho, Rogério, idade entorno dos 30 anos. A configuração familiar será importante ao longo da narrativa A comunidade Jardim Feliz não se trata de qualquer outra: possui duas entradas em forma de beco, bem estreito, os quais há presença de homens (muitas vezes adolescentes) armados.

A presença de qualquer pessoa estranha a eles é mal vista, a vigilância é constante. Sua localização geográfica não permite um acesso fácil para se adentrar. Uma vez que se consegue entrar, você encontra casas que *são barracos* em geral: feitas de tábuas de madeira, alvenaria, constroem-se quadrados que delimitam seus locais de moradia. O terreno é todo de barro, a presença do esgoto ao longo do caminho é marcante, assim como de árvores. Parte da comunidade é em terreno reto, no entanto, muitas casas estão no alto, desenhadas em um morro. Para acessá-las, não existem escadas, você precisa se apoiar nas casas e árvores para “escalar” com cautela.

Ainda relacionado ao local de moradia de Darcy, este foi um dos locais no qual eu mais realizei visitas domiciliares. É aqui onde os ditos casos complexos multiplicam-se. São as famílias que, segundo a equipe de referência *não querem* se tratar, não vão a unidade, pois é muito distante – fato relevante, por sinal - e quando querem se cuidar, desejam atendimentos em casa. Resumindo, sob um olhar moralizante: são verdadeiros malandros, preguiçosos, não se responsabilizam pela própria saúde. Mulheres que desejam realizar pré-natal, tomar vacinas em casa, por exemplo.

Antes de trabalhar nesta unidade, nunca tinha pensado que o planejamento e gestão de um serviço de saúde precisariam levar em conta a presença do tráfico. Talvez eu tivesse essa

noção, pois conhecia a ferramenta Acesso Mais Seguro, utilizada amplamente por unidades que estão inseridas em comunidades, mas não de uma forma tão concreta. O diferencial foi pensar que um território poderia ser recortado para atuação dos profissionais de saúde de acordo com uma determinada facção do tráfico.

Foi assim que a comunidade Jardim Feliz ficou sendo um território da unidade de saúde. Existe outra unidade bem próxima da comunidade, no entanto, devido à localização desse serviço ser em um bairro de uma facção rival da existente na Jardim Feliz, não era seguro, principalmente para os ACS(s), atuarem lá. Digo isto devido a distância citada do território em relação a unidade de minha inserção profissional.

Como disse, em 2017, conheci Darcy através de uma dúvida da nutricionista da equipe NASF: como se lida com uma pessoa que faz uso abusivo de drogas e não quer se tratar? Darcy possuía um mioma na região no útero e estava sendo acompanhada pela nutricionista devido a sua diabetes descompensada. Durante os poucos atendimentos com ela – pois Darcy era também um dos *casos de não adesão* – fala do seu cotidiano e do uso abusivo de cocaína que realizava há mais de 15 anos.

Quando eu digo que conheci, foi novamente de uma narrativa que era do outro. Do conhecimento que eu adquiri em torno da temática, respondi a nutricionista. Disse que deveríamos entender mais de que forma esse uso se relaciona com a história dela, como ela se sente fazendo esse uso, se era possível era reduzi-lo. Fazer o contato com o CAPS AD para possível encaminhamento, que de fato foi feito.

Quem estava de frente auxiliando os cuidados de Darcy era seu filho, o qual levava a mãe nas consultas. Sem a persistência do filho – e da nossa em convocá-lo para isto – Darcy não aparecia. É claro que, visitas domiciliares foram feitas. No entanto, Darcy nunca chegou ao CAPS AD. A notícia que eu tive era que ela havia feito a tal cirurgia para remover não só tumor, mas também o útero. Após esse evento, ela nunca mais retornou a clínica da família

Disse anteriormente que a Comunidade Jardim Feliz foi o local que mais realizei visitas, sendo uma delas – eu estava indo nas casas de usuários com tuberculose que não aderiram ao tratamento – com a agente comunitária, fomos interpeladas por uma mulher que da janela de sua casa chamou pela agente. Ela mostrou um papel do Conselho Tutelar, que fazia um encaminhamento para atendimento psicológico para uma adolescente que residia com ela. Era Darcy na janela, falando de sua neta Alice.

No momento, não me atentei a esta coincidência. Eu não entrei na casa, muito menos conversei com a mulher. Pedi para a agente pegar o papel e depois veríamos a questão. Retornando a unidade fiz o contato com o Conselho Tutelar para entender melhor o motivo do

encaminhamento. Quando o caso chega ao Conselho, existe uma conselheira de referência. Demorou alguns dias até eu conseguir falar com ela, quando finalmente consegui a mesma não se lembrava logo de primeira do caso, pois segundo ela, são tantos *casos iguais*.

Dando continuidade a conversa com a conselheira, ela se lembra do caso de forma bem resumida: o tio de Alice a trouxe para o conselho tutelar porque queria arranjar um abrigo para a mesma. Questiono sobre esse pedido do tio, no entanto, a conselheira aparentava não saber maiores detalhes sobre isso, apenas que a psicóloga do Conselho achou que Alice precisava de um acompanhamento psicológico. Pergunto – novamente e já perdendo as esperanças de maiores esclarecimentos da situação – o por que do encaminhamento, porém a resposta foi: *se a psicóloga achou que precisava, é porque precisa sim*.

Bom, colocados estes esclarecimentos, sugeri a ACS que marcasse uma interconsulta comigo e a enfermeira da equipe para Alice e avaliássemos este encaminhamento. Eu disse mais acima que Darcy era um daqueles casos que não aderem ao tratamento, não é? Tal sensibilidade nos faltou naquele momento. Avó e neta não foram na consulta agendada, somente apareceram na unidade algumas semanas depois.

Nesse intervalo desde que veio a demanda até a interconsulta em si, muitas coisas aconteceram. A ACS da região da Jardim Feliz estava com muitas dificuldades em dar continuidade as suas visitas. Ela era a mesma ACS do caso da adolescente Isabele. Depois do acontecimento com a adolescente, ela acabou ficando um pouco desgastada por continuar cobrindo aquele território. Além disso, ela sofreu uma ameaça por um dos moradores àquela época que estávamos conversando sobre o caso de Alice. Logo, ela se retirou da equipe de saúde que acompanhava a comunidade Jardim Feliz.

Quando finalmente Alice e sua avó, Darcy, chegam a unidade para a interconsulta, a ACS já havia saído território da Jardim Feliz. A nova ACS não tinha muitas informações adicionais na hora. A nutricionista atende junto com a médica a avó e eu junto com a enfermeira atendo Alice. Duas interconsultas acontecendo ao mesmo tempo. Então eu conheço Alice: uma menina de 12 anos, negra, de pequena estatura, e demonstrando muita timidez.

Conversar com qualquer adolescente por vezes é difícil, porém Alice realmente não dava muitos elementos para o diálogo. Respondia a tudo acenando com a cabeça, para dizer sim ou não. Ela, inclusive, não sabia – ou não queria – dizer o por que seu tio a levou no Conselho Tutelar. Eu já estava achando constrangedora a conversa, pois não teria porque insistir com Alice. Ela não queria falar naquele momento.

Vou encerrando a conversa quando percebo a contraluz que Alice tem diversas marcas de cortes nos braços. Ao perguntarmos sobre isso, ela começa a levantar sua calça jeans

mostrando muitos cortes em ambas as pernas. Com isto, ela começa a falar de uma infância solitária a qual não conheceu seu pai – diz ela que sua avó sabe quem é, porém nunca permitiu que ela o conhecesse – e possui pouco contato com a mãe, pois a mesma fica em situação de rua. Ela não sabia dizer onde.

As lembranças que tem de sua mãe é quando a mesma vai – esporadicamente- até sua casa para se recuperar quando está muito mal de saúde, ficando poucos dias. Alice diz que sua mãe faz uso de drogas, por isso fica pela rua desde que a mesma era pequena. Alice ainda nos conta que viu por diversas vezes sua avó – a qual chama de mãe – fazer uso de drogas, mas que Darcy tentava disfarçar.

A jovem ainda fala que gosta muito de ir ao colégio e que gostaria de fazer um curso de estilista. Sobre seus cortes, diz que faz de gilete e algumas vezes pensou em se matar. Após essa conversa, que deve ter durado cerca de 40 minutos, saio e vou procurar conversar com a avó deixando Alice com a enfermeira. No corredor a caminho do consultório, encontro a nutricionista no corredor que estava vindo em minha direção. Visivelmente assustada, ela me diz: é um caso muito grave, com riscos de a jovem morrer.

. A nutricionista me conta que Darcy vem agredindo fisicamente a neta, sendo recentemente atirado uma garrafa de vidro em seu rosto – aí percebo que Alice tinha pontos no rosto – e foi levada a uma UPA pela avó devido ao ocorrido. Darcy contou ainda que Alice estava de *castigo* pelo tráfico devido a um mau comportamento, no caso, brigar com outra menina na comunidade.

A preocupação de Darcy é que sua neta fugiu, indo para casa de um suposto namorado ficando lá por umas semanas. Ou seja, Alice saiu do castigo, mas não teria sofrido sanções do tráfico, ainda. O medo da avó é que Alice é muito rebelde e não consegue controlá-la em casa. Devido a isso, pediu para seu filho levar Alice ao Conselho Tutelar, pedindo que sua neta ficasse *internada*, afastada do seu local de moradia.

Nesse momento que conversamos, eu me assusto diante do caso. O que fazer primeiro? Falo com CAPSi? Falo com Conselho? Já passavam das 17hs, a unidade fecharia e eu não tinha ainda conversado com Darcy. Eu e a nutricionista decidimos conversar com Darcy sozinha, sem Alice. A avó estava numa postura defensiva comigo, questionando o que eu anotava. Contou o que eu já sabia da situação, porém com pouca crítica sobre sua postura agressiva com Alice: a neta era culpada dos acontecimentos que teriam levado ela a ser punida pelo tráfico.

Iniciei o que seria dos meus diversos diálogos com o CAPSi. Encaminhamos Alice para o serviço, embora Darcy tenha mostrado alguma resistência sobre essa forma de acompanhamento. Ela estava insistente que somente afastando Alice da comunidade iria ser

algo positivo. Também fizemos, novamente, um encaminhamento para Darcy ao CAPS AD, embora ela não tenha demonstrado interesse. Ao final dos atendimentos, a avó pediu uma declaração de comparecimento para mostrar para *os meninos*, referindo-se ao pessoal do tráfico.

É curioso imaginar essa situação, precisar de uma declaração para mostrar ao tráfico sobre uma vinda a unidade. Eu já ouvia falar por meus colegas de trabalho que quando *um deles* vinha a consulta, as vezes pediam a declaração: afinal, é uma forma de emprego que eles mantinham. Além, é claro, também serem usuários do SUS e que sofrem por diversos agravos em saúde.

A relação dos atores do tráfico com os profissionais de saúde sempre foi de uma maneira particular muito respeitosa. A identificação pelo jaleco branco abre passagem para todo o território, bem como a autorização para realizar ações coletivas. Uma autorização que não é pedida, mas é concedida de forma não verbalizada pelo simples fato de não haver impedimentos a presença dos profissionais.

É claro que existem tensionamentos, novamente na ordem do não dito: existiram algumas situações – por sinal, na própria Jardim Feliz – nas quais durante a minha passagem pelo território em frente a algumas *bocas de fumo*, fui recepcionada por homens que através de gestos faziam questão de mostrar que estavam armados. O território dá sinais e você precisa respeitá-los conforme vai se familiarizando com ele.

Os sinais revelam a possibilidade de um conflito armado ou de qualquer outra alteração da dinâmica interna da comunidade, o que pode ser um roubo de cargas, por exemplo. Com o tempo você percebe que se existem poucas crianças e adolescentes indo a escola; se a barricada está aberta ou fechada; que se os meninos não estão nos seus devidos locais, melhor falando, nos seus postos de atuação, é porque algo aconteceu ou está para acontecer.

Tive notícias pela equipe de referência que Alice foi ao CAPSi. Passou um período de um mês após isto e o próprio serviço perguntou sobre a ausência da adolescente. Ela não estava comparecendo. Ao mesmo tempo, a nova ACS estava ainda conhecendo as famílias da Jardim Feliz e ainda não estava apropriada do caso dessa família. Importante colocar que, não tínhamos mais um profissional da psicologia dentro da equipe NASF. Desde o suicídio de Isabele, a profissional ficou afastada e por fim, não retornou.

Sinalizando a equipe sobre a importância de presença intensiva nesse caso, em primeiro momento não se teve tanto efeito. A ACS dizia que passou na casa e que estava tudo bem com a família. Pedimos que pudesse passar na casa sempre fosse ao território e a consequência foi que a ACS encontrou uma situação inusitada com a família. É interessante pensar que você

pode ir numa segunda-feira fazer uma visita e ver que está tudo bem e ir dois dias depois e encontrar uma situação completamente diferente.

Depois de conversar com a ACS, ela visitou a família dois dias depois de sua última visita. A casa de Darcy fica à direita do beco que é o acesso principal da comunidade. Assim que entra no beco a ACS conta que viu uma grande confusão na entrada da casa. Darcy havia agredido fisicamente Alice – a própria Darcy que contou a ACS – e após isto, Alice havia fugido de casa, novamente. A avó estava passando mal.

No dia seguinte, a ACS me conta o que aconteceu e partimos imediatamente na tentativa de realizar a visita. Digo tentativa, pois no meio do caminho diversas situações podem acontecer que inviabilizam o acesso a determinados locais, mesmo com a ferramenta do Acesso Mais Seguro. Nesse dia em particular havia um grande tumulto na comunidade. Assim que adentramos o beco já fomos sinalizados por alguns moradores que o clima estava exaltado entre *os meninos*.

Aparentemente uma pessoa estranha aos meninos entrou na comunidade e foi logo abordado por eles. Era um rapaz que dizia ter sido chamado para fazer um serviço de pedreiro por uma moradora, no entanto, eles não estavam acreditando nisso. Havia muitos moradores ao redor, uns rindo e outros apenas curiosos olhando para ver o que aconteceria.

Não percebi na hora que eu estava vendo a um *tribunal do tráfico*. Pegaram o braço dele e estenderam, ameaçando a cortarem sua mão com um serrote. O rapaz implorava, dizia ser *trabalhador*. Pediu para chamar a moradora que o convocou para o serviço, mas para o azar dele, ela não estava em casa. Começaram a fazer muitas perguntas, chegaram a pegar o serrote e a “riscar” o braço do rapaz. Fomos embora imediatamente.

Passou um certo tempo até conseguirmos acessar a casa de Darcy, pois estavam ocorrendo diversos conflitos armados no território. A avó de Alice nos recebeu sonolenta, aparentando tanto cansaço quanto tristeza. Ela nos contou que mais uma vez Alice tinha fugido de casa e que, seu filho e tio de Alice havia deixado a casa, pois não aguentava mais os conflitos entre as duas.

Apesar de inicialmente não demonstrar crítica sobre a sua forma agressiva de lidar com a neta – e isto como principal motivo de afastamento dela – ela se emocionou durante a conversa. Ela então falou da própria filha, que fica em cenas de uso fazendo consumo de substâncias ilícitas. Relembra momentos em que teve que “resgatar” a filha de determinados lugares, com o estado de saúde muito fragilizado. Sentia-se culpada por não ter “cuidado” da filha, dizendo que não queria que o mesmo acontecesse com Alice.

Um dos receios de Darcy já havia se concretizado: Alice começou a namorar um rapaz de 22 anos que trabalhava na boca de fumo. A avó tinha medo Alice pudesse “se perder” referindo a um consumo de drogas e iniciar a atividade sexual. Lembrar de sua filha fez com que nós entendêssemos que Darcy sentia muita culpa e ser agressiva com Alice era a forma que a mesma entendia por cuidado.

Ao mesmo tempo, Darcy fala muito de si: uma vida na qual ela “curtiu” muito, se referindo a saídas, festas, bebidas. Disse que seu uso de cocaína se intensificou desde que seu marido faleceu, há 5 anos. Neste momento ela chora, ao falar que não tem conseguido sair de casa por não sentir “forças”, ficando assim direto deitada, passando dias sem tomar banho. Ela então fala como o uso da cocaína a ajuda, para ficar mais “ativa

Ela nos mostra um caderno escolar de Alice. Darcy disse que a neta gostava muito de escrever e que as vezes ela pegava o caderno de Alice para ver o que ela escreve. Darcy nos conta que a neta escrevia naquele caderno muitos poemas que falavam de um “amor proibido”. No entanto, em diversas partes havia frases depreciativas sobre sua imagem, assim como menções a conflitos familiares e o desejo por “desaparecer” e “morrer”.

Ao lado da imagem e jeito pueril de uma menina de 12 anos, Alice, para a comunidade (na visão da avó, dos vizinhos e até mesmo do tráfico) era uma garota que arrumava confusão, apenas queria saber de ir para rua e deixar sua avó nervosa. Uns diziam – não com essas palavras - *ela quer matar a avó. Precisa de um corretivo! Só quando o tráfico quebrar as pernas dela, irá sossegar.*

O interessante na fala da avó foi o lugar positivo que assumiu o CAPSi, tanto na visão de Darcy quanto para Alice. A avó disse que a neta gostava de ir ao serviço – ela mostrou um cartão de marcações do serviço – e que Alice ficava mais calma, falando que foi um período bom entre as duas, segundo ela. Ela sentia muito por não ter conseguido levar Alice mais no serviço, nos dizendo que não tinha dinheiro de passagem.

Darcy vivia com uma renda fixa de 89 reais do PBF – que estava ameaçado a ser cortado devido à ausência de Alice na escola – e contava com a ajuda financeira de seu filho. Ele não estava mais morando com a família. Darcy nos conta que por ser filho ser evangélico, sentia-se constrangido com o comportamento de Alice. Queixava-se da vestimenta da sobrinha, da forma que interagia com a avó e que estava cansado dos problemas com o tráfico. Ele foi embora e não garantia mais, inclusive, o suporte financeiro a mãe.

Para ter o benefício do RioCard, o cartão de passagens para o acompanhamento de Alice, seria necessário que a mesma tivesse identidade e o CPF, para que o cartão ficasse em seu nome e Darcy seria sua acompanhante. No entanto, Darcy conseguiu apenas tirar a identidade de

Alice. Não ficava claro o por que não conseguiu dar continuidade na retirada de documentos, mas entendemos que vivenciavam uma desorganização vinda do caos que era a convivência familiar, que certamente interferiu nisto e conseqüentemente na continuidade nas idas ao CAPSi.

Após esta visita, compartilhei as novidades com o CAPSi e com o Conselho Tutelar. Algo me incomodava na articulação com o Conselho Tutelar, pois foram eles que encaminharam Alice para atendimento na unidade de saúde, mas não identificaram – a princípio - o risco social o qual a adolescente se encontrava. Retomando o contato com Conselho, pude sinalizar justamente isto: Alice corria risco ao estar fora de casa, visto o castigo imposto pelo tráfico.

Algum tempo depois desta visita, tive notícias de que Alice teria saído da casa de sua avó para morar com o rapaz que trabalhava no tráfico. A casa dele era dentro da Comunidade mesmo, algo que nos causou espanto, afinal se ela estaria de castigo pelo tráfico como uma pessoa envolvida abrigaria ela em sua casa? Independentemente deste questionamento, entendíamos que isto apenas reforçava a vulnerabilidade que a adolescente estava vivenciando.

Ao conversar com a Conselheira, pude demarcar todas as questões que estávamos observando como riscos à Alice: violência física pela avó, pelas pessoas da comunidade – ao incentivarem indiretamente o “corretivo” para Alice e pelo tráfico local, aqueles que ameaçavam a adolescente diretamente. Todas essas questões que perpassavam a violência que a comunidade sofre todos os dias, a vulnerabilidade social a qual estão inseridos e o impacto à saúde mental destes. Alice era apenas uma, impactada por estas questões.

Foi acordado que o Conselho Tutelar faria uma visita domiciliar a residência de Darcy. No entanto, quando a conselheira foi não encontraram ninguém em casa. Em meus contatos com o CAPSi, a diretora do serviço cogitou que um dos seus profissionais fossem fazer visita, porém, apesar de um primeiro momento ter topado, ela titubeou. Ela não queria expor nenhum dos seus profissionais ao “risco” de entrar em uma comunidade violenta. Contraditoriamente, pediu para que nós continuássemos com as visitas para aproximação com Darcy e busca por Alice.

Durante o mês de agosto de 2018, a ACS havia me contato que em nova visita a casa de Darcy, ela informou que Alice tinha retornado. Coincidiu com um final de semana que a mãe de Alice também havia voltado. Darcy comentou que a mãe de Alice tinha esse movimento, quando ficava muito mal, as procurava. Nesse final de semana, Alice teria recebido dinheiro de sua mãe e, com este dinheiro, teria saído novamente de casa.

Estávamos no mês de setembro quando conseguimos encontrar Alice. Começamos a partir de uma busca através dos rapazes da boca de fumo que fica dentro da pequena comunidade Jardim Feliz. Eu e ACS conhecemos o então namorado de Alice. Ele se apresenta para nós fazendo questão de mostrar estar armado, nesse momento a ACS faz uma brincadeira para descontrair um pouco a tensão.

Informamos que procuramos Alice para saber como está o seu estado de saúde e dizemos que a mesma fazia um acompanhamento específico (não falamos em CAPSi, mas referimos ser um local fora do bairro) e que a mesma estava faltando. Ele então nos aponta para sua casa e diz que a mesma está morando com ele. Também nos dá permissão para vê-la e visitá-la. A casa ficava um pouco distante, em um ponto de acesso muito difícil da Jardim Feliz. Não nos sentimos seguras, em primeiro momento para ir até a casa acompanhadas pelo pessoal do tráfico.

Quando retornamos para o território (novamente, eu e a ACS), vamos até a casa de Darcy, mas ninguém atende. No caminho para a ida a casa que o namorado de Alice nos havia apontado, a encontramos. Estava de cabelo raspado, usava um sutiã e uma saia jeans pequena. Mantinha um ar pueril nos gestos e fala, pelo corpo não havia sinais de automutilação. Alice me reconheceu do atendimento que fiz na unidade, meses atrás.

Alice estava acompanhada de uma outra adolescente chamada Thaís, de 15 anos. Eu conhecia a bastante tempo Thais e sua família, pois o NASF junto ao CREAS fizeram várias intervenções na família ao longo de 2017. Moravam Thaís, sua mãe e mais quatro irmãos da adolescente, sendo que o mais velho trabalhava para o tráfico. Gerundina, a mãe, não tinha nenhuma documentação, assim como a maioria de seus filhos. Eles também não estavam matriculados em nenhuma escola e, para se alimentar, Gerundina trabalha informalmente em um grande centro de alimentos da região, sendo desta forma também conseguindo algumas verduras e legumes de graça.

A casa era extremamente precária, formada por tabuas de madeira embaixo de um chão de barro, com o córrego de esgoto próximo. Infelizmente, não conseguimos avançar muito na questão da reinserção escolar e na documentação, pois isso também exige algum esforço familiar. Retomando o encontro, Thaís prontamente se lembra de mim e me abraça. Diz que hoje está morando com o namorado, que também tinha envolvimento pelo tráfico.

Alice e Thaís viraram melhores amigas. Coincidentemente, tinham histórias parecidas: Thaís saiu de casa após intensas brigas com sua mãe, que inclusive resultavam em agressões físicas. Ao contrário de Alice, Thaís era mais comunicativa conosco. Perguntamos se podíamos conhecer a nova residência de Alice, e ela concorda em nos levar até lá.

Conforme já havia falado, o acesso a casa era bem difícil. Existia muito mato e barro no local, sendo a casa ficando num ponto alto da comunidade. Thaís e Alice nos ajudaram a subir até lá, já que qualquer movimento brusco poderia causar uma queda. A casa, no entanto, era praticamente vazia. Existia uma janela que era aberta, com vista para toda Jardim Feliz. Apenas tinha um sofá e um colchão no chão.

Sentamos para conversar com Alice, no entanto, ela fala muito pouco. Perguntamos dos motivos da saída de casa e como foi para ela reencontrar sua mãe, após tanto tempo. Ela resume a dizer que o encontro foi “normal” e que hoje estava melhor fora de casa. Ela então dispara para nós que gostaria de voltar ao CAPSi, mas que tinha que ter a passagem. Revela que não está indo mais a escola, mas que também queria voltar. Quando perguntamos sobre o por que ela deixou de frequentar, mantém silêncio. Relata que o namorado a incentiva a este retorno.

Durante a fala com Alice, Thaís senta próximo e intervém muitas vezes para falar dela mesma. Diz que está adorando morar com o namorado, já que a relação com a mãe está insustentável. Fala em se sentir “ser mulher” hoje, com sua casa e companheiro. Ela então nos pede para fazer um Teste de Gravidez (a ACS havia colocado alguns em sua bolsa) e, para a nossa surpresa, Alice também deseja.

Ainda conversando com Alice, ela diz que não fazia mais os atos de automutilação e que não tinha mais vontade de fazer. Falou que sua avó a permitia ir visitá-la e que não fazia mais objeções ao fato dela ter saído de casa. Depois daquele momento, fomos até a casa de Gerundina, pois Thaís queria fazer o teste de gravidez lá. Alice foi conosco. A família estava toda em casa quando foi feito o teste em ambas, sendo que apenas em Thaís o resultado foi positivo. Com essa notícia, a família toda vibrava, Gerundina parecia muito feliz em ser avó. Por outro lado, Thaís não sabia como reagir.

Fomos embora da comunidade, sendo que Thaís e Alice nos acompanharam até determinado ponto, pois Thaís queria contar a notícia para seu namorado, que estava *na boca de fumo*. Os rapazes se exaltaram com a notícia, principalmente o pai do futuro bebe. Depois daquele dia, não tive mais contato com Thaís. Soube pela ACS que ela teria se mudado para uma comunidade vizinha e logo, passou a ser atendida por outra unidade de saúde. Segundo ainda a ACS, ela tinha muitas dificuldades em ir as consultas de pré-natal, sendo forçada pelo companheiro por meio da força física, inclusive.

Ao irmos embora, na saída do beco, tentamos falar com Darcy, mas esta não nos atendeu. A vizinha então se aproxima de nós para conversar. Descobrimos que Alice ia ao CAPSi acompanhada dessa vizinha, pois Darcy só conseguiu leva-la apenas uma vez. Aliás, Darcy já tinha referido para nós que tinha dificuldades em andar sozinha, pois constantemente

tinha pequenos “esquecimentos” e não sabia se localizar muito bem. Essa vizinha ainda falou que Darcy não queria mais a presença da saúde em sua casa, pois ela queria internar Alice e nós não dávamos essa “solução” para o caso.

A vizinha ainda nos contou que não queria mais se envolver na relação de Alice com Darcy, pois o conflito era muito grande. Ainda nos deu notícias que Alice ia para outras comunidades, ficar em casas de estranhos e, devido a isto, a relação com seu namorado tornava-se cada vez mais frágil e possivelmente acabaria. Chegamos a cogitar a pensar que o namorado de Alice a pudesse levar ao CAPSi, mas tal articulação ficou muito complicada, tanto pelo pouco acesso que tínhamos ao rapaz e, posteriormente, eles terminaram a relação. Alice ficou vagando por casas de desconhecidos.

Fiz contato com o CAPSi para discutir sobre ocorrido e que Alice estava de alguma forma melhor, mas sua situação social estava cada vez pior. Sobre o acompanhamento de Alice no serviço, ela fazia parte de um grupo de adolescentes, o qual ela parecia gostar bastante. A diretora do serviço nos conta que, apesar de não se expressar muito, o grupo fez com que Alice criasse algumas amizades. Estávamos pensando que o pouco acesso de Alice a outros lugares que não sejam vivenciados por tanta violência, fez com o que CAPSi ganhasse um lugar atrativo e de afeto.

Anteriormente afirmei que, a direção do CAPSi junto a Apoiadora de Saúde Mental da CAP veio a unidade para nos matricular, discutindo alguns casos mais urgentes. Foram duas reuniões nos quais os casos tanto de Lara, quando o de Alice foram discutidos. Em relação à Alice, partimos da ideia que era necessário proteger a adolescente e até mesmo pensar em outras pessoas da família para ajudar no cuidado de Alice. Existia tia e a bisavó da adolescente, as quais tive pouco contato via telefone. No entanto, o Conselho Tutelar se distanciava do caso, mesmo sendo convocados para as reuniões, não compareciam e o contato telefônico era cada vez mais difícil. Decidimos investir no suporte do CREAS para Alice e Darcy.

Marcamos uma reunião dentro do CREAS para a discussão do caso de Alice, fomos eu e a ACS na reunião representando a unidade. A direção do CAPSi estava presente juntamente com a apoiadora de Saúde mental da CAP. Discutimos todo o caso para as profissionais do CREAS estarem cientes da situação (eram uma psicóloga e uma pedagoga do serviço). Novamente, o Conselho Tutelar não estava presente, fato que fez a Apoiadora telefonar para o serviço no meio da reunião. Combinamos do CREAS fazer visita domiciliar junto a unidade de saúde para conhecer Alice e Darcy e uma próxima reunião dentro do Conselho Tutelar após a ocorrência dessa visita.

Importante ressaltar que diante da complexidade da situação, fiz contato telefônico com o CAPS AD na expectativa de alguém da equipe também participar da visita domiciliar, já que Darcy estava cada vez mais debilitada e nunca chegara ao dispositivo de saúde mental. Infelizmente, a direção do serviço respondeu negativamente o pedido, pois devido ao aumento da demanda não estavam indo para o território.

Uma semana após a reunião dentro do CREAS, no mês de dezembro de 2018, fizemos nossa visita junto com as profissionais do serviço de assistência social. Na verdade, a data marcada coincidiu com um período que os conflitos armados eram recorrentes, no dia em especial da visita estávamos “em amarelo” pela classificação do Acesso Mais seguro – o que indica que somente devemos fazer atividades internas, pelo risco – mas, como era uma situação diferenciada, eu e a ACS fomos ao encontro das profissionais para irmos à residência de Darcy.

Tivemos que avisar a vizinha de Darcy sobre a visita, pois a mesma não estava mais nos recebendo. Dessa forma, Darcy já estava nos esperando junto com as profissionais do CREAS. Infelizmente, Alice não estava com ela, mas a visita foi proveitosa. As profissionais explicaram o que era o CREAS, dizendo que atuam com famílias que estão em risco social. Darcy mostrou alguns documentos do pai biológico de Alice, revelou que sua filha – mãe de Alice – tinha ainda contato com o mesmo, mas que ambas não desejam que Alice o conhecesse, pois ele seria casado e teria uma outra família.

Além do mais, ele não havia registrado Alice. Outro homem teria assumido esse lugar, mas que Alice também não o conheceu. Contou que esse rapaz que a registrou não tinha mais contato nenhum com a família. Falou a respeito de sua irmã e mãe, que moravam juntas e evitavam contato com Darcy, por questões de conflito e devido ao seu uso de drogas, que era reprovado pela família. Reforçou que não teria condições de ir ao CAPS AD e muito menos de levar Alice ao CAPSi, ambos tanto por questões financeiras, como também de sua própria saúde, fazendo referências aos esquecimentos que tinha. Darcy estava na fila de espera por uma vaga para Neurologia, pelo SISREG.

As profissionais do CREAS pediram que Darcy fosse conhecer o serviço e que levasse Alice com ela. O serviço pensou de fazer atendimentos para as duas, principalmente porque o CREAS tinha uma articulação interna com um outro dispositivo de saúde, que tinha várias especialidades para acompanhamento em saúde. Darcy se interessou bastante.

Darcy nos mostrou o caderno de Alice – aquele mesmo que ela dizia ter visto poemas e escritos depreciativos sobre a imagem da neta –, afirmando que Alice teria deixado um bilhete para avó antes de sair de casa novamente. Nele, Alice pedia desculpas para sua avó, mas que queria sair *para brincar com suas amigas*.

Ao final, Darcy perguntou se ela seria presa, pelas coisas que aconteceram e que fez com Alice. Essa pergunta pegou a todos de surpresa. Ela disse que hoje sua neta não tinha paradeiro certo, ficava na casa de amigos que fez indo para festas dentro de outras comunidades. Aparecia de vez enquanto para pedir roupas. Percebemos que Darcy existia um sentimento de culpa. As profissionais do CREAS deixaram aberto que o caso poderia ter consequências jurídicas, mas não em um sentido punitivo. A ideia era proteger Alice.

Mesmo assim, não se tinha certeza se poderíamos proteger Alice ou se ela mesmo queria isso. Uma semana após esta visita, tive notícias da ida de Darcy e Alice ao CREAS. Foram conhecer o serviço, sendo pactuado alguns atendimentos para Alice com profissionais do referido serviço. No entanto, como Darcy perdia o contato Alice, elas não deram continuidade.

Somente no ano de 2019 conseguimos nos reunir com o Conselho Tutelar, cuja reunião foi marcada pela Apoiadora de Saúde Mental em dezembro, quando estávamos no CREAS discutindo o caso. Dessa vez fui sozinha representando a unidade, estavam também lá além da diretora, a supervisora institucional do CAPSi e as profissionais do CREAS. Acabei por chegar mais cedo e me apresentando para o técnico administrativo, informando que estava para a reunião marcada. No entanto, ninguém no Conselho Tutelar sabia da existência da reunião.

Foram chegando os demais profissionais envolvidos para a discussão do caso. A supervisora institucional teve que ligar para a Apoiadora de Saúde Mental para poder confirmar a reunião junto com a conselheira que estava de plantão. Quando encontrei a conselheira, a reconheci pela voz, pois era mesma que fez o encaminhamento de Alice para a unidade de saúde solicitando suporte psicológico e era com ela a qual eu me comunicava durante todo esse tempo. Ao me apresentar e informar que iríamos discutir o caso, a conselheira mostrou não somente não saber da reunião como também não lembrava do caso.

A reunião aconteceu, sendo o conselho representado por duas psicólogas que faziam assessoria no serviço. Elas informaram que os casos chegavam até elas através dos conselheiros e elas faziam orientações para encaminhamentos. O começo da reunião teve um clima tenso, pois as profissionais questionaram se o caso de fato foi articulado. A conselheira que encaminhou Alice ao serviço não quis participar da reunião, apesar de termos questionado se o caso teria um conselheiro de referência.

Falamos sobre toda a situação de Alice, desde o início. Chegamos a um consenso amargo, por assim dizer. Entendemos que a única medida no momento era fazer o acolhimento de Alice (ir para um abrigo) e que o caso deveria ser judicializado para a convocação da família para indicar quais arranjos seriam possíveis para cuidar da adolescente. As psicólogas

sugeriram que cada serviço fizesse um relatório e enviasse ao Conselho Tutelar, para que fosse despachado para a justiça.

Cada serviço fez seu relatório e entregou ao Conselho Tutelar. Essa situação ocorreu no início de 2019 e não teve desdobramentos concretos imediatos para a situação de Alice, que permaneceu em seu movimento de circular pelas comunidades. Até o início de 2019, ela compareceu poucas vezes na unidade e acompanhada de sua vizinha.

Após alguns meses, vieram notícias para a ACS que Alice permanecia circulando não só pela Jardim Feliz, mas para outras comunidades. Os vizinhos diziam que ela ia também para locais mais distantes, fora do Rio de Janeiro. Rumores sempre pairaram sobre a situação de Alice, como suspeita de prostituição e uso de substâncias ilícitas. Infelizmente, pouco a pouco deixamos de ter notícias, em meus últimos momentos trabalhando no CMS - em 2020 - não sabíamos ao certo onde ela estava.

4.4 Espaços coletivos pensando sobre a temática dos adolescentes em sofrimento psíquico

Conforme coloquei inicialmente, existiram alguns espaços coletivos com a participação de alguns setores além da saúde e saúde mental, como a assistência social e a educação para a discussão de questões que estavam surgindo no território. Existem os encontros da rede de assistência social do território, feitos mensalmente (a frequência nem sempre é esta), onde são convocados diversos dispositivos da rede.

Ao longo de 2018, a temática da prevenção ao suicídio ganhou destaque nesses encontros (o que também aconteceu em 2019), principalmente quando o assunto era sobre o público adolescente. A temática, a princípio, interessava muito as escolas, que eram tomados por essas situações. No referido ano, a unidade de saúde foi convidada pela direção do CRAS do território para fazer uma apresentação sobre essa temática, pois tínhamos alguma experiência com isto.

A equipe NASF produziu em conjunto um material no formato de slides, explicando alguns mitos e verdades sobre o suicídio, indicando que a melhor maneira de lidar com isto é poder estabelecer confiança com o adolescente e falar abertamente, sem julgamentos. O material teve como referência o Guia de Referência Rápido denominado “Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção” (2016), além das nossas experiências. A apresentação foi feita pela nutricionista e outra assistente social da equipe NASF.

No início do ano de 2019, um encontro da rede de assistência aconteceu e estava focado nessa temática do suicídio. Estavam presentes setores da educação, a direção do CAPSi e do CAPS, representantes do CRAS e CREAS da região, além de algumas pessoas de uma determinada associação de moradores. Foi convidada a participar também uma integrante da equipe do Programa Favela Bairro, que tinha uma experiência na abordagem nas escolas que integravam o conjunto de bairros assistidos pelo programa.

A rede estava problematizando a temática, levando em consideração que a maioria desses jovens eram de comunidade e muitos eram vulnerabilizados. Além de viverem em situação de pobreza, o território não dispunha de muitas opções de lazer e nem até mesmo de cursos. Essas opções ficam muito a cargo de serviços de caráter religioso e/ou voluntário. Então tiramos como papel mapear quem são esses serviços e que recursos de fato temos no território.

O mesmo jovem que está sofrendo, muitas vezes é aquele que faz parte de uma família com cadastro na assistência (CadUnico), que recebe o Programa Bolsa Família. O CRAS citou exemplos de adolescentes que faziam parte do seu Centro de Convivência e que apresentavam sofrimento e junto a automutilação, mas não eram jovens que chegavam as unidades de saúde. Pensando em uma integração entre assistência e saúde, começou-se a desenhar uma articulação direta entre CAPSi e CRAS, mas que ainda está em desenvolvimento.

O Fórum de Saúde Mental também se ocupou a pautar a temática do suicídio e da automutilação entre adolescente no ano de 2019. Eu e a outra assistente social NASF participamos da reunião, que tinha representantes de todos os dispositivos de saúde mental do território, até mesmos os ambulatórios. Como sempre, participaram setores da assistência social e alguns da educação também.

Durante o Fórum, o CAPSi relevou alguns dados quantitativos interessantes sobre a chegada de adolescentes com este perfil ao serviço. Do ano de 2012 até 2019 foram cerca de 300 adolescentes que chegaram ao serviço com histórico de tentativa de suicídio, ideação suicida com ou não automutilação. Os dados ainda chamam mais atenção para o período de pica desses casos: cerca de 200 adolescentes foram encaminhados entre 2017 a 2019.

Após alguns relatos de experiência dos dispositivos da rede, com esses adolescentes (só havia um caso de criança com esse perfil), a questão principal apontada pelos profissionais era de uma insuficiência teórica acerca da temática do suicídio e da automutilação voltada para esse público jovem. Os profissionais sentiam falta de estarem mais preparados, do ponto de vista teórico e prático – para lidarem com essa demanda. Com isto, alguns direcionamentos foram feitos no sentido de se criar um encontro ou um seminário.

Ainda pensando espaços coletivos, mas entrando no campo das práticas da unidade de saúde, em 2017 a equipe NASF retomou o grupo de adolescentes da unidade. No entanto, em um formato que pudesse acolher as adolescentes com este perfil que chegavam, visto que a demanda era grande. O grupo aconteceu por meses, mas foi prejudicado em sua continuidade por alguns fatores: aumento do cenário de precarização do trabalho, gerando greves (não exclusiva da unidade); dificuldade nos adolescentes manterem presença no grupo, muitos optavam por uma abordagem individual e ausência de profissionais além da equipe NASF para fazer o grupo.

Infelizmente, os grupos dedicados à saúde mental na unidade sempre tiveram dificuldades e resistências das equipes de saúde em participarem. Com o grupo de adolescentes não foi diferente, o que se agravou no ano de 2018, pois devido a já referida precarização a equipe NASF perdeu profissionais e estes não foram repostos. Atuamos em equipe reduzida boa parte de 2018 e 2019, sendo após o recorte temporal (depois de janeiro de 2019) ficamos atuando com apenas 3 profissionais NASF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da violência em suas variadas formas e como elas são colocadas enquanto objeto de intervenção para os profissionais da saúde é considerado recente, de acordo com Valadares e Souza (2013). As autoras identificam através da análise dos marcos legais da política de saúde mental brasileira que foi a partir da Portaria nº 737 de 2001 - que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) – a institucionalização do tema da violência na saúde, apesar de já existirem no país debates anteriores sobre o tema, especialmente na década de 1980 (MINAYO, 2006b).

No entanto, Valadares e Souza (2013) sinalizam que a PNRMAV não teve tanta conexão e efeitos na política de saúde mental à época. Lembrando que em 2001 seria institucionalizada a lei 10.216, que reformula o modelo assistencial e trata a pessoa acometida com transtorno mental enquanto sujeito de direitos. As autoras colocam que ainda não se fazia uso do termo “violência”, mas se falava em maus tratos, negligência, abuso, termos que remetem a tipologias de violência, como a institucional, cultural, interpessoal, por exemplo.

O destaque para a temática da violência e seu enfrentamento aumentam a partir de 2004 com Portaria GM/ MS nº 2.607, de dezembro de 2014, que aprova o Pacto pela Saúde. Valadares e Souza (2013) sinalizam os anos de 2004 a 2008 enquanto um período marcado pelo termo “violência” ficar mais evidenciado e o aumento do número de marcos regulatórios que falaram sobre as tipologias de violência de forma direta ou indireta.

O Pacto pela Saúde é importante em vários sentidos, mas também devido ao entendimento da necessidade de ações e intervenções a partir do território e a maior interlocução da saúde mental com a atenção básica. Segundo Valadares e Souza (2013) a aproximação da saúde e saúde mental com o território tornou visível questões sociais antes invisibilizadas, como a pobreza e a violência.

Além disso, surge como uma das linhas de ação entre os documentos deste período (2004 a 2008) analisados por Valadares e Souza (2013), a prevenção ao suicídio. Destacando a portaria GM/ MS nº 2.542 de dezembro de 2005 (que instituiu o grupo de trabalho para elaborar estratégias de ação nacional de prevenção) e a consequente Portaria GM/ MS nº 1.876 de agosto de 2006, que institui as diretrizes nacionais para prevenção ao suicídio. As autoras afirmam que, gradativamente a temática da violência (em suas múltiplas formas) foram entrando na política de saúde mental.

Apesar da temática se fazer presente na política, não necessariamente isto implica que o que é feito na prática cotidiana estará alinhado com diretrizes instituídas, mesmo que a existência delas seja de fundamental importância. Um exemplo concreto disto é a dificuldade, presente nas narrativas, de realizar a notificação de violência. Na seção 3.1 desta dissertação, apresento alguns documentos e artigos sobre violência autoprovocada, ressaltando como este campo ainda está em construção, principalmente na questão das lesões autoprovocadas e do sofrimento psíquico durante a adolescência.

Ferreira, Fajardo e Mello (2019) fizeram uma pesquisa em uma unidade de atenção básica com os profissionais para falar da questão suicídio e saber como eles lidavam com esta demanda. Na pesquisa, as autoras colocaram ao fazer uma revisão da literatura, que existe uma lacuna na formação dos profissionais da saúde sobre o tema do suicídio. Ao mesmo tempo, as autoras apontaram que o material encontrado fazia referência ao trabalho em hospitais e equipes de saúde mental. Ou seja, pouca produção até o momento de uma discussão com o foco na atenção básica.

Devido a estas questões, de ser um campo em construção, isto foi um desafio tanto na minha prática profissional quanto ao escrever a dissertação. No entanto, se pode inferir das narrativas quatro atos feitos pelos profissionais do CMS no encontro com essas adolescentes, estabelecidos na seguinte ordem: acolher, notificar, compartilhar e acompanhar. É necessário falar sobre cada uma desses atos e como eles foram sendo feitos.

Com isto em mente, começo falando justamente da peça fundamental e disparadora do acompanhamento das adolescentes: o ato de acolher. Quando a nutricionista atende Isabele junto com a ACS, isto foi uma forma de acolhimento que gerou acesso: a nutricionista não tinha muitas noções de manejos com casos de saúde mental – muito menos suicídio – mas certamente teve uma postura ética de acolher e escutar. A partir daí o caso teve desdobramentos.

Juliana quando chega ao CMS falando de seus problemas, o ACS (que estava no guichê de “acolhimento) me convoca. Faço com Lara um primeiro contato, que de certa forma deu resultados, ela veio quando convocada para os atendimentos posteriores. Quando Lara chegou no CMS, tive uma conversa com a equipe de referência, sobre a necessidade acolhermos a jovem na hora, devido a gravidade que Juliana e sua mãe nos havia mencionado.

A Política Nacional de Humanização (2004) indica que acolhimento é a responsabilização do usuário desde o momento de sua chegada, permitindo que o mesmo expresse seus sentimentos e/ou demandas e ao mesmo tempo também se responsabilize pela continuidade do acompanhamento, mesmo que envolvam a articulação (que também está colocada no ato de acolher) com outros serviços de saúde.

Desta maneira, o acolhimento torna-se uma questão de ético-política na medida em gera acesso – tanto dentro do serviço de saúde como ao encaminhar ou compartilhar o caso - e potencializa a criação de vínculo com aquele que chega no serviço. Isto é ainda mais precioso quando falando de um serviço com a atenção básica, que é – ou pela menos busca ser, pois nem sempre seja assim, como explana Cecílio (1997) – o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

O que posso dizer através da experiência é o NASF tendo fundamental importância para dar acesso (contraditoriamente, pois sua função é ser retaguarda, apoio) e acolhimento dessas adolescentes. Acesso tanto no sentido de dar entrada na unidade como também na articulação com os demais serviços da rede. Em particular, o CAPSi ganha destaque por ser o serviço estratégico e coordenador do cuidado nos casos de saúde mental. Mas isso vem antes da notificação.

A questão da subnotificação dos casos de suicídio – assim como de outros agravos em saúde – não é nenhuma novidade se falarmos por pesquisas em hospitais. Monteiro *et al* (2013) ao estudar as hospitalizações decorrentes de lesões autoprovocadas no período de 2002 a 2013, pondera a existência de mais casos, devido ao registro incorreto das informações.

Ribeiro e Moreira (2018) analisam a taxa de adolescentes e jovens que tentam suicídio no Brasil, com base de informações do Ministério da Saúde e da OMS. Reforçam que existe uma prevalência entre os idosos, mas que vem aumentando o número de jovens que vem praticando tal ato. Assim como Monteiro *et al* (2013), os autores identificam o registro indevido ou incompletos, influenciando o estigma social desta temática, além do sofrimento familiar em decorrência das investigações.

Pensando sobre a qualidade dos registros, o estigma social do suicídio e fazendo uma ligação com a dificuldade de notificação colocada nas narrativas, pode-se dizer que para notificar é necessário maior conhecimento da temática. Além do tabu, existe um outro ponto, como colocado na seção 4 desta dissertação. Existia uma dúvida sobre a automutilação, enquanto uma forma de suicídio, visto que nem todos que fazem essa prática tem ideação suicida.

O segundo ato, a notificação da violência – principalmente feita de forma correta, no mesmo dia do atendimento – foi algo construído a partir do surgimento dos casos e da maior aproximação da temática da violência autoprovocada. Logo, existe uma discussão que precisou ser prévia, um conhecimento sobre o assunto para então notificar. Veja, a notificação é algo instituído por lei, mas mesmo assim necessita de elementos da prática para que fosse efetivada.

Logo, a notificação e a qualificação da ficha passa pela aproximação da temática e, esta, por sua vez, só foi possível pelo encontro com as adolescentes.

Não era uma prática notificar essas situações, mas o aumento da demanda e a conseqüente maior apreensão da temática fizeram com que isto mudasse. Ao mesmo tempo, o suicídio de Isabele – infelizmente- fez com que chamasse a atenção para a gravidade dos casos. Apesar de Juliana ter sido a primeira de 2017 que foi notificada como violência autoprovocada, foi só depois da morte de Isabele que a prática se tornou recorrente. Desta forma, posteriormente, o fluxo desses casos era o acolhimento e notificação no mesmo dia.

O terceiro ato, o compartilhamento, também passou a ser um imperativo e feito no mesmo dia. Essa mudança claramente ocorreu também após o suicídio de Isabele. Esta conclusão veio da compreensão da convocação dos demais dispositivos da rede para o acompanhamento das adolescentes. O caso de Lara e Alice são emblemáticos nesse sentido. Importante ressaltar que a intersectorialidade é uma direção de trabalho para casos de suicídio, colocada em documentos já citados anteriormente na seção 2.1, mas que no ponto de vista prático, a equipe NASF absorvia as demandas, especialmente em 2017.

Sendo assim, com o suicídio da adolescente e as colocações feitas na Supervisão de Saúde Mental (seção 4.1.1) ficou claro que o acompanhamento dos casos das jovens que faziam automutilação necessitava da participação do CAPSi. Pode-se dizer que em 2017 os casos eram todos absorvidos pela ABS e após estes momentos citados, começamos a parceria, com o entendimento que estes casos poderiam ser casos para o CAPSi, algo que em 2017 era descartado pelo serviço.

O último ato, o acompanhamento, é o mais desafiador. O que fazer após termos acolhido, notificado e compartilhado? Ou seja, levando em consideração depois do ano 2017, quando já havíamos estabelecido um fluxo de primeiro atendimento. Inicialmente, faço algumas colocações sobre o processo de trabalho interno do CMS, com a relação das equipes de saúde da família e a equipe NASF.

Como foi colocado nas narrativas, as equipes de saúde da família tinham um certo distanciamento dos casos de saúde mental, com algumas exceções de alguns profissionais que se identificavam mais com a temática. Conforme foi estabelecido um fluxo de primeiro atendimento, a equipe NASF na maioria das vezes fazia uma interconsulta com um técnico da equipe de referência. Geralmente essa pessoa era um enfermeiro, as vezes um médico.

Importante colocar que, o CMS possui grande rotatividade de profissionais do corpo técnico, incluindo enfermeiros, médico e equipe NASF. No entanto, a maior dificuldade ainda é na contratação de médicos e por isto, recebia profissionais de Cuba do Programa Mais

Médicos. Pelo menos até a eleição de Jair Bolsonaro, quando se rompeu com Cuba, por questões ideológicas e distorcidas do presidente. Isto ocorreu ao final de 2018 e todos os profissionais médicos voltaram imediatamente pra Cuba, deixando o CMS com dois médicos, apenas.

Essa rotatividade é causada por diversos aspectos, como precarização do vínculo e condições de trabalho (MEDEIROS *et al*, 2010), mas no caso do CMS a violência do território também era um fator. Essa rotatividade influencia diretamente o vínculo e o acompanhamentos dos usuários. Além disso, cada profissional novo que era inserido fazia ser necessário sempre recomeçar para matriciar sobre a importância do acompanhamento desses casos.

O momento do acolhimento era demorado. Isto porque atendíamos a adolescente sozinha, depois os pais (em todos os casos a figura responsável era a genitora ou alguma outra mulher da família) e por último, todos ficavam juntos. Era um momento que durava mais de uma hora. Isso era motivo de queixa, muitas vezes, das equipes. Em algumas situações a equipe NASF continuou o atendimento sem o outro profissional, pois o técnico teve que dar prosseguimento a agenda.

Existiam situações de chegada de casos novos que acolhimento era feito somente por alguém da equipe NASF, quando o caso era de uma equipe que no dia estava sem médico e enfermeiro. Ou então o profissional da equipe de saúde estava com a agenda muito lotada. Nesses casos, a equipe NASF iniciava o atendimento e aguardava o profissional da equipe de saúde chegar.

No entanto, com o passar do tempo, as equipes foram se apropriando dos casos e entendendo a importância de estar junto nos atendimentos. A continuidade dos casos, ou seja, o acompanhamento, já era uma situação um pouco mais diferente. A “busca ativa” que é a procura, encontro ou convocação dessas adolescentes (seja para atendimento, telefonema ou visita domiciliar) tinha um protagonismo da figura do ACS junto com alguém da equipe NASF.

O ACS era o personagem com maior conhecimento das dinâmicas familiares dos casos: a grande maioria das adolescentes já eram conhecidas dos ACS, embora este profissional tivesse mais contato com familiares, geralmente a mãe. Os ACS sabiam que horas a adolescente voltava da escola, quem ficava em casa ou trabalhava fora. As relações com os vizinhos e o restante da família. Eram peças chave para o acompanhamento.

No entanto, estar tão próximo desses casos tem suas questões. A grande maioria dos ACS eram do sexo feminino e muitas já eram mães. Sendo assim, algumas se identificavam os dilemas enfrentados pelas genitoras das adolescentes. Por vezes algumas ACS falavam sobre “rebeldia”, “não respeito aos pais”, “querer aparecer” sobre as adolescentes e seus conflitos familiares.

Algumas ACS ainda faziam referências a sua própria criação, enquanto mãe, fazendo comparações com a dinâmica conflituosa das adolescentes e suas famílias. Esse discurso da “rebeldia”, desqualificando o sofrimento psíquico das jovens era bastante comum das mães que levavam as adolescentes nas consultas. Um exemplo é o caso de Alice, que é marcado por relações de violência e a mesma sendo culpabilizada por estes atos.

É possível traçar em paralelo algumas colocações do artigo de Ferreira, Fajardo e Mello (2019) quando as autoras afirmam que os profissionais de saúde da ABS de sua pesquisa, relatavam grandes dificuldades no manejo das situações de suicídio e dos efeitos psíquicos que isto provocam nos trabalhadores, como sentimento de impotência, frustração e sobrecarga de trabalho.

Tais questões – a desqualificação do sofrimento psíquico – não aparecia somente nas falas dos ACS, como também no corpo técnico. Ao longo de 2018 os casos das adolescentes levaram a diversas discussões na tentativa de desconstruir essa visão, o que resultou, de alguma forma, em mudanças significativas. No entanto, os ACS se queixavam dos casos, queriam uma “resolução” (que seria o fim dos sintomas), ficavam tão preocupados que faziam visitas e telefonemas frequentes para os familiares, quando não a própria adolescente.

Apesar dos ACS relatarem um esgotamento psíquico em relação ao acompanhamento das adolescentes, havia muita implicação e investimento no trabalho. Os profissionais se sentiam impotentes diante de tantas questões que se apresentavam nesses casos, principalmente as situações que eram explicitadas outras formas de violência e vulnerabilidade social, como foi o caso de Alice. Ferreira, Fajardo e Mello (2019) pontuam que realizar a escuta de alguém em sofrimento por vezes já é fazer muita coisa, porém os profissionais de saúde – por não estarem fazendo procedimentos “padrões” – tem a sensação que não produzem cuidado.

Ferreira, Fajardo e Mello (2019) pontua que tanto a questão do suicídio quanto a casos de saúde mental, os profissionais têm muitas dificuldades no manejo de uma situação que é inusitada: não existe receita de bolo ou protocolos para o acompanhamento dessas adolescentes. Sabemos pela SMS/RJ (2017) que existe uma avaliação de risco para casos de tentativas de suicídio, para ser feito no primeiro atendimento. Mas isto precisa ser sempre relativizado de acordo com o momento de cada adolescente. Por isto, a necessidade de estar próximo desses casos.

É durante o acompanhamento que é possível ver mudanças no comportamento e ir avaliando mais os riscos. Devido a aproximação da ABS com as famílias, faz sentido a SMS/RJ (2017) indicar que casos que apresentam somente a ideação suicida – ou seja sem tentativa de suicídio concreta – sejam acompanhados pela ABS. No entanto, é necessário um investimento

dos profissionais para estar próximo da pessoa que está em sofrimento. Acredito que isto tenha faltado no caso de Isabele, embora não seja possível afirmar que o desfecho seria diferente.

Essa aproximação intensa com os casos gerava algumas preocupações com a própria saúde mental dos trabalhadores. Existiam ACS que tinham filhas que também se automutilavam e isto, gerava algum conflito ou desconforto quando eram essas ACS a acompanhar casos semelhantes aos de suas filhas. A ACS que acompanhava Alice, por exemplo, era mãe de uma dessas adolescentes. A filha dela fazia acompanhamento no CAPSi e era a única que fazia uso de medicamentos antidepressivos. Mãe e filha tinham um histórico de violência doméstica, pelo marido da ACS.

Assim, a equipe NASF apoiava diretamente os casos das adolescentes e, ao mesmo tempo, procurava desconstruir alguns tabus em relação ao suicídio (muitos profissionais achavam que falar sobre o assunto, estimularia o ato) e reforçar a importância do vínculo também com a adolescente (além das genitoras), o que em muitos casos isto ocorreu de forma bem interessante.

Um segundo ponto do acompanhamento era a relação estabelecida com os profissionais do CMS (equipes de referência e equipe NASF) com as famílias e as adolescentes. Com isto, podemos perceber algumas falas semelhantes entre os familiares na sua percepção das adolescente e vice e versa.

O discurso pejorativo sobre as adolescentes que alguns profissionais faziam eram muitos semelhantes com o que escutávamos dos familiares. Uma das principais intervenções eram com as genitoras, que reproduziam um discurso de minimizar as falas das adolescentes e falando sobre suas próprias trajetórias de vida e criação. Entre as genitoras, tivemos algumas que falavam em abandono paterno, solidão, violência doméstica, uso de álcool e outras drogas, dificuldades financeiras, desemprego, dentre outras questões.

Por outro lado, as jovens atendidas tinham como uma das questões em comum a relação conflituosa com a família. Dentre os relatos temos situações de agressão física, falta de diálogo e controle excessivo sobre a sexualidade. Digo isto, pois, as genitoras tinham uma preocupação com o início da atividade sexual das jovens e, as meninas, queixavam-se da falta de liberdade e confiança das mães.

Pode-se perceber um cenário de violência intrafamiliar com impactos na saúde mental não somente das jovens, mas da família. Esse conflito geracional reflete as relações patriarcais na sociedade, com posturas machistas e controladoras das genitoras, que certamente também passaram por isto quando era mais jovem. Os casos de Alice, Lara e Isabele são também marcados por isto.

Tornam-se inúmeras possibilidades para a atenção à família. A oferta da escuta acolhedora com as genitoras gerou parcerias e, ao mesmo tempo, cria-se abertura para falar sobre o sofrimento da adolescente. Algumas mães entendiam a intervenção da saúde como uma forma “querer dizer como eu tenho que criar meus filhos”. Assim, estar aberto e escutar a família é importante e ajuda a compreender ainda mais as jovens. Além disto, muitas mães precisavam de espaços de escuta, e em alguns casos, de acompanhamento específico.

Este era o principal trabalho com as famílias: o entendimento que os sentimentos da jovem em questão eram válidos, que a automutilização não era algo para ser naturalizado e sim sintoma de que alguma coisa devia estar acontecendo. Ao mesmo tempo, também era necessário falar dos riscos de suicídio (de forma calma e esclarecedora), no sentido de que a jovem precisava de suporte. Era comum pensarmos juntos com os familiares arranjos possíveis entre os parentes para que os riscos sejam atenuados, como: esconder objetos cortantes e remédios, organização da família para adolescente não ficar sozinha em casa e etc.

Por último está a relação com os dispositivos do território, da rede intra ou intersetorial. No entanto, o CAPSi assume maior destaque pelo seu lugar enquanto serviço de saúde mental de referência. É percebido nas narrativas que a mudança no acompanhamento dessas jovens também se estendeu ao CAPSi, que passou a ter um olhar diferenciado sobre esta demanda, conforme visto na seção 4.1.1 da Supervisão de Saúde Mental.

Acco (2019) enquanto residente multiprofissional de saúde mental, produziu uma monografia a partir da sua vivência em um CAPSi do Rio de Janeiro, no período de final de 2018 até início de 2019. Seu objeto foi a discussão sobre jovens com histórico de tentativa de suicídio que chegavam ao CAPSi. Destacou a dificuldade de manejo dos profissionais sobre esta demanda e a importância do lugar do CAPSi na rede de saúde para a construção de diálogos com setores da educação e das unidades de saúde da família, por exemplo.

A dificuldade de manejo perante as situações de suicídio de jovens se soma com as características do perfil dos CAPSi(s): afinal, onde se encaixam as adolescentes nos casos “graves e persistentes” de saúde mental? Este é um debate e uma demanda contemporânea, se comparada ao perfil de crianças/adolescentes psicóticas e/ou institucionalizadas atendidas pelo serviço de saúde mental.

Conforme colocado nas narrativas, o CAPSi a partir de 2018, passou a receber as adolescentes que o CMS atendia. O acolhimento de primeira vez geralmente era marcado na mesma semana, quando em alguns casos no mesmo dia que fazíamos a ligação. Apesar das dificuldades para os profissionais do serviço saírem para estarem no território, o contato telefônico era o possível.

Dimenstein e Liberato (2009) discorrem sobre os desafios da reforma psiquiátrica, principalmente sobre o papel do CAPS. Apesar do avanço em relação com número de dispositivos existentes no Brasil, as autoras colocam que a reforma ficou concentrada no aumento desses serviços. No entanto, a lógica manicomial ainda permanece nesses serviços, com burocracias, práticas ambulatorializadas, e distantes do território.

Estas questões, somadas a um contexto de precarização dos serviços de saúde, já mencionadas nesta dissertação, produz serviços de saúde mental “encapsulados”. Ou seja, são CAPS voltados a si mesmos (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). No caso do CAPSi das narrativas ainda havia uma outra questão, que era a violência do território do CMS, que segundo a diretora do serviço, era um empecilho para os profissionais de saúde mental estarem neste território.

No entanto, foi possível construir uma parceria de trabalho com o CAPSi dentro daquilo que o serviço oferecia: acolhimento das jovens e um acompanhamento em conjunto com o CMS. Todo caso novo foi direcionado para o CAPSi e ocorria troca de informações dos casos constantemente. Foi neste período que fizemos uma planilha virtual, com o objetivo de inserir os casos e alimentando novas informações do acompanhamento, para que todos tivessem acesso. Desta forma, ocorreu uma corresponsabilização.

Somado a este acompanhamento, o CAPSi também promoveu em 2018 algumas reuniões no CMS, além de promover outros encontros com a rede intersetorial para a discussão da temática do suicídio entre jovens. Acco (2019) relata que o CAPSi de seu estudo focou também nisto, principalmente no relacionamento com o setor educacional. Pode-se dizer que o CAPSi vai assumindo um papel matriciador quando promove essas ações.

Conforme venho enunciando ao longo da dissertação, o público alvo das narrativas são adolescentes negras, periféricas e que realizam a prática da violência autoprovocada. Esses marcadores revelam que elas são vulnerabilizadas justamente por estes aspectos. Acco (2019) afirma que o perfil de jovens que o CAPSi atendia com o histórico de tentativa de suicídio eram majoritariamente do sexo feminino e com idade média de 13 anos. Também coincide com o que apareceu no CMS.

Longe de buscar entender de que ordem são os sintomas das jovens, pois o foco são as práticas dos profissionais que atuaram nesses casos, é muito mais que relevante considerar que ser mulher, jovem, negra e pobre parece fazer relação com diferentes formas de viver e morrer em nossa sociedade. A questão das violências autoprovocadas não se restringe a uma população mais pobre, mas cabe o destaque nesta dissertação de ser um público que o único acesso em saúde é o do SUS.

O trabalho na ABS com estes casos é extremamente potente pelos seguintes aspectos. 1) A equipe de saúde conhece (ou ao menos deveria) os membros da família das adolescentes, conhece a dinâmica familiar e como a jovem se insere nela ; 2) O acompanhamento, principalmente nos casos de jovens e famílias com dificuldades de chegar ao CAPSi, é essencial para ofertar acolhimento, valorizar o sofrimento psíquico do jovem (no sentido de conscientizar a família da importância) e realizar busca ativa ; 3) Por vezes, os profissionais precisam ser mediadores de conflitos nessa relação familiar; 4) O acompanhamento da adolescente pela ABS não tem um “término” (como num serviço especializado, aonde pode ter alta), sendo assim é possível sempre ficar atento a mudanças de comportamento da jovem e disponível quando a mesma precisar de suporte.

Durante o acompanhamento dos casos, os ACS assumiam um protagonismo por serem os profissionais que estão em contato direto com a população (CAMPOS *et al*, 2011) e com a prática e o matriciamento da equipe NASF, foram se tornando mais sensíveis para a identificação de novos casos. Era bastante comum serem os ACS a levarem essas demandas para as suas equipes depois de um encontro com um familiar ou a percepção sobre um comportamento de um jovem.

Sendo assim, o trabalho das equipes da ABS é essencial na atenção à saúde dos casos de violência autoprovocada, além das ações de prevenção ao suicídio. A prática tem como imperativo o olhar integral sobre os sujeitos em sofrimento psíquico e a intersetorialidade sendo norteador do acompanhamento dos jovens. É nesta perspectiva ampliada de cuidado que é possível produzir arranjos que permitam aproximação com esses jovens e suas famílias.

Reforço a necessidade de estabelecer a priorização dos casos de violência autoprovocada para atendimentos de demanda espontânea, sem necessidade de marcação prévia, para as equipes de saúde da família. Apesar de ser um debate que vai de encontro por questões institucionais de agenda dos profissionais e da sobrecarga de trabalho das equipes, tais casos não podem ser adiados - justamente por causa da imprevisibilidade dos atos dos sujeitos em sofrimento - e serem de responsabilidade tanto das equipes de saúde da família como do NASF.

Assim como Ferreira, Fajardo e Mello (2019) apontam ser imprescindível para o trabalho na ABS a educação permanente dos profissionais para lidar com a temática do suicídio, compartilho da mesma ideia, entendendo também ser necessário uma maior discussão para os profissionais que estão atuando nos serviços o debate sobre determinantes sociais, com o objetivo de promover a integralidade do cuidado e combater a individualização das

problemáticas de saúde mental, como se fossem descoladas de um contexto maior. Esse debate é desafiador, precisa de maior aprofundamento e não pode ser visto com um viés maniqueísta.

Ressalto a relevância do trabalho da Atenção Básica e sua potência em tempos de desmonte das políticas sociais. A construção da dissertação ocorreu no período em que ocorreu ameaças (ainda ocorre) direta a extinção das equipes NASF, com a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 sobre o financiamento da Atenção Básica, o qual não havia sido incluído o repasse para o NASF. O contexto é incerto e desafiador para o SUS, sendo a precarização da saúde mais uma face perversa da necropolítica no país.

REFERÊNCIAS

ACCO, A. H. Jovens Suicidas? O lugar do CAPSI na construção de rede de cuidados em casos de tentativa de suicídio. Trabalho de Conclusão do Curso da residência multiprofissional em saúde mental pelo IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro, 2019.

AHLBERG, L.; KRUG, E. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006.

AKOTIRENE, C. O que é interseccionalidade? Coluna Mulheres em Movimento. A Folha de Pernambuco, 2018. Disponível em :<https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/mulheres-em-movimento/2018/09/07/NWS,80564,70,1055,NOTICIAS,2190-O-QUE-INTERSECCIONALIDADE.aspx> Acesso em: 17 de fev. de 2020.

AMAR ANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAUJO, E. S. e BICALHO, P.P.G. **Suicídio**: crime, pecado, estatística e punição. Revista de Psicologia da IMED, v.4, n. 2, p. 723-734, 2012.

BLYTH, M. **Austeridade: a história de uma ideia perigosa**. Trad. José Antônio Freitas e Silva. São Paulo, Autonomia Literária, 2017.

BRAGA, L. L; DELL'AGLIO, D D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso>Acesso em 17 mar. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em: 20 de março de 2019

_____. Ministério da saúde. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**, Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm . Acesso em: 10 de abril de 2019

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 10 de abril de 2019

_____. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html Acesso em 12 de abril de 2019

_____. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 14 de abril de 2019

_____. **Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html . Acesso em: 06 de abril de 2020

_____. **Portaria nº 2.542 de dezembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html . Acesso em: 6 de abril de 2020

_____. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017**, Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html Acesso em: 6 de abril de 2020

_____. **Portaria nº 2.607, de dezembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2607_24_11_2014.html . Acesso em: 6 de abril de 2020

_____. **Portaria GM/ MS nº 1.876 de agosto de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html Acesso em: 6 de abril de 2020

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf Acesso em: 12 de abril de 2019

_____. **Prevenção ao Suicídio**. Manual para dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. OPAS. UNICAMP. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf Acesso em: 10 de outubro de 2018

_____. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, CEPESC, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020 Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf> Acesso em: 14 mar. 2020.

_____. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016 Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf Acesso em: 11 jun.2019.

_____. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas em todas as instâncias do SUS. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf Acesso em: 28 mar. 2020.

CAMPOS, R. O. *et al* . Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez., 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso Acesso em: 31 Mar. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun. 2016.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 469-478, Sept. 1997 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 de Abril. 2020.

CICV. **Programa Acesso Mais Seguro**, 2016. Disponível em: https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro?gclid=EAIaIQobChMIkO3enY3z5wIVSwSRCh0-EQcHEAAYAiAAEgJvr_D_BwE Acesso em: 15 fev. 2020.

CUETO, M. The Origins of the Primary Health Care and Selective Primary Health Care.. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, 2004. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>. Acesso em: 29 ago. 2010.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis [online]**. 2017, v. 27, n. 4, p.911-932. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000400911&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 10 abr. 2019.

Dimenstein, M. e Liberato, M. T. C. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2009. v.1, n.1, p. 212-222. Disponível em

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68442/41221> Acesso em: 25 mar. 2020.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FAGUNDES, G. S. Matriciamento em Saúde Mental – **Análise das ações e do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

FERREIRA, G. S.; FAJARDO, A. P.; MELLO, E. D. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290413, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n4/0103-7331-physis-29-04-e290413.pdf> Acesso em: 14 mar. 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2019.

_____. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: 2a ed. rev. e ampliada ed. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GOES, J. Ciência sucessora e a(s) epistemologia(s): saberes localizados. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e48373, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2019000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de fev. 2020.

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n.05. p 07-41. 1995. Disponível em: [file:///C:/Users/secinfo/Downloads/cadpagu_1995_5_2_HARAWAY%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/secinfo/Downloads/cadpagu_1995_5_2_HARAWAY%20(2).pdf) Acesso em: 10 fev. 2020.

LANDI, L. C. de M. **Cuidados em saúde: das inquietações aos atos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

MARIANO, S. A.; CARLOTO, C. M. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. **Revista de Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 901-908, dez., 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de fevereiro de. 2020. .

MARX, K.. **Sobre o Suicídio**, 1881-1883. Tradução Rubens Enderle e Francisco Fontanella. 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MATTOS, R. A. **Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores**. In: Estado, Sociedade e

Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima (Orgs.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, jun., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2020.

MENDES, Á. N. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cad. Saúde Pública[online]**. 2016, v.32, n.12 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502 Acesso em: 10 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de: 'Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. **História, Ciências, Saúde— Manguinhos**, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, M.C. S. Violência e Saúde. Editora Fiocruz, 2006a.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006b. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf> Acesso em: 2 de março de 2020.

MONTEIRO, R. A. *et al.* Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 689-699, mar. 2015.

RIBEIRO, D.M. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. Jus Navigandi, Teresina, v.9, n. 423, 2004.

RODRIGUES, K.F.B. **Caracterização da Violência Autoprovocada em Campos dos Goytacazes/RJ: Uma análise no campo da política pública de saúde mental**. Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem, Programa de PósGraduação em Políticas Sociais/PPGPL, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF. Rio de Janeiro, 2018.

PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos *In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde.. Subsecretaria de atenção primária, vigilância e promoção da saúde. Superintendência de atenção primária. **Coleção guia de referência rápida – Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Rio de Janeiro, 1ª ed., 2016.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. **Coleção guia de referência rápida – Saúde mental na infância: identificação, manejo e qualificação do cuidado.** Rio de Janeiro, 1 ed., 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Sobre o início do matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações.** Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2012.

_____. Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde. Estudo para otimização dos recursos. SUBPAV, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>

Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Programa Territórios Sociais amplia atendimento e tira famílias da vulnerabilidade extrema. Rio de Janeiro, 6 de dez. de 2019. Disponível em: <http://prefeitura.rio/rio-faz-noticias/programa-territorios-sociais-amplia-atendimento-e-tira-familias-de-vulnerabilidade-extrema/>. Acesso em: 15 de fev. de 2020.

_____. SUBPAV, Rio de Janeiro, 2016 - Diretrizes de Atuação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família) Disponível em:

http://subpav.org/download/prot/Of%C3%ADcio%20Circular%20Diretrizes%20NASF_01_2016.pdf Acesso em: 18 de fev. de 2020.

SOARES, L. E., GUIDANI, M. **A Violência do Estado e da Sociedade no Brasil Contemporâneo.** NUEVA SOCIEDAD NRO. 208 MARZO-ABRIL 2007

OMS, Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Panamericana de Saúde. Folha Informativa - Suicídio. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 03 de Junho de 2019.

_____. Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária. Genebra, 2000.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1051-1077, dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/03.pdf> Acesso em: 14 mar. 2020.

PRATA, N. I S. dos Santos *et al.* Saúde mental e Atenção Básica: Território, Violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. educ. saúde** [online], v. 15, n. 1, 2017.

ANEXO

República Federativa do Brasil

Ministério da Saúde

SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/>								
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente							11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>								
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de Residência			Código (IBGE)		21 Distrito	
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado								
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado						
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento						
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência			Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado						
						54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento
<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente
		<input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação
		<input type="checkbox"/> Arma de fogo
		<input type="checkbox"/> Ameaça
		<input type="checkbox"/> Outro _____

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa
<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	

62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher
<input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso	<input type="checkbox"/> Outras delegacias
<input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)	<input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude
<input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Defensoria Pública
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____

69 Data de encerramento _____

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
---	---	---------------------------------------

Notificador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____