



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Kamilla de Andrade Carvalho

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA
DE NITERÓI: uma cartografia**

João Pessoa

2024

KAMILLA DE ANDRADE CARVALHO

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA
DE NITERÓI: uma cartografia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Bezerra
Gomes

João Pessoa

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C331a Carvalho, Kamilla de Andrade.

Assistência à saúde mental no Programa Médico de Família de Niterói : uma cartografia / Kamilla de Andrade Carvalho. - João Pessoa, 2024.
83 f. : il.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde mental. 2. Programa Médico de Família. 3. Atenção Básica a Saúde - Niterói (RJ). 4. Cartografia. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). 6. Atenção psicossocial. I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Título.

UFPB/BC

CDU 364.622(043)

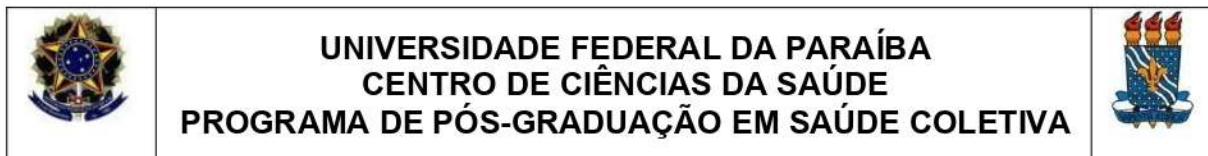
ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
Pós-Graduação em Saúde Coletiva	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a) Kamilla de Andrade Carvalho	
Realizada no Dia 29 de fevereiro de 2024	

Às 14 horas do dia 29 do mês de fevereiro do ano de 2024 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, da discente Kamilla de Andrade Carvalho, Intitulado “ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI: uma cartografia”. A banca examinadora foi composta pelos professores doutores Luciano Bezerra Gomes, orientador, Juliana Sampaio e Clarissa Terenzi Seixas.

A sessão foi aberta pelo presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, o candidato procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. a primeira examinadora foi a professora Clarissa Terenzi Seixas. Logo após procedeu a arguição a professora Juliana Sampaio.

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda. A banca examinadora considerou APROVADO o trabalho da discente.



Diante do exposto, considerando que a mestrandia, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação “Stricto Sensu” da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 16:00 h e eu, Luciano Bezerra Gomes, orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e a Ficha de Avaliação de Defesa de Dissertação, pelos membros da banca examinadora.

João Pessoa, 29 de fevereiro de 2024



Documento assinado digitalmente
LUCIANO BEZERRA GOMES
Data: 06/03/2024 18:49:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do orientador: _____

KAMILLA DE ANDRADE CARVALHO

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA
DE NITERÓI: uma cartografia**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Orientador – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Juliana Sampaio
Examinadora – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Clarissa Terenzi Seixas
Examinadora – Faculté de Santé Université Paris Cité

RESUMO: Esta pesquisa teve como desafio investigar a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica de Niterói a partir de um Módulo do Programa Médico de Família, equipamento este que se configura como um dispositivo de descentralização e regionalização do sistema de saúde e está presente nas áreas de maior vulnerabilidade social do município. Para tanto, buscou-se identificar as ofertas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por uma equipe do Programa Médico de Família, analisar como este cuidado é produzido e como ocorre o processo de matriciamento em saúde mental. O método da cartografia possibilitou acompanhar e analisar, através da observação participante e da construção de um diário de campo, os encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. A pesquisa ocorreu entre dezembro de 2022 e março de 2023, momento em que foi possível observar o cotidiano do serviço, participar de visitas domiciliares, reuniões de matriciamento em saúde mental e uma reunião geral entre a atenção especializada em saúde mental e Responsáveis Técnicas da região Leste-Oceânica. Durante a investigação, o tema do matriciamento em saúde mental se destacou e permitiu identificar que problemas organizacionais como a falta de profissionais, falta de tempo e sobrecarga de trabalho impactam na participação dos profissionais da Atenção Básica nos matriciamentos. Foi observado que falta uma maior compreensão dos profissionais da Atenção Básica e de seus gestores sobre a finalidade e atribuições do matriciamento. As reuniões de matriciamento mostraram-se como um importante espaço para discussão, produção e articulação da rede em torno do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Atenção Básica; Cartografia; Programa Médico de Família; Saúde Mental.

ABSTRACT: This research had the challenge of investigating the production of mental health care in Primary Care in Niterói based on a Module of the Family Doctor Program, equipment that is configured as a device for decentralization and regionalization of the health system and is present in the most socially vulnerable areas of the municipality. To this end, we sought to identify the mental health care offers developed by a team from the Family Doctor Program, analyze how this care is produced and how the mental health matrix support process occurs. The cartography method made it possible to monitor and analyze, through participant observation and the construction of a field diary, the meetings and disagreements between health professionals and users. The research took place between December 2022 and March 2023, when it was possible to observe the daily life of the service, participate in home visits, mental health matrix meetings and a general meeting between specialized mental health care and Technical Managers in the region East-Oceanic. During the investigation, the topic of matrix support in mental health stood out and allowed us to identify that organizational problems such as lack of professionals, lack of time and work overload impact the participation of Primary Care professionals in matrix support. It was observed that there is a lack of greater understanding among Primary Care professionals and their managers regarding the purpose and responsibilities of matrix support. The matrix support meetings proved to be an important space for discussion, production and articulation of the network around mental health care.

Keywords: Primary Care; Cartography; Family Doctor Program; Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial	22
Quadro 2	Modalidades de CAPS.....	28
Quadro 3	Pontos de atenção à saúde da gestão municipal de Niterói.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIAAD	Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
FMS	Fundação Municipal de Saúde
MMF	Módulo Médico de Família
PMF	Programa Médico de Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Responsável Técnico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
3.1	Tipo de estudo.....	15
3.2	Cenário e sujeitos envolvidos.....	16
3.3	Produção de dados.....	17
3.4	Análise dos dados.....	18
3.5	Aspectos éticos.....	19
4	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	19
4.1	Sistema Único de Saúde.....	19
4.2	Rede de Atenção Psicossocial.....	21
4.2.1	Atenção Básica.....	22
4.2.2	Atenção Psicossocial.....	25
5	ORGANIZAÇÃO DO SUS EM NITERÓI.....	28
5.1	Niterói.....	28
5.2	Saúde Pública em Niterói.....	29
5.3	Programa Médico de Família.....	31
6	MÓDULO MÉDICO DE FAMÍLIA DA FLORESTA.....	32
6.1	Os primeiros passos.....	32
6.3	Dona Maria.....	38
6.4	Segundo ciclo de matriciamento.....	40
6.5	Visita domiciliar.....	49
6.6	Reunião de fechamento do segundo ciclo de matriciamento....	56
7	DISCUSSÃO.....	65
7.1	Dona Maria e Ágatha.....	65
7.2	Matriciamento do MMF da Floresta.....	70
7.3	Reunião entre coordenadores.....	73
7.4	Considerações finais.....	75

REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
ESCLARECIDO (TCLE).....	81

1. APRESENTAÇÃO

Pontos de partida

Como uma forma de posicionamento existencial e político, enquanto pessoa não binária, ao longo deste texto as passagens relatadas em primeira pessoa estarão em linguagem neutra. Alguns deslizes ortográficos poderão ocorrer durante a narrativa, assim como um possível estranhamento linguístico por se tratar de um texto acadêmico – os incômodos que possam surgir não serão absorvidos por este pesquisadore e a provocação não estará dissociada das minhas palavras.

Parto da pretensão de que esta pesquisa seja apresentada através da narrativa de um processo que continuará em construção após a finalização desta escrita. Para tanto, inicialmente apresento meu percurso acadêmico e as motivações pessoais que me levaram a escolher o tema da saúde mental. Posteriormente realizo uma contextualização do cenário desta pesquisa para então adentrar na produção e discussão de dados. Por fim, teço minhas considerações sobre como foi estar enquanto pesquisadore de saúde mental na Atenção Básica do Município de Niterói.

Percurso acadêmico

Já transitei por alguns territórios, nunca sem medo, mas aberte a aprender maneiras de enfrentar e admirar o percurso. Talvez eu seja um tanto andante. E assim fui parar na Paraíba.

Me formei em Psicologia em Viçosa, uma cidadezinha universitária no interior de Minas Gerais voltada principalmente para os cursos das Ciências Agrárias. Ali, os cursos da área da Saúde eram muito incipientes e fiz parte da segunda turma de psicologia de uma universidade privada.

Durante a graduação todos os saberes giraram em torno de uma clínica particular e centrada no propósito de “ganhar dinheiro atendendo”.

Me recordo de apenas duas possibilidades de aproximação com o SUS: uma, como opção de estágio curricular, na área hospitalar e, a outra, uma disciplina obrigatória sobre Políticas Públicas de Saúde.

Essa disciplina era obrigatória para todos os cursos da área da Saúde e, quase em um consenso coletivo silencioso, vários alunos de diversos cursos se juntavam com um objetivo em comum, o de “ter média para se livrar de mais uma disciplina”. Hoje vejo quão complicada era a dinâmica, a lista de presença era liberada logo no início da aula seguida pelo discurso “quem não tiver interesse, é só assinar e ir embora para não atrapalhar” – eu fui uma dessas pessoas. E foi mais ou menos assim meu “contato com o SUS” durante a graduação.

Por nunca ter me visto cabendo dentro das quatro paredes de um consultório e antes mesmo de simbolicamente pegar meu diploma resolvi que me mudaria para Recife-PE para trabalhar em uma área completamente diferente da psicologia.

Há 2 mil km de distância daquela cidadezinha do interior de Minas, fui trabalhar com turismo. Mesmo buscando um distanciamento da psicologia, durante este período, fiz uma especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Quando não consegui continuar trabalhando com turismo – relato que vem a seguir – a psicologia voltou a ser uma opção e decidi que eu precisava me reaproximar da área de uma forma mais prática e comecei a estudar para residência em saúde mental. Foi assim que descobri a Saúde Coletiva – não passei para a residência, mas essa descoberta tem me apresentado novos caminhos.

O primeiro caminho que se tornou possível foi o mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal da Paraíba. O segundo, surgiu de um concurso público no qual fui aprovada. Hoje atuo como psicóloga concursada em um Ambulatório de Saúde Mental do município de Niterói. De tudo isso, a única coisa que permanece é a constante mudança.

O que provoca também motiva

Se a curiosidade vem do que nos atravessa posso dizer que o tema desta pesquisa surge de atendimentos relacionados à saúde mental que provocaram em mim uma combinação de inquietação e indignação.

Para fins de contextualização, eu sou do interior de Minas Gerais e estava residindo sozinho em Pernambuco quando se desenrolou a história a seguir. Portanto, estava há muitos quilômetros de distância de um suporte familiar.

Essa história começa com a sugestão da minha psicóloga – que já me atendia há anos – de que naquele momento seria importante eu ter o suporte de um médico psiquiatra. Com certa relutância marquei, através do plano de saúde, o psiquiatra com a data disponível mais próxima – alguns médicos conveniados tinham vaga somente para meses depois.

Então fui para a primeira e última “consulta” com este profissional. Em menos de três minutos saí do consultório com a prescrição de dois medicamentos controlados. Posso assegurar que o médico sequer olhou para o meu rosto, carimbou o receituário e chamou o próximo. Ainda assim, tomei a medicação por um mês e tudo que consegui foi vivenciar todos os efeitos colaterais possíveis e me sentir pior do que eu já me encontrava.

Decidi então marcar um segundo psiquiatra pelo mesmo plano de saúde. Essa consulta não deve ter passado de 15 minutos. Contei meu histórico, os medicamentos que eu estava tomando e sobre os efeitos colaterais gerados – saí daquela consulta com a sensação de que eu tinha falado, mas não tinha sido escutado. O médico então mudou a medicação prescrita pelo psiquiatra anterior e fui embora.

Descartei as medicações receitadas pelo primeiro médico e comecei a fazer uso das prescritas pelo segundo profissional.

Poucos dias depois eu estava na academia e comecei a me sentir estranho, meu coração estava disparado. Achei que fosse pelo exercício físico, mas mesmo em repouso a sensação não passava. Sentia que tinha uma coisa muito estranha acontecendo comigo e decidi ir para casa.

No meio do caminho minha língua começou a “embolar” e as palavras já não saiam corretamente. Meu desespero só foi aumentando. Cheguei em casa, me deitei no chão e foi um misto de sensações: sentia que meu coração estava disparado – achei que eu estava tendo um ataque cardíaco –, minha respiração estava descompassada e comecei a chorar descontroladamente até perder

todas as forças. Não sabia o motivo de estar chorando, não tinha explicação, nada fazia sentido naquele momento.

Assim que houve um esvaziamento de todas essas sensações comecei a sentir muito frio e a tremer. Depois de gastar todas as energias do meu corpo, dormi. Acordei me sentindo um pouco melhor e no início da madrugada me senti estranho de novo. Fui para rua, ainda de pijama, e comecei a andar de um lado para o outro sem entender o que estava acontecendo. Naquele momento a única certeza que eu tive foi a de que eu estava prestes a enlouquecer – qualquer relato nunca será capaz de transmitir o desespero que senti – e decidi ir a um hospital.

Já de madrugada, fui para a emergência do hospital do tal plano de saúde. A recepção estava completamente vazia. Eu era a única pessoa ali esperando atendimento. Esperei – o que pareceu uma eternidade – para passar pela triagem e mais um longo tempo para ser atendida. Em dado momento tive que falar com a recepcionista que eu estava surtando e que era para ela chamar alguém para me ajudar.

Após mais uma boa espera a médica me recebeu, me ouviu brevemente e se retirou da sala. Ela parece ter demorado um século para voltar e me dizer: você precisa procurar um psicólogo. Aquilo me enfureceu de uma maneira inexplicável.

Respondi que eu era psicóloga, que fazia acompanhamento psicológico e que naquele momento eu precisava que aquilo tudo passasse – não de um sermão. Me medicou e fui embora.

Depois desse processo – traumático – minha psicóloga me indicou um psiquiatra particular – como se os do plano de saúde já não fossem – que ajustou as medicações, explicou que a crise de ansiedade que tive foi em decorrência de uma interação medicamentosa e estabeleceu um plano de cuidado para mim.

Depois de passar por profissionais que não tiveram qualquer empatia, escuta e cuidado em desenvolver uma conduta terapêutica, de não entender o que estava acontecendo com meu corpo e minha mente, de não saber a quem recorrer, de me sentir perdida em um sistema de saúde, de experimentar a

sensação de “estar enlouquecendo” e de só ter encontrado suporte a partir de uma articulação responsável e cuidadosa entre profissionais, posso dizer que vivenciei o quanto a busca por cuidado em saúde mental pode ser produtora de um sofrimento ainda maior.

Por mais simples que este relato possa parecer – quando comparado aos diversos casos em saúde mental – foi uma experiência marcante, que demandou e demanda muito de mim ainda e que me motiva estar em campo pesquisando, provocando e repensando como o cuidado em saúde mental tem sido produzido.

Durante o período narrado acima – por mais que minha formação tenha sido em psicologia – preconceitos com relação ao cuidado em saúde mental e ao uso de medicações psiquiátricas ainda existiam. Foi, para além de uma necessidade de cuidado, uma forma forçada de repensar minhas condutas e minhas concepções enquanto profissional e ser humano.

Além das preconcepções citadas, ainda compartilhava do imaginário que a assistência pública à saúde é de uma qualidade questionável e que a assistência suplementar seria incomparavelmente melhor. Se a assistência suplementar é tão melhor – e ainda assim me traumatizou –, como seria no sistema público de saúde?

Assim surgiu o interesse em pesquisar a produção do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Investigar a produção do cuidado em saúde mental no Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar as ofertas de atenção à saúde mental realizadas pelas equipes do Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ;
- 2) Analisar como é produzido o cuidado em saúde mental no Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ;
- 3) Analisar o processo de matriciamento em saúde mental no Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudo

Diante da intenção de investigar as ações desenvolvidas no cotidiano de cuidado da Atenção Básica a pesquisa qualitativa surge como a opção que melhor se aplica para ouvir e narrar o que os sujeitos implicados nesta realidade específica têm a dizer sobre as minúcias que envolvem a produção do cuidado em saúde mental.

Ferigato e Carvalho (2011, p. 664) trazem que “a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida”, assim é preciso estar atento à “complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida”.

Passos e Barros (2009) apontam que a pesquisa qualitativa enfrenta alguns impasses metodológicos por reunir investigações no campo da subjetividade. Por esta razão os autores destacam que a pesquisa qualitativa requer procedimentos mais abertos e inventivos.

Desta forma, esta pesquisa, ao se deparar com o desafio de pesquisar, acompanhar e analisar os encontros e desencontros produzidos pelos sujeitos

na construção de um cuidado em saúde e de “dar língua para afetos que pedem passagem” (Ronilk, 2016, p. 23), parte do referencial da cartografia.

O termo cartografia tem sua origem na Geografia e remete ao registro de paisagens estáticas. Porém, na perspectiva desta pesquisa, considerando que “paisagens psicossociais também são cartografáveis”, a cartografia é compreendida como “um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem” (Ronilk, 2016, p. 23). Logo, a cartografia visa acompanhar e investigar processos dentro de uma realidade que está em constante transformação.

Ferigato e Carvalho (2011) destacam que a transformação da realidade também ocorre a partir do próprio observador e das interferências da pesquisa no universo real. Desta forma, o ato de pesquisar em cartografia possui um caráter intrínseco de intervenção.

Passos e Barros (2009) indicam que a cartografia, enquanto método de pesquisa-intervenção, propõe uma reversão metodológica no sentido de sugerir um distanciamento de regras previamente estabelecidas e salientam que a cartografia não é uma ação sem direção, visto que não renuncia à orientação do percurso da pesquisa.

Portanto, a cartografia consiste em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade na qual o pesquisador se encontra imerso (Barros; Barros, 2023).

Assim, disponível a habitar um território até então desconhecido, fui a campo atente e aberta aos efeitos que o percurso da pesquisa apresentava.

3.2. Cenário e sujeitos envolvidos

A investigação ocorreu com participação de profissionais que atuam na Atenção Básica, em um Módulo do Programa Médico de Família, do município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

A escolha do Módulo Médico de Família da Floresta (MMF da Floresta)¹ aconteceu no momento da solicitação da carta de anuência desta pesquisa junto à Fundação Estatal de Saúde de Niterói. Foi requerido ao Colegiado Avaliador de Solicitações de Pesquisa e Projetos de Extensão da Fundação Estatal de Saúde de Niterói a indicação de uma unidade do Programa Médico de Família que se destacasse pelo trabalho realizado em saúde mental.

O Módulo Médico de Família da Floresta configura-se como uma Unidade Básica de Saúde sob gestão da Fundação Estatal de Saúde de Niterói e está localizado na região leste de Niterói. É referência para a população de três bairros, faz divisa com dois outros municípios e, dentro da divisão das regionais de saúde, faz parte da Região Leste-Oceânica.

O Módulo atende cerca de 6 mil pessoas e está dividido em 6 microáreas. Para atender essa região, a unidade conta com duas equipes de Saúde da Família e uma equipe Saúde Bucal. Cada equipe Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde e a equipe Saúde Bucal é composta por um dentista e um auxiliar em saúde bucal. A responsabilidade técnica da unidade fica a cargo de uma das enfermeiras das equipes, que atua tanto na gestão da unidade quanto nos atendimentos com sua equipe. No momento desta pesquisa uma das médicas estava de licença maternidade, portanto, a unidade contava apenas com um médico para prestar atendimento a todos os usuários do Módulo.

3.3. Produção de dados

A produção de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e março de 2023. Foi realizada com a frequência média de uma ida a campo por semana, durante um turno de funcionamento da unidade, totalizando 14 idas a campo ao longo de 4 meses.

¹ Nome fictício. Os nomes do local e dos participantes desta pesquisa foram alterados a fim manter sigilo e privacidade.

No decorrer desses meses foi possível realizar a observação participante do cotidiano do Módulo Médico de Família da Floresta, acompanhar visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde (ACS), reuniões de matriciamento em saúde mental do Módulo e uma reunião geral da coordenação do matriciamento em saúde mental da região Leste-Oceânica, além de construir o diário de campo deste cenário.

O diário de campo foi produzido pelo pesquisador após cada ida a campo. Foram registradas informações objetivas e impressões que surgiam nos encontros, sempre buscando “captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos” (Barros; Kastrup, 2009, p. 70).

As reuniões de matriciamento e a reunião entre os coordenadores da região Leste-Oceânica foram gravadas com um gravador de voz no celular do pesquisador, mediante consentimento livre e esclarecido dos participantes, e os discursos que envolviam os temas de interesse desta pesquisa foram transcritos na íntegra.

3.4. Análise dos dados

A pesquisa cartográfica não acontece em etapas fixas e sequenciais. A produção, análise e discussão de dados estão entrelaçadas e ocorrem simultaneamente durante a pesquisa, são como “passos que se sucedem sem se separar” (Barros; Kastrup, 2009, p. 59).

Segundo Barros e Barros (2013) a análise dos dados em cartografia é processual e participativa e está presente em todas as etapas da pesquisa, visto que a realidade não é capturada como algo natural, mas como algo que precisa ser colocado em análise a todo tempo.

Desse modo, “o que move a análise em cartografia, são os problemas. É a um problema que ela se volta e são também problemas o seu resultado. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas” (Barros; Barros, 2013, p.375).

Portanto, a produção de dados não estará desvinculada da análise. Ao longo do texto aparecerão algumas perguntas, problematizações e reflexões

feitas por este pesquisador. Posteriormente, sem a pretensão de chegar a uma resposta ou solução, será realizada a discussão dos pontos que ganharam destaque durante a produção de dados a fim de problematizar e provocar o debate sobre as formas e possibilidades de se produzir o cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

3.5. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, através da Plataforma Brasil, sob o CAAE 63862622.4.0000.5188. Também foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói através do Colegiado Avaliador de Solicitações de Pesquisa e Projetos de Extensão da Fundação Estatal de Saúde de Niterói para a realização da produção de dados no Módulo Médico de Família da Floresta.

A produção dos dados desta pesquisa está amparada pela assinatura, por parte dos trabalhadores do Módulo, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tal documento informou devidamente os participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Além disso, foi garantido o sigilo dos dados e identidade dos participantes e reafirmada a possibilidade de interromperem sua participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus para si.

4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

4.1. Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Abrange desde os mais simples atendimentos até os mais complexos procedimentos em saúde, garantidos à toda população brasileira através do acesso integral e universal e sob a égide da equidade.

Com o objetivo de assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços que abarquem suas necessidades com efetividade e eficiência, o SUS se organiza através da Rede de Atenção à Saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas pela Portaria nº 4.279 como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita (Brasil, 2010).

Logo, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado. É caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e tem a Atenção Básica como seu centro de comunicação.

A Portaria nº 4.279 ainda traz que as densidades tecnológicas da RAS compreendem três níveis de complexidade: o primário, o secundário e o terciário.

No primeiro nível de atenção está a Atenção Básica, a qual tem como função ser resolutiva nos cuidados iniciais dos problemas mais comuns de saúde da população, além de coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção da rede.

O nível secundário corresponde à média complexidade e é composto por serviços especializados em nível ambulatorial. Abarca atendimentos médicos especializados, de urgência e emergência e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Portanto, são serviços que possuem densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária.

No nível terciário estão os hospitais. Neste nível são atendidos os casos que não puderam ser resolvidos nos níveis anteriores e que demandam um conjunto de procedimentos de elevada especialização, tecnologia e custo.

Desse modo, os três níveis atuam de forma articulada a fim de atender as necessidades de atenção à saúde dos usuários de uma forma integral.

Para além das concepções estruturais de organização do SUS apresentadas acima, se faz necessário ressaltar que esta pesquisa considera o conceito de Redes Vivas apresentado Merhy *et al.* (2014).

Segundo o autor, as redes de cuidado em saúde têm baixa potência por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas.

Assim, uma rede institucionalizada, nos moldes da RAS, pode ser disparadora do cuidado, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes.

Voltando à compreensão de que a Rede de Atenção à Saúde é uma forma de organização das ações e serviços de saúde, a Rede de Atenção Psicossocial, pertencente à RAS, é a forma de organização das ações e serviços voltados para atenção em saúde mental.

4.2. Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial é uma rede composta por diversos dispositivos de saúde voltados para o cuidado integral à saúde mental da população brasileira.

A RAPS tem como finalidade ampliar o acesso da população à atenção psicossocial e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção (Brasil, 2011a).

Além disso, também tem como finalidade garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Para tanto, a RAPS é dividida em diferentes componentes e pontos de atenção, como apresentado no **Quadro 1**.

Cada componente de atenção da RAPS tem suas especificidades e, para compreensão desta pesquisa, cabe destacar dois deles: a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial.

QUADRO 1: COMPONENTES E PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde
	Equipe de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório)
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Centro de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial	CAPS I
	CAPS II
	CAPS III
	CAPSad
	CAPSad III
	CAPSi
Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
	Sala de Estabilização
	Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto-Socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto
	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de Trabalho e Renda

Fonte: Elaboração Própria.

4.2.1. Atenção Básica

Antes de apresentar a Atenção Básica é preciso fazer algumas considerações.

Embora a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) apresente os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como equivalentes (Brasil, 2017), este pesquisador compreende que existe um debate em aberto sobre qual nomenclatura deva ser utilizada.

Segundo Feuerwerker (2020), em termos de legislação, até 2016, a Política Nacional da Atenção Básica propunha em seus textos uma série mudanças de conceitos e práticas para que a Atenção Básica pudesse cumprir um papel de reorientação do modelo tecnoassistencial, enriquecedor do cuidado, promovedor de potências de vida, com forte vínculo com os usuários.

Porém, com a mudança de governo, os textos começaram a apresentar o termo “Atenção Primária à Saúde” em substituição ao termo “Atenção Básica”. Tal alteração não representa apenas uma mudança de nome, mas de posicionamento.

Feuerwerker (2020) ainda destaca que o texto da Atenção Primária à Saúde apresenta um projeto privatizante e médico-centrado, no qual o território, a vida e as ações coletivas são desprezadas.

Desta forma, entendendo que estes termos atribuem diferentes sentidos às modalidades de cuidado no território e compreendendo que a nomenclatura “Atenção Primária à Saúde” representa um retrocesso frente à luta por uma Saúde Pública integral e de qualidade, ao longo deste texto será utilizado o termo “Atenção Básica”.

Para compreender a Atenção Básica enquanto componente da RAPS, é preciso antes ter uma visão ampla do que é a Atenção Básica.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), a Atenção Básica é responsável pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Além disso, a PNAB coloca a Atenção Básica como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Estabelece ainda a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária da Atenção Básica.

Isso possibilita que a Atenção Básica coordene o cuidado com a finalidade de acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre todos os pontos de atenção da RAS.

Então, para que o trabalho da Atenção Básica seja viabilizado é importante que as suas unidades estejam presentes no território. Desta forma, cada município realiza delimitações dentro de sua unidade geográfica com o objetivo de dinamizar a ação em saúde pública e possibilitar uma visão ampla de cada território.

Assim, cada unidade da Atenção Básica é composta por uma ou mais equipes responsáveis pela população do território de abrangência da unidade – para determinar quantas equipes atuarão em cada unidade será considerado o quantitativo populacional deste território afim de que toda a população presente ali seja coberta pelo SUS.

Essas equipes de saúde representam a estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, denominada de Estratégia Saúde da Família.

As equipes da Estratégia Saúde da Família favorecem que os processos de trabalho sejam reorientados no sentido de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Estas equipes são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Portanto, a equipe de saúde de referência do usuário, além de ser responsável por ele dentro da rede de saúde, também é responsável por conhecer como o território impacta nos seus condicionantes e determinantes de saúde.

A inserção da equipe de saúde no território promove uma aproximação da equipe com o usuário, a construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias, bem como a responsabilização dos profissionais no sentido de produzir um cuidado longitudinal e resolutivo.

A partir desta visão ampliada do usuário a equipe de saúde pode construir, juntamente com o usuário, ações de cuidado de forma singularizada e centrada nas necessidades e potencialidades daquele indivíduo visando uma vida plena.

Essa proximidade com o território faz com que a Atenção Básica seja um ponto estratégico tanto pela facilidade que as equipes de saúde têm de acessar os usuários quanto de os usuários acessarem as equipes. Desta forma, é comum que os profissionais de saúde da Atenção Básica se deparem a todo momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

Como porta de entrada preferencial, a Atenção Básica, possibilita às pessoas que demandam cuidado em saúde mental o primeiro acesso ao sistema de saúde. Permite que sejam desenvolvidas ações de cuidado no próprio território do usuário, o que viabiliza aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida dos usuários e seus vínculos com o território onde moram (Brasil, 2013).

Dentre as ações importantes de saúde mental na Atenção Básica, está o apoio matricial. Esta ação se configura como um processo de construção compartilhada e de corresponsabilização pelo cuidado que envolve diversos trabalhadores e equipes de saúde. As equipes de apoio matricial podem ser compostas por trabalhadores dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, dos Centros de Atenção Psicossocial e/ou outros serviços de saúde mental.

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que tem como objetivo ampliar os cuidados em saúde mental produzidos dentro da Atenção Básica de forma a gerar uma corresponsabilização entre as equipes básicas de saúde e as especializadas em saúde mental e promover este cuidado dentro do território do usuário.

4.2.2. Atenção Psicossocial

Dentro da RAPS, alguns dos componentes que fazem parte da Atenção Psicossocial são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os Centros de Atenção Psicossocial são pontos de atenção especializada em saúde mental. Os CAPS, segundo a Portaria nº 3.088, são formados por

equipes multiprofissionais que realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011a).

Nesse sentido, os CAPS operam nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (Brasil, 2005). Configuram-se como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário e estão organizados nas modalidades descritas no **Quadro 2**.

QUADRO 2: MODALIDADES DE CAPS

Modalidade	Descrição
CAPS I	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Atende todas as faixas etárias. Indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.
CAPS II	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.
CAPS III	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.
CAPSad	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes

CAPSad III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.
CAPSi	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Fonte: Elaboração própria.

Estes pontos de atenção têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (Brasil, 2015).

Desta forma, com o objetivo de garantir um permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do cuidado, a ordenação do cuidado fica sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica.

Com relação ao cuidado, este é desenvolvido através do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é construído conjuntamente pela equipe do serviço, o usuário e sua família e busca promover o cuidado do usuário para além do espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Para além do PTS, outras ações que são desenvolvidas pelos CAPS e que serão abordadas ao longo deste estudo são ações de articulação de rede intra e intersetoriais e matriciamento de equipes da Atenção Básica.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais são estratégias que promovem a articulação da rede de saúde com outros pontos de atenção, sejam eles da própria rede de saúde e/ou da educação, justiça, assistência social, direitos humanos ou comunitários.

O matriciamento é compreendido como um apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da Atenção Básica, urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência. Este apoio se configura como um suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, de ações intersetoriais no território e de atendimentos compartilhados. O matriciamento ainda é uma ferramenta que contribui para a cogestão e corresponsabilização das equipes no agenciamento do PTS dos usuários.

5. ORGANIZAÇÃO DO SUS EM NITERÓI

5.1. Niterói

O município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, tem cerca de 515 mil habitantes e segue a tendência do Brasil com o envelhecimento da população, redução de crianças e adolescentes e concentração populacional entre 20 e 59 anos (Niterói, 2022).

A economia da cidade é movimentada principalmente pela prestação de serviços e pela área industrial. Além disso, vem obtendo uma crescente arrecadação de royalties do petróleo, sendo atualmente o segundo município do estado com maior volume de royalties. Apesar do alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 0,837 em 2010, a cidade apresenta um contexto de crescimento urbano desigual, com cerca de 15% da população residindo em áreas de vulnerabilidade social (Niterói, 2022).

Está dividida em 52 bairros distribuídos em cinco regiões de planejamento político-administrativo. Entretanto, para atender às diretrizes de hierarquização e regionalização do SUS, a organização das ações e serviços de saúde da cidade está configurada em 8 Regionais de Saúde, são elas: Regional Norte I, Regional Norte II, Regional Norte III, Regional Praias da Baía I, Regional Praias da Baía II, Regional Pendotiba, Regional Leste-Oceânica e Regional Piratininga, organizadas a partir das Policlínicas Regionais, que são as ordenadoras do território e responsáveis pelo atendimento dos pacientes das Unidades Básicas de

Saúde e dos Módulos do Programa Médico de Família, nas especialidades que possui (Niterói, 2021a).

5.2. Saúde Pública em Niterói

Em 1977, enquanto a maioria dos municípios brasileiros não possuía rede própria de saúde para atender a população, Niterói realizou um estudo que visava identificar as necessidades de saúde da população, iniciando assim um intenso processo de inovações relacionadas às ações de saúde pública (Niterói, 2023).

Inspirada na estratégia de Atenção Primária à Saúde, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, e a partir do diálogo com as lideranças comunitárias da cidade, o município elaborou um projeto fundamentado na proposta da medicina comunitária.

O Projeto Niterói, criado 1982, surgiu com o objetivo de descentralizar e regionalizar o sistema de saúde, buscando a integração entre o planejamento e a execução das ações a partir do fortalecimento da participação social. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde realizou capacitações de agentes de saúde e cidadãos do município e criou os Distritos Sanitários.

Os Distritos Sanitários dividiam a cidade em regiões e permitiam um olhar mais apurado para os problemas específicos de cada território, promovendo a reorganização dos serviços com uma maior articulação intersetorial (Niterói, 2021b).

Em 1989, foi criada a Fundação Municipal de Saúde (FMS) com o objetivo de agilizar a organização do sistema de saúde local e dar suporte às novas atribuições oriundas do processo de municipalização (Niterói, 2023).

Em 1991, a gestão municipal se aproximou da experiência da estratégia de saúde de Cuba e celebrou um convênio internacional de cooperação técnica para adaptar o Programa Médico de Família cubano ao município (Niterói, 2022).

Em 1992, em parceria com as Associações de Moradores e voltada para áreas de maior vulnerabilidade, Niterói inaugurou a primeira unidade do

Programa Médico de Família e a incorporou à rede de assistência do município (Niterói, 2022).

Para tanto, as Associações de Moradores passaram a ser cogestoras do Programa Médico de Família junto à prefeitura, ficando responsáveis pela contratação de recursos humanos - pagamento por repasse de verbas do município e contratos de trabalho por tempo determinado, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas. A prefeitura ficou com a responsabilidade técnica, com a seleção dos profissionais e o financiamento (Niterói, 2023).

Vale ressaltar que esta experiência influenciou, nos anos seguintes, a decisão do Ministério da Saúde na criação do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Niterói, 2022).

Passados alguns anos, em 2019, foi criada a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde). A FeSaúde surge como um mecanismo formal de contratualização entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço. Cabe mencionar que Fundação Estatal de Saúde de Niterói se configura como uma fundação pública dotada de personalidade de direito privado.

Em 2020 a FMS celebra um contrato de gestão com a FeSaúde para que esta assuma as redes de Atenção Básica e parte da Atenção Psicossocial do município de Niterói (Niterói, 2023).

Desse modo, como apresentado no **Quadro 3**, a Fundação Municipal de Saúde descentraliza a gestão da RAS em duas Vice-Presidências: a Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE). O sistema ainda é composto pela Central de Regulação e pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói, que gere a Atenção Básica e parte da Atenção Psicossocial do município.

Embora esta pesquisa se concentre apenas na Atenção Básica, cabe destacar que a organização da Saúde Pública em Niterói tem algumas singularidades quando comparadas aos outros municípios brasileiros, como por exemplo o Programa Médico de Família, na Atenção Básica, e os Ambulatórios de Saúde Mental, na Rede de Atenção Psicossocial.

QUADRO 3: PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTÃO MUNICIPAL DE NITERÓI

Pontos de atenção à saúde da gestão municipal de Niterói		
VIPAHE	VIPACAF	FeSaúde
1 Maternidade 1 Unidade de Pronto Atendimento 1 Hospital Psiquiátrico 4 Hospitais Municipais SAMU (regional)	1 Centro Odontológico 2 Policlínicas de especialidades 4 Unidades Básicas de Saúde 7 Ambulatórios de Saúde Mental 8 Policlínicas Regionais	1 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil 1 Centro de Cultura e Convivência 1 CAPSi 1 CAPSad 2 CAPS II 10 Módulos de Residência Terapêutica 43 Módulos do Programa Médico de Família

Fonte: Adaptado de Niterói (2022, p. 25).

5.3. Programa Médico de Família

O Programa Médico de Família (PMF) surgiu como uma estratégia para alcançar a equidade dentro do município de Niterói. Para isso, os Módulos do Programa foram implantados nas áreas de maior risco social e ambiental do município, privilegiando moradores com renda familiar mensal inferior a cinco salários-mínimos.

Desta forma, se consolidou como uma das primeiras experiências em Atenção Básica do país a vincular uma população adscrita, por núcleos familiares, com uma equipe responsável pelo seu cuidado, a configurar os distritos sanitários de forma a estabelecer referências regionais de planejamento e a ofertar supervisão especializada como apoio técnico aos médicos generalistas (Niterói, 2021a).

No município, a Estratégia Saúde da Família – modelo preconizado pela PNAB – é desenvolvido através do PMF. Para tanto, o PMF oferta cuidados a partir de uma equipe de saúde composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde inseridos na realidade dos diferentes territórios da cidade.

No PMF, a população cadastrada nos Módulos é dividida em áreas. Essas áreas são subdivididas em microáreas, conforme as diretrizes de territorialização

e adscrição. Assim, cada equipe de saúde é responsável por um setor e por suas respectivas microáreas.

Uma unidade do PMF, denominada de Módulo Médico de Família (MMF), pode ter quantas equipes forem necessárias para cobrir toda a população da área geográfica de abrangência. Cada área é composta, em média, por 2 mil pessoas (Niterói, 2021a).

Atualmente o PMF é responsável pelo atendimento de cerca de 223 mil pessoas em todo o município. É composto por 43 Módulos do Programa Médico de Família, com 104 equipes de saúde da família, 28 equipes de saúde bucal, além de 2 equipes do Consultório na Rua e 5 equipes do Núcleo Ampliado Saúde da Família (Niterói, 2021a).

Vale pontuar que a rede assistencial é composta por diversos equipamentos de saúde que estão organizados conforme os seus níveis de complexidade, em Atenção Básica, Atenção Especializada e Alta Complexidade. Em Niterói, na Atenção Básica, além dos Módulos do Programa Médico de Família, os serviços de primeiro contato são oferecidos por 4 Unidades Básicas de Família e 8 Policlínicas Regionais.

6. MÓDULO MÉDICO DE FAMÍLIA DA FLORESTA

6.1. Os primeiros passos

Essa cartografia começa em João Pessoa-PB e vem como uma etapa para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba.

Durante o processo de escrita do projeto de pesquisa eu estava residindo em João Pessoa a fim de cumprir as disciplinas do mestrado. Logo que as atividades do período letivo foram concluídas me mudei para Niterói-RJ.

Quando cheguei em Niterói, já com o meu tema de pesquisa definido e o projeto escrito, entrei em contato com a FeSaúde, através de e-mail, para obter a carta de anuência para a realização desta pesquisa. Então, fui informada que seria necessário que o projeto de pesquisa passasse pelo Colegiado Avaliador

de Solicitações de Pesquisa e Projetos de Extensão da Fundação Estatal de Saúde de Niterói. Foi preciso uma certa insistência com relação ao envio da solicitação, pois nenhuma resposta ou confirmação de recebimento foi obtida nas primeiras semanas. Este processo se estendeu por quase dois meses.

Após o primeiro mês, o projeto recebeu parecer favorável com os seguintes questionamentos: “O texto ressalta ‘*A amostra da população participante da pesquisa será selecionada de forma intencional a fim de contemplar uma equipe do Programa Médico de Família*’. Apenas 1 equipe? De quantas unidades? Para pensarmos na indicação”. O que foi respondido da seguinte forma “A pesquisa será realizada com apenas 1 (uma) equipe de 1 (uma) unidade do Programa Médico de Família. Com relação a escolha da equipe, há alguma que se destaque pelo trabalho realizado em saúde mental? A escolha será intencional por considerar a indicação da Gerência de Ensino”.

Enfatizada que a escolha da população participante se daria pela indicação da própria FeSaúde e que seria de interesse que esta estivesse realizando algum trabalho de destaque em saúde mental, foi necessário mais um mês para obter a carta de anuência e a designação do local.

Recebi então um e-mail contendo a carta de anuência e comunicando que a “enfermeira líder da unidade da Floresta encontra-se ciente da pesquisa. Esta unidade se destaca pelo trabalho que vem realizando em saúde mental”.

Com a carta de anuência em mãos, foram necessários mais dois meses para que o projeto desta pesquisa fosse aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todo esse processo de aprovação final da pesquisa se estendeu por cerca de 4 meses, o que me deixou bastante ansioso para ir a campo.

Assim, no mesmo dia que recebi o parecer favorável entrei em contato com a enfermeira líder responsável pelo módulo do Programa Médico de Família da Floresta através do telefone indicado pela FeSaúde. Em um primeiro momento enviei uma mensagem de texto para ela me apresentando e perguntando qual seria o melhor horário para que eu fosse até a unidade conversar com ela, porém a mensagem não foi respondida. Nos dias seguintes tentei contato através de ligações telefônicas, as quais não foram atendidas. Então, decidi ir até a unidade.

Minha primeira ida a campo foi um misto de sentimentos. Ao mesmo tempo em que finalmente iria começar a colocar minha pesquisa em prática havia a ansiedade de não saber o que encontrar.

Decidi nesse primeiro momento ir de carro, pois de transporte público seria necessário pegar dois ônibus em um trajeto que duraria cerca de duas horas.

Foi um percurso de 40 minutos até chegar a uma rua estreita e esburacada onde estava localizado o Módulo Médico de Família da Floresta. O único jeito de estacionar ali por perto foi seguir uma fila longa de carros que se acumulavam na calçada e impedia a passagem de pedestres.

Cheguei na unidade por volta das 10 horas da manhã e, à primeira vista, o MMF me pareceu um lugar agradável.

A unidade está instalada em uma casa aparentemente conservada, tem algumas árvores na parte da frente e as paredes externas estão pintadas de branco e laranja – que remetem às cores da Prefeitura.

Na parte externa da casa há um corredor que leva à recepção do Módulo. A recepção é um ambiente climatizado, assim como toda a unidade. O local estava limpo, com seis cadeiras para adultos, duas para crianças, uma caixa com brinquedos, bebedouro e balcão de recepção.

A recepção estava vazia, mas logo que entrei surgiu uma enfermeira perguntando se poderia me ajudar.

Então me identifiquei, disse que estava ali para fazer uma pesquisa e pedi para falar com a Responsável Técnica (RT) – cargo que é ocupado por uma enfermeira líder, à qual compete planejar, organizar, executar, coordenar e avaliar os serviços de enfermagem da unidade de saúde.

A RT veio ao meu encontro e me chamou para uma das salas. Lá me apresentei a ela, disse que estava pesquisando sobre a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e que a FeSaúde tinha me indicado aquela unidade por estar desenvolvendo ações relevantes em saúde mental.

Apesar da FeSaúde ter me informado que a Responsável Técnica estava ciente da minha pesquisa e que aquela unidade se destacava pelas ações em saúde mental, a RT – aparentando estar confusa e surpresa – disse que não tinha sido avisada e – com toda convicção – pontuou que ali não estavam sendo realizadas ações em saúde mental.

Acredito que eu tenha ficado um tanto mais surpresa que ela e sem entender. Afinal, porque tinham me indicado aquele MMF se ali não tinha nenhuma ação em saúde mental acontecendo? Por que me indicaram uma unidade tão distante e classificada como de difícil acesso quando poderiam ter indicado qualquer outra no município? A FeSaúde não fazia a menor ideia do que estava acontecendo na unidade ou escolheu aleatoriamente?

Continuamos a conversa e a responsável pela unidade me contou um pouco sobre o funcionamento do local e recomendou que eu voltasse na próxima terça-feira de manhã para acompanhar os atendimentos realizados pelo médico, já que as consultas médicas estavam concentradas nas terças e quintas-feiras – o que acendeu um alerta sobre o possível viés médico centrado daquela unidade. Ressaltei que minha pesquisa queria abarcar a equipe como um todo, não somente os atendimentos médicos. Por fim, ela disse que estava agendado um matriciamento em saúde mental e me convidou para participar.

No meu imaginário, pelo pouco contato prático que tive com o SUS, pensei que iria encontrar um local com corredores lotados, estruturas malcuidadas, barulhento e repleto de reclamações sobre a demora no atendimento. O que encontrei foi um local arborizado, conservado, limpo, silencioso e praticamente vazio.

Após essa primeira visita cogitei que os atendimentos teriam se concentrado nas horas que antecederam a minha chegada, de 8 às 10 horas, e que esse seria o motivo pelo qual a unidade estava vazia. O que não se confirmou no decorrer da produção de dados. Foram 14 idas à unidade, em diferentes dias e horários, e o mesmo cenário pacato se repetiu.

Voltei no MMF no dia sugerido. Desta vez a Responsável Técnica não estava receptiva e disse para que eu fosse falar com a ACS que estava na

recepção. Novamente a unidade estava bastante vazia, o que me gerou estranheza.

Me identifiquei para a ACS e falei que estava ali para fazer uma pesquisa sobre como o cuidado em saúde mental estava sendo construído pela equipe. Antes mesmo que eu pudesse terminar a explicação ela interrompeu dizendo que ali eles não faziam nada em saúde mental - sua fala demonstrava não ter clareza sobre o que seria um cuidado em saúde mental, mas tinha certeza de que ali não era feito.

Então expliquei que embora alguns casos não sejam rotulados como sendo de saúde mental eles poderiam envolver questões nessa área e usei um exemplo que ela deu.

Ela havia contado um pouco sobre uma criança que precisava de atendimento no CAPSi, mas a mãe não estava conseguindo que ela fosse atendida e que, por isso, a mãe não estava conseguindo dormir direito. Disse à ACS que apesar de a demanda em saúde mental estar direcionada para a criança, muito provavelmente, aquela situação estava impactando na saúde mental da mãe em algum nível, podendo, inclusive, ser um dos motivos da mãe estar com dificuldades para dormir. A ACS concordou e seguiu falando dos pacientes, mas ainda assim parecia não ter clareza sobre o que era saúde mental. Foi então que ela lembrou que Paula, outra ACS, tinha alguns “pacientes de saúde mental” e disse para eu voltar depois do almoço para falar com a Paula.

Com relação à saúde mental, o que a ACS contou com mais segurança foi sobre relação do MMF com o CAPS. Disse que a comunicação da rede era muito ruim. Eles referenciavam, mas os usuários que chegavam ao CAPS não eram atendidos. Às vezes porque o encaminhamento estava errado, ou não tinha vaga ou faltava algum documento, mas nunca recebiam uma contrarreferência. E, geralmente, ficavam sabendo dessas informações quando usuário voltava à unidade.

AACS explicou um pouco sobre o funcionamento da unidade, contou que na unidade havia duas equipes Saúde da Família e que uma delas estava sem

médico há meses. Além da falta de médico, a unidade também estava sem recepcionista.

Enfatizou – em um tom de indignação – que estava ali realizando um trabalho de recepcionista da unidade e que administração chamava aquele serviço de acolhimento, mas, segundo ela, estavam trabalhando como recepcionistas e isso se caracterizava como desvio de função. Contou ainda que havia uma escala na qual todos os ACS se revezavam na recepção recebendo os usuários, agendando consultas e fazendo triagem.

No mesmo dia, após o almoço, voltei na unidade para falar com a ACS que tinha os “pacientes de saúde mental”. Me apresentei à Paula, ACS, e ela disse que já tinham comentado sobre minha pesquisa. Ela – em um gesto de desabafo – foi logo falando que acompanhava vários usuários que eram “caso de saúde mental”. E, de imediato, me contou o caso “mais grave” que acompanhava, o de Dona Maria.

6.3. Dona Maria

Paula inicia seu relato contando que Dona Maria é uma senhora com 60 e poucos anos que tem um filho que “virou menina” e se identifica como Ágatha – durante sua fala, por diversas vezes, Paula trocou os pronomes e chamou Ágatha por “ele”.

Ao longo dessa primeira e afoita narrativa Paula contou que Ágatha tem 16 anos, é muito “arredia” e estava internada em uma instituição para menores infratores por ter esfaqueado uma colega na escola – fato que será narrado mais à frente por outra profissional que também acompanha a usuária. Embora já pudesse voltar para casa, Ágatha se negava. Alegava que não existia higiene em sua casa e que sua relação com a mãe era muito complicada. A ACS ainda contou que Dona Maria continuava chamando Ágatha pelo nome de batismo, o que deixava a filha furiosa.

A ACS relatou que Dona Maria vive em condições precárias e elencou alguns pontos: a casa de Dona Maria não tem vaso sanitário, ela recolhe caixotes

de madeira na rua para cozinhar e recentemente matou um gato e o deixou dentro de casa – o que irritou muito Ágatha e provocou brigas entre as duas. Além disso, tinha adotado um cachorro de rua e este estava vivendo dentro da casa sem os devidos cuidados com relação a higiene.

Após esse breve relato Paula falou que tinha muito tempo que não fazia uma visita domiciliar à Dona Maria e me chamou para acompanhá-la. Paula tinha ido trabalhar de carro nesse dia e em poucos minutos chegamos a uma rua de terra e sem saída.

A casa estava quase escondida atrás de uma cerca de bambu. Pela porta de bambu, que estava entreaberta, foi possível ver uma casa bem pequena com uma varanda na frente. Nesta varanda tinha um varal com um cobertor pendurado que impedia ver a parte de dentro.

Do lado fora, Paula gritou por Dona Maria. Quando surgiu, Dona Maria arregalou parte do cobertor e ficou com o rosto meio escondido atrás dele. Paula então perguntou se poderíamos nos aproximar, me apresentou e disse que estávamos passando ali para ver como ela estava.

Dona Maria respondeu dizendo que estava muito bem. Paula falou para ela ir até a unidade fazer uns exames para ver como estava a saúde e passar no dentista para fazer uma chapa para os dentes. Dona Maria insistiu que estava muito bem e que seus dentes estavam bons – visivelmente não estavam. Dona Maria tem uma aparência bastante magra, envelhecida e sem alguns dentes.

Paula insistiu para que ela fosse até a unidade e ela então disse que iria, mas que não faria preventivo – mais tarde a ACS me contou que certa vez, após fazer o exame preventivo de colo de útero, um parente de Dona Maria foi até a unidade dizendo que ela tinha sido estuprada durante a consulta. Paula relatou isso com certa irritação, dizendo que era por isso que durante o exame preventivo o médico sempre estava acompanhado por outro trabalhador da unidade e que o parente poderia tê-la acompanhado durante a consulta, mas não o fez – me pergunto se houve algum esclarecimento prévio sobre os procedimentos do exame.

Por fim, Paula perguntou sobre Ágatha. Dona Maria disse que ela viria para passar o fim de semana em casa. AACS disse que depois voltaria para ter mais notícias e fomos embora.

O caso de Dona Maria atraiu minha curiosidade desde o primeiro relato. Porém, enquanto novos dados sobre a história de Dona Maria não apareciam, segui com minha pesquisa. Realizei observações, participei de outras visitas domiciliares, conversei diversas vezes com a equipe – principalmente com os ACS – até que chegou o dia do matriciamento em saúde mental e o caso, agora com foco em Ágatha, apareceu novamente como pauta.

6.4. Segundo ciclo de matriciamento

Logo na minha primeira conversa com a Responsável Técnica da unidade fui convidada para participar do 2º ciclo de matriciamento em saúde mental. No dia marcado fui ao MMF da Floresta, mas a reunião havia sido cancelada na noite anterior e acabou acontecendo só na semana seguinte.

Cada ciclo de matriciamento é composto por um encontro mensal entre a equipe de Apoio Matricial e a equipe de Referência da Atenção Básica de cada Módulo do Programa Médico de Família da região Leste-Oceânica. Ao fim de cada ciclo é realizado um encontro entre os gestores da Atenção Básica destes Módulos com os coordenadores da atenção especializada para avaliar e encerrar aquele ciclo.

A reunião aconteceu na própria unidade de saúde e durou cerca de três horas. Participaram da reunião um enfermeiro e três ACS do MMF Floresta e, da equipe de matriciamento, duas psicólogas do CAPS, uma psicóloga e uma enfermeira do CAPSi e uma acompanhante territorial do CAPSad.

Dos poucos casos debatidos o que mais tomou tempo e atenção dos envolvidos foi o caso de Ágatha. Entre os presentes na reunião estavam duas profissionais responsáveis diretamente pelo cuidado de Ágatha, a psicóloga do CAPSi, Magali, e a ACS Paula.

Paula fez um breve relato dizendo que na semana anterior tinha encontrado Ágatha na rua e puxou conversa com ela. Perguntou como estava o atendimento no CAPSi e Ágatha disse que não estava mais indo. A ACS então perguntou o motivo de ela não estar indo e se tinha acontecido alguma coisa. Paula recebeu como resposta um sonoro “de que te importa?!” – essa resposta foi repetida diversas vezes por Paula e transbordava sua irritação com a resposta. Por fim, Paula respondeu que seu serviço era acompanhá-la e por isso precisava saber como estava com o CAPSi. Recebeu mais uma negativa de Ágatha, se colocou à disposição e foi embora.

A partir dessa atualização feita pela ACS, a psicóloga do CAPSi, que acompanha Ágatha, iniciou seu relato e fez uma fala mais detalhada da trajetória da usuária pelo sistema.

De início, disse que Ágatha tem uma história muito complicada e que os últimos eventos não ajudaram muito, pelo contrário, a deixaram mais descrente das instituições que deveriam salvaguardá-la. A fim de contextualizar a equipe, contou os acontecimentos mais recentes que envolviam a usuária.

De uma forma muito calma e demonstrando preocupação com o caso, Magali começou contando que Ágatha estava internada no Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), em regime fechado, por ter praticado um ato infracional. Ágatha tinha se envolvido em uma briga na escola. Durante essa briga, segurou uma aluna para que outro aluno a esfaqueasse – o que anteriormente havia sido contado de uma forma diferente pela ACS.

Durante esse período, além da equipe do DEGASE, a usuária estava sendo acompanhada por profissionais do CAPSi e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Magali contou que durante a internação realizou diversos encontros com Ágatha. Em alguns, ela estava mais “arredia” e não queria conversar e, em outros, estava mais disposta a falar. Pontuou que sempre se colocou presente para caso Ágatha quisesse conversar, ressaltou a importância de que as pessoas envolvidas no cuidado dela não tomassem essa resistência como um “não querer cuidado” e que, embora a usuária dissesse o contrário, ela

demandava muito afeto. Salientou ainda que Ágatha não tem uma boa relação com a mãe, pelo contrário, “beira o insuportável ela permanecer com a Dona Maria” e enfatizou que os relatórios de acompanhamento produzidos tanto pela equipe do CAPSi quanto do CREAS não recomendavam que a usuária voltasse para a casa da mãe e indicavam o abrigo.

Com o passar do tempo Ágatha teve sua medida cautelar mantida, o que a deixou ainda mais “arredia” – durante os relatos das profissionais o adjetivo “arredio” foi frequentemente associado ao nome da usuária.

A psicóloga contou que, para sua surpresa, quando a usuária recebeu liberdade assistida o CAPSi não foi avisado com antecedência e que o ideal seria que o CAPSi acompanhasse a usuária desde a saída do DEGASE até o retorno à sua casa.

Ágatha foi acompanhada até sua casa pela equipe de saúde mental do DEGASE porque a “Dona Maria não tem recursos financeiros e tampouco psíquicos de transitar pela cidade para ir buscar a filha na instituição”. Então, o carro do DEGASE levou Ágatha até sua casa.

Magali continuou sua fala contando que em um primeiro momento Ágatha ficou muito feliz em receber a liberdade assistida porque já estava há quase um ano em regime fechado, porém, durante o percurso até a sua casa, ela começou a ficar ansiosa.

Ainda no carro, Ágatha começou a dizer “não quero ir, não quero ir, eu quero voltar”. A equipe explicou que não teria como ela voltar, já que tinha sido expedida uma medida judicial dizendo que ela recebeu liberdade assistida e ela precisa voltar para casa da sua mãe.

Quando a usuária chegou em casa ficou bastante nervosa e agrediu verbalmente a mãe a ponto da equipe do DEGASE ter que intervir e acionar Magali.

Nesse momento – saindo da calma e demonstrando aflição – a psicóloga contou que foi um dia bem difícil para ela. Era uma sexta-feira à tarde e os serviços já estavam fechados – não há CAPS III na RAPS de Niterói.

Então, a alternativa foi ligar para o plantão do Conselho Tutelar e falar da sua preocupação com a situação. A conselheira que a atendeu disse que iria fazer uma visita à Ágatha. Efetivamente a visita aconteceu nesse mesmo dia e “parece que isso acalmou a Ágatha, porque ela viu que estava sendo vista, que as pessoas estavam mobilizando coisas por ela”.

A psicóloga ressaltou que é “muito importante que se tenha claro que é da competência do Conselho Tutelar solicitar esse abrigo, não é da nossa competência. O que a gente pode fazer é produzir relatórios que indiquem para o Conselho a necessidade do abrigo. A gente fez toda uma mobilização, uma série de reuniões”.

A profissional seguiu seu relato dizendo que o abrigo não foi aprovado pelo Ministério Público e que considerava que essa situação poderia ter sido manejada de uma forma mais cuidadosa.

Depois desses acontecimentos, Ágatha foi pega por uma viatura da Polícia Civil na rua sem o acompanhamento de um responsável – nesse momento a psicóloga fica muito emocionada e tenta segurar as lágrimas.

Após um breve respiro, deu sequência ao seu relato e contou que Ágatha entrou na viatura da Polícia Civil e foi para a Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente, que a encaminhou novamente para o DEGASE. Então, o DEGASE – que funciona em regime fechado – a encaminhou para o Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente (CRIAAD).

O CRIAAD, por ser uma instituição que funciona em regime de semiliberdade, permite que a usuária vá para casa nos finais de semana. “Mas para onde Ágatha vai nos finais de semana se ela não consegue ficar com a mãe?”, questionou a psicóloga. E destacou que a partir de então começa uma questão, pois Ágatha demanda uma contenção institucional. “Eu acho que o nosso grande desafio clínico é de que ela não precise dessa contenção da instituição total, que é essa instituição que deixa ela fechada, mas que ela consiga ter uma contenção de base territorial, que ela consiga ter locais em que possa ir e consiga ter recursos internos para ficar bem”.

E prosseguiu contando que quando Ágatha chegou no CRIAAD ela voltou a demandar uma contenção institucional e que, por exemplo, não tirava o uniforme da instituição, mesmo podendo usar roupas comuns. Nos finais de semana ela preferia permanecer no CRIAAD a ter que voltar para casa, só que “permanecia de uma forma muito raivosa”, até que recebeu, pela segunda vez, a liberdade assistida – situação em que Ágatha se encontrava quando essa narrativa foi realizada.

Quando a usuária recebeu novamente a liberdade assistida, a psicóloga e os dispositivos de base territorial não foram comunicados. Até que certo dia Ágatha apareceu no CAPSi – a psicóloga acreditava que ela ainda estava institucionalizada – e ela mesma comunicou que recebeu liberdade assistida. Então, a psicóloga, sem entender o que estava acontecendo, entrou em contato com o CRIAAD.

A psicóloga relatou que quando entrou em contato com a equipe do CRIAAD pareceu que eles também estavam confusos com relação à toda essa situação, pois informaram que Ágatha havia recebido indicação de abrigo e que ela deve ter evadido do abrigo. E continuou, “calma aí, mas não é essa história que ela está me contando. Ela está me contando aqui que recebeu liberdade assistida de 6 meses e que ela tem que assinar mensalmente. Ela está falando aqui para mim que ela está com liberdade assistida e que tem até uma data marcada para ir ao fórum”. O profissional do CRIAAD então reiterou que Ágatha havia ido para o abrigo e então a psicóloga do CAPSi pediu para que eles verificassem nos registros para qual abrigo a usuária tinha sido mandada para que ela pudesse entrar em contato com a equipe do abrigo para saber o que aconteceu para Ágatha ter saído de lá.

No dia seguinte a psicóloga do CRIAAD entrou em contato com a psicóloga do CAPSi para informar que Ágatha realmente não tinha indicação de abrigo – embora a psicóloga do CAPSi tivesse recomendado através dos seus relatórios – e que ela tinha recebido liberdade assistida.

Após ter recebido a liberdade assistida Ágatha foi até o CAPSi em duas ocasiões. Na primeira, estava com algumas lesões autoprovocadas no braço e

na segunda ocasião as lesões estavam piores e mais extensas. A psicóloga relatou ainda que não estava conseguindo agendar um horário com Ágatha e que ela aparecia quando queria – visto que o CAPSi é porta aberta.

Durante esses dois encontros Ágatha contou que estava perambulando pela praia à noite e já não a solicitava mais que fosse abrigada. A psicóloga falou que usuária “não faz mais o pedido de abrigo porque da primeira vez que saiu em liberdade assistida ela fez esse pedido, tanto que ela foi a pé para o Conselho Tutelar, bateu lá no Conselho e pediu. Dessa vez acho que ela ficou desacreditada mesmo, porque quando ela fez o pedido ela não foi atendida e, ainda por cima, entenderam que ela estava se colocando em risco e a mandaram de volta para o CRIAAD. Então, agora ela falou que não vai mais e que vai viver dessa forma. Viver ficando o máximo de tempo na rua para não ter que lidar com a mãe”.

O MATRICIAMENTO DA EQUIPE....

Com muito cuidado a psicóloga explicou o motivo de ter feito esse relato detalhado “por que que eu acho importante falar tudo isso? Porque essa menina vem passando por muitas coisas. Então, quando a gente escuta esse discurso raivoso, que eu sei que ela tem muita raiva, muita resistência a falar, ela é debochada, ela é irônica, mas eu acho que isso a gente tem que entender como sintomas mesmo e não tomar isso para si” – pareceu que essa fala foi direcionada à ACS, pois quando Paula relatou ter recebido o “do que te importa?!” de Ágatha, transpareceu estar bastante irritada com a resposta.

Por fim, convocou a equipe do MMF “eu quero escutar vocês também, mas eu acho que a gente vai ter que fazer um apoio territorial mesmo para a Ágatha. É claro que eu gostaria muito que ela fosse ao CAPSi, mas se ela não está chegando ao CAPSi a gente tem que sustentar por aqui mesmo. A gente vai dando suporte para vocês, mas é preciso que ela chegue em algum local e que ela se sinta acolhida”.

Então Paula, a ACS de referência da usuária, respondeu que Ágatha não vai ao MMF e a psicóloga pontuou que “talvez ela não venha mesmo, mas a gente pode fazer mais visitas. A Ágatha tem uma coisa com a saúde. Ela fala

que a mãe dela é uma ignorante, que não tomou as vacinas da Covid. Ontem a gente estava conversando, eu e o psicólogo do CREAS, se não seria uma via, por exemplo, a vacina do HPV, que é para adolescentes, para ela conseguir chegar mais aqui na unidade. No sentido de ‘sua mãe não se trata, mas você é diferente da sua mãe, você se trata’. Vamos fazer uns exames clínicos, vamos ver como você está”.

AACS então disse que conversou com Ágatha, mas que ela também não apareceu no MMF, que fez algumas perguntas à adolescente, mas ela “respondeu ‘sim e não’”. Contou que “antes ela não era assim, mas é o que a psicóloga está falando, é a frustração de não conseguir o desejado”.

Então a psicóloga do CAPS, que até então só escutava a narrativa, ponderou que Ágatha “deve se sentir muito desamparada. Ela estava toda cortada. Ela precisa de ajuda. É um pedido de ajuda e isso é muito difícil. O município tem que ter todos os serviços juntos para tentar criar um tipo de vínculo, sabendo que um dia ela vai estar bem com a gente e no outro ela vai querer distância”.

A psicóloga do CAPSi voltou a falar e colocou diretamente para a ACS que esse movimento acontecia com ela também, pois “às vezes a Ágatha chega e me destroça, mas é isso, acho que é compreensível um dia ter sido ruim. Então, daqui dois, três dias vamos lá de novo, vamos insistir. Porque, eu acho, que quando ela percebe que tem pessoas olhando para ela de uma forma preocupada, isso tem um efeito. Esse efeito pode não ser tão imediato a ponto de ela falar assim ‘aí que bom, vou lá no Módulo’. Talvez ela demore um pouco para chegar, mas o importante é ela saber que está sendo vista, que as pessoas estão indo lá, eu acho importante. Eu pediria para vocês intensificarem as idas porque é um caso muito grave e a gente pode fazer algumas dessas visitas com vocês. O que vocês acham?”.

A RESISTÊNCIA DA ACS...

Paula respondeu que Ágatha é do seu território e que ela poderia intensificar as idas, “mas eu não tenho só esse problema”. Prontamente a

psicóloga do CAPSi interrompeu dizendo que também não tinha só o caso de Ágatha.

A ACS continuou “são vários casos, são várias buscas que a gente está tendo que fazer porque agora é Bolsa Família. A gente tem que ir atrás de Bolsa Família para atualizar, carteira de vacinação para atualizar. A ponto de a gente ter que ir com isopor para rua porque as mães querem ter um monte de filho para Bolsa Família – fiquei bastante chocada com essa fala – e não traz para vacinar, porque a gente tem que ir vacinar em casa. Então, eu não tenho pernas também para te dar uma visita por semana, nem sempre eu vou conseguir ir à casa dela duas vezes por semana. Tem semana que eu posso conseguir, mas vai ter semana que eu não vou conseguir te dar notícias dela, entendeu?”.

O enfermeiro da unidade, que só observava, disse à ACS que “dá para ter um olhar diferente, dá para conseguir uma visita a mais”.

Aparentando já estar sem paciência por ser confrontada pela equipe, a ACS respondeu que se organizava para ir fazer as visitas de manhã, mas chegava a Responsável Técnica da unidade com uma listagem dizendo “eu quero isso aqui para amanhã” e que aí não conseguirá ir. O enfermeiro falou novamente “sim, mas aí vai que tem alguma coisa próxima a casa dela”.

Já irritada, a ACS disse “isso que eu estou explicando. Nada é uma regra, tudo há uma exceção. É só isso que estou explicando. Eu posso me comprometer de fazer e não conseguir”.

A psicóloga do CAPS interveio dizendo “a gente sabe, não é uma cobrança. A gente sabe da sobrecarga de vocês, a gente também está nessa loucura. E é o que é possível de ser feito. A gente não vai dar conta desse caso sozinha, nem você sozinha, isso é questão de a equipe definir prioridades, de definir o que é mais importante”.

POR FIM...

Foi acordado que seria realizada uma visita domiciliar conjunta entre o MMF e o CAPSi à Ágatha e foi comentada a possibilidade de Dona Maria

também vir a ser assistida pelo CAPS, já que mostra grandes limitações, mas nenhuma ação concreta foi pensada para ela naquele momento.

O relato parece confuso e talvez realmente seja. Ágatha ficou vagando tanto pela rede da Saúde quanto da Assistência Social. Várias articulações entre as redes foram necessárias, vários profissionais foram convocados a agir e vários atravessamentos foram provocados à usuária.

Saí do matriciamento admirada com o potencial daquele encontro. Saltava aos olhos a vontade e o empenho das trabalhadoras em fazer com que a usuária recebesse o cuidado que precisava. Foi energizante ver o potencial que o matriciamento tem de fazer com que serviços parem, pensem, planejem, articulem e construam um cuidado que faça sentido para todos os envolvidos e com um único objetivo, ser efetivo na vida da usuária.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...

Ao apresentar primeiro a narrativa da ACS e depois da psicóloga do CAPSi pode ser que tenha surgido uma sensação de repetição – talvez seja necessário repetir diversas vezes para que os casos sensibilizem os profissionais e sejam assimilados. E, ainda transitando pelo talvez, a sensibilização seja uma potente ferramenta de trabalho em saúde.

Essas duas narrativas mostram como uma mesma história de vida pode ser acessada de diferentes maneiras e de como cada serviço de saúde – justamente pela posição que ocupam na RAPS – tem informações e mecanismos distintos de agir, mas que se movem em busca de um objetivo comum, o de promover o cuidado integral e significativo para a usuária.

Diante disso, as falas das profissionais acabam por se complementar e agregar novas informações. Por falarem de lugares e perspectivas diferentes, cada uma tem informações essenciais ao trabalho da outra.

Não distante disso, é preciso enfatizar o quanto os trabalhadores se mostram sobrecarregados pelas inúmeras demandas e como são tocados por

cada encontro. E como dar conta de tudo isso? Entrando no automático? Se dessensibilizando? Que suporte, tempo ou lugar os profissionais têm para falar do que os afetam no trabalho? Quem cuida dos que cuidam?

6.5. Visita domiciliar

Passadas duas semanas, fui acompanhar a visita agendada entre a ACS e a psicóloga do CAPSi à Ágatha.

Chegamos à casa de Dona Maria e a psicóloga chamou – gritando – por Dona Maria e Ágatha. Levou um certo tempo para que houvesse alguma resposta e a ACS comentou que elas não queriam nos receber.

Após alguns minutos Dona Maria apareceu. Magali se apresentou e perguntou por Ágatha. Dona Maria foi chamá-la e Ágatha já apareceu reclamando e dizendo que não queria falar com ninguém, que era para mãe ter dito que ela estava dormindo – falando bem alto para que todas ali escutassem.

Ficamos, eu e a ACS, do lado de fora da cerca de bambu ouvindo a conversa delas – Paula não queria ser vista por Ágatha. Me aproximei e fiquei perto da porta entreaberta da cerca. Só consegui ver o cobertor, que continuava tampando a visão de dentro da casa – possivelmente seja essa a função do cobertor.

Quando Ágatha chegou na varanda Magali perguntou como ela estava. Ágatha respondeu que estava muito bem e repetiu diversas vezes que não queria Magali ali e que era para ela ir embora. Com um tom de voz elevado, disse à psicóloga “nem você e nem o CAPS tem nada a ver com minha vida. Então, vai embora, por favor. Não tô a fim de conversar com ninguém”.

A psicóloga escutou, respirou fundo e direcionou sua fala à Dona Maria. Perguntou como ela estava e o que ela tem feito. Dona Maria respondeu que

estava ficando mais em casa fazendo comida. Magali perguntou o que ela fazia de bom para comer e, quando Dona Maria começou a falar, Ágatha gritou “TUDO LIXO DO RIO TIETÊ!”.

Magali perguntou à Ágatha se ela gostava de cozinhar e se ajudava a mãe. Ainda aos gritos Ágatha respondeu “SE ESSA ARROMBADA ME DEIXASSE”.

Dona Maria então perguntou à Magali se ela tinha alguma notícia sobre a matrícula do colégio de Ágatha. Novamente, antes que Magali pudesse responder, Ágatha gritou “NÃO, NÃO SABE! O QUE EU JÁ TE DISSE? A TRANSFERÊNCIA É DIA 30, SUA ANTA!”. Com a voz muito baixa Dona Maria respondeu “ah, tá bom”.

Magali voltou a direcionar sua fala para Ágatha e perguntou se o CREAS poderia buscá-las para que elas fossem à escola fazer a matrícula – já que Dona Maria teria que ir para assinar os documentos. Ágatha respondeu em um tom ameaçador “se ela não for quieta, ela já sabe! É por isso que tá com o braço e a perna machucada”. Ágatha pareceu insinuar que iria agredir novamente a mãe e a psicóloga interrompeu dizendo “Ágatha, por favor, né. Eu não vou assistir isso”. E Ágatha rebateu “então quando você sair”. Magali prontamente respondeu “não, nem quando eu sair. A gente não faz assim com ninguém. Nem ninguém pode fazer isso com você também”. Ágatha respondeu falando “cara, se alguém quiser fazer, tudo bem”.

A psicóloga seguiu com uma tranquilidade impressionante frente a agressividade de Ágatha, que repetia não querer mais falar com ela e pedia para que ela fosse embora “eu não estou sentindo falta do CAPS e nem de você. Agora pode ir? Porque, sinceramente, já tá me irritando”. Antes mesmo que Magali conseguisse terminar de dizer que permaneceria disponível para ajudá-la, Ágatha gritou “eu já sei e já disse que você é mal vinda aqui”.

Com a maior paciência a psicóloga disse que ficou feliz em ver as duas e que se elas precisassem de qualquer coisa elas poderiam procurá-la no CAPSi e que Paula também estaria disponível no MMF e se despediu das duas.

Quando viramos para ir embora ouvimos a voz de Ágatha e, instintivamente, sem nenhuma comunicação entre nós, paramos em silêncio para ouvir Ágatha falar com a mãe “Maria, da próxima vez que ela vier, diz que eu tô dormindo. Você parece retardada”. Magali nos olhou e disse “estou com medo da Ágatha bater nela”. Esperamos por mais alguns segundos, não ouvimos mais nenhum som vindo da casa e fomos embora envoltas em um silêncio entristecedor.

Dona Maria passou toda a conversa apenas com parte do rosto visível, se escondendo atrás do cobertor. Ágatha saiu detrás do cobertor apenas uma vez durante a conversa – pareceu estar curiosa para ver quem estava do lado de fora. Durante os minutos que passamos lá, Ágatha entrou na casa e saiu para a varanda diversas vezes – em um movimento de fugir e se aproximar, agressivamente, o tempo todo.

No breve instante em que Ágatha saiu detrás do cobertor para ver quem estava do lado de fora, consegui vê-la. Vi um rosto com traços masculinos, bastante jovem – ela tem 16 anos – e com um *black power* bem cuidado. Durante o restante do tempo só foi possível escutar sua voz. Fiquei pensando em como deve ser difícil sustentar uma identidade de gênero distinta do sexo biológico dentro desse contexto social e familiar estando em um corpo marginalizado e em transição pela adolescência.

Ágatha foi o tempo todo agressiva em suas palavras e se mostrou bastante irritada com nossa presença. Dona Maria pareceu estar inerte a situação e bastante submissa aos ataques da Ágatha. Em uma das poucas vezes que a mãe ousou tentar dizer alguma coisa, Ágatha gritou “CALA A BOCA!”.

Em momento algum Ágatha chamou Dona Maria por ‘mãe’, mas sim por ‘Maria’ – o distanciamento entre as duas gritava tanto quanto Ágatha. Curiosamente, Dona Maria chamou a filha por ‘Ágatha’, mesmo ainda se referindo a ela pronome masculino ‘ele’.

APÓS A VISITA...

Após a visita à Dona Maria e Ágatha dei carona para a psicóloga – que ficou bem feliz de não ter que pegar dois ônibus e passar horas no trânsito para voltar ao CAPSi. Durante o trajeto tive oportunidade de conversar mais abertamente com ela.

Magali me perguntou o que tinha me motivado a escolher aquela unidade de saúde para fazer minha pesquisa. Contei que eu tinha solicitado à FeSaúde que me indicasse um local que se destacasse pelo cuidado em saúde mental – ela se assustou – e disse que não tinha entendido. Segundo ela, das unidades que ela matricia, a da Floresta é a mais complicada no quesito saúde mental.

Contou ainda que Ágatha estava em um abrigo para meninos – o que me assustou e perguntei “meninos?” – e psicóloga então me explicou que a usuária começou a questionar sua identidade de gênero há pouco tempo e que foi durante a internação que ela passou a se apresentar como Ágatha – sequer consigo imaginar o como deve ter sido vivenciar essa desterritorialização trancada em um lugar somente com homens.

Magali contou que estava em um processo de tentar atender Ágatha de uma forma que pudesse fazer com que o cuidado em saúde estivesse distanciado da instância da justiça – estava preocupada em manter o CAPSi como um lugar de cuidado e não de cumprimento de medida judicial.

Para isso, estava realizando os atendimentos do CAPSi em um momento e os do CREAS estavam ocorrendo em outro – por conta da medida protetiva –, mas em momentos específicos os atendimentos ocorreram em conjunto por Ágatha estar com resistência ao CAPSi. Segundo ela, Ágatha às vezes ficava mais resistente ao CREAS e o CAPSi ajudava nessa aproximação e ponderou que naquele momento Ágatha estava mais resistente ao CAPSi e que, talvez, o CREAS tivesse que ajudar.

A resistência não pareceu ser à profissional, mas às instituições. Com o CREAS, Ágatha tinha a obrigação de conversar para que sua liberdade assistida fosse mantida, o que não acontecia com o CAPSi.

Magali disse que combinou com o psicólogo do CREAS para que ele a avisasse quando Ágatha tivesse que ir assinar o documento de liberdade assistida para que ela pudesse estar lá para recebê-la também.

Perguntei à Magali o motivo pelo qual Ágatha tinha chegado até o CAPSi e ela respondeu que Ágatha já estava sendo acompanhada no CAPSi antes mesmo do ocorrido na escola, mas não sabia a razão – é de se estranhar que uma profissional que esteja como referência de um caso não tenha conhecimento desta informação.

A psicóloga ainda refletiu que para a ACS talvez tenha sido importante ver que Ágatha tratava todos os profissionais de um jeito “arredio”. Poucos minutos depois recebi uma mensagem de Paula com a seguinte mensagem “eu pensei que era só comigo, mas Ágatha está arredia com todos”.

Após essa visita domiciliar considerei que o caso de Ágatha me saltava aos olhos e provocava vários profissionais e instituições, então decidi tomá-la como caso traçador da minha pesquisa no MMF.

Conversei com a ACS, disse que gostaria de acompanhar os atendimentos feitos à Ágatha e perguntei se seria possível. Ela concordou e ficou de me mandar uma mensagem quando fosse realizar uma nova visita à Dona Maria ou Ágatha.

NAS SEMANAS SEGUINTES...

Dias depois da visita domiciliar realizada à Ágatha eu tomei posse como psicólogo em um concurso da prefeitura de Niterói e comecei a trabalhar em um Ambulatório de Saúde Mental do município. Assim, ficou mais complicado ir até o MMF semanalmente e as idas a campo começaram a ser mais espaçadas, ocorrendo a cada 15 dias.

Quando retornei no MMF para conversar com a ACS e saber como as coisas estavam no caso da Ágatha a ACS respondeu que o CAPSi não tinha

dado nenhuma devolutiva e tampouco tinha realizado outra visita domiciliar à Ágatha.

Parecia que, para a ACS, após o matriciamento, a Atenção Básica havia passado a responsabilidade pela usuária adiante, como um caso a ser acompanhado pelo CAPSi e não mais pela Atenção Básica. Assim, o MMF atuaria como retaguarda do CAPSi quando este serviço de atenção secundária demandasse algo diretamente ao MMF. E a corresponsabilização pelo cuidado? Claramente existia um ruído na comunicação entre o MMF e o CAPSi.

Outros 15 dias se passaram e eu estava com a sensação de que a ACS já não queria mais ser confrontada com as atitudes “arredias” da usuária e tinha se colocado distante do caso. A psicóloga do CAPSi parecia estar sobrecarregada de serviço – estava responsável por cerca de 70 crianças e adolescentes –, além de a distância geográfica ser um fator considerável.

A pesquisa no MMF tinha ganhado um ar de estagnação, enquanto minha inserção no Ambulatório de Saúde Mental se intensificava.

Nesse dia saí de casa decidida a ir conversar com Paula para saber se tinha acontecido mais alguma coisa, talvez saber um pouco da história dela, agradecer e encerrar minha pesquisa de campo.

Quando cheguei na unidade, fui falar com a ACS e ela me chamou em um canto e começou falar bem baixo para que ninguém ouvisse.

Perguntei se havia alguma novidade no caso de Ágatha e ela disse que não. Que não tem visto Ágatha na rua, só a Dona Maria recolhendo caixotes. Disse ainda que perguntou à Dona Maria se Ágatha tinha ido à escola e ela respondeu que não, que não tinham resolvido nada sobre isso – um mês após a visita e início das aulas.

Paula seguiu a conversa contando – indignada – o que tinha acontecido naquela semana. Um paciente da cidade vizinha tinha passado mal no CAPS e acionaram o MMF para que algum ACS fosse até o território encontrar a família. E questionou “o CAPS não resolve nada nosso, porque a gente tem que quebrar galho deles?”.

Ela então teve que ir ao território para avisar a mãe do paciente do CAPS – e não da rede, aos olhos dela – sobre a internação do filho e foi recebida com bastante agressividade. E indagou “a gente pode quebrar o galho do CAPS, mas eles não podem quebrar o nosso. Eles falam que não tem carro, mas e aquela acompanhante de território, não é para andar a pé igual ACS?!”. Segundo ela, “não tem parceria do CAPS com o MMF”.

A impressão que fica é que a ACS entende que pode referenciar o usuário para a atenção especializada e sair do caso, mais que isso, parece haver um incômodo grande quando surge uma demanda de outro equipamento da saúde direcionado ao MMF.

Passado o desabado da ACS, perguntei se tinha algum outro matriciamento agendado. Ela respondeu que não sabia e que talvez a Responsável Técnica soubesse.

Foi aí que compreendi o tom de voz quase sussurrado. Paula então contou que “a Responsável Técnica da unidade está para entregar o cargo, a gente não ficou sabendo se entregou, se não entregou. A gente tá nessa expectativa sem saber se ela entregou mesmo”. Perguntei se a RT tinha conversado com eles e ela disse que não.

Paula seguiu falando que estavam sem apoio nenhum, “a gente tá sem mão e sem perna. A RT só vive na rua, não sei que tanto de reunião a FeSaúde faz com ela”. E continuou, “hoje a gente tem assembleia do sindicato às 17 horas, eu acho que ela não vai liberar a gente 16 horas para sair, mas a gente vai bater o pé para ir, mesmo que ela desconte 1 hora. Na outra assembleia que teve descontaram um dia de quem foi”.

Nesse momento a RT chegou na sala e rapidamente a ACS mudou de assunto dizendo que eu estava perguntando se havia algum matriciamento agendado. A Responsável Técnica respondeu que era isso que ela tinha ido perguntar à ACS, pois ela teve um problema no celular e perdeu toda a sua agenda de compromissos e queria ver se a ACS saberia quais compromissos ela tinha – a RT não tinha ideia das atividades agendadas e parecia bastante perdida.

Embora não estivesse se recordando da sua agenda por completo, a RT disse que em dois dias aconteceria uma reunião geral entre as coordenações do CAPS, dos Ambulatórios de Saúde Mental e as Responsáveis Técnicas dos MMFs da Região Leste-Oceânica e me convidou para ir. Prontamente aceitei. A reunião teve como objetivo avaliar o segundo ciclo de matriciamento e será pormenorizada adiante.

Após mais 15 dias dessa ida ao MMF, entrei em contato com a ACS através de mensagem de celular. Perguntei sobre Ágatha e ela disse que a usuária tinha ido ao MMF pedir ajuda para conseguir se matricular na escola, pois o Conselho Tutelar não tinha ido à casa dela para buscar a mãe para fazer a matrícula. E a ACS falou que não realizou mais visita depois da que eu tinha acompanhado e que um novo matriciamento, do terceiro ciclo, estava marcado para o dia 13/03 às 9 horas.

No dia marcado fui para o matriciamento. Quando cheguei no MMF vi um cenário completamente diferente, não tinha funcionário na recepção, alguns usuários em pé aguardando para serem atendidos, profissionais passando de um lado para o outro no corredor, um pequeno caos.

Como das outras vezes, entrei e fui direto para uma sala onde os profissionais ficam reunidos e perguntei à técnica de enfermagem se Paula estava. Ela disse que não, que ela estava em um curso. Fiquei confusa e disse que ela tinha me informado de que estava agendado um matriciamento para aquele dia. Então, a técnica de enfermagem disse que a unidade estava uma bagunça, que a RT tinha se demitido e que não sabia sobre matriciamento.

Mande novamente uma mensagem para a ACS, que respondeu pedindo desculpas, mas tinha me dito a data errada. O matriciamento estava agendado para 13/04, exatamente um mês depois.

Como já tinha cogitado encerrar as visitas de campo no MMF, aquilo veio como um balde de água fria e pareceu ser o momento exato para encerrar a produção de dados. Além disso, continuava com a sensação de que nada significativo iria acontecer naquela unidade.

6.6. Reunião de fechamento do segundo ciclo de matriciamento

As reuniões de matriciamento da região Leste-Oceânica têm sido realizadas em ciclos. Ao longo de um ciclo a equipe matriciadora realiza uma visita a cada MMF da região com a finalidade de discutir os casos elencados pela Atenção Básica, trocar informações e prestar suporte técnico e pedagógico. Ao fim do ciclo, após todas as unidades de saúde terem sido visitadas, é realizada uma reunião entre as coordenações dos equipamentos de saúde mental e as responsáveis técnicas de cada serviço para discutir como foram esses momentos.

Assim, esta reunião teve como finalidade encerrar e avaliar o 2º ciclo do matriciamento da região Leste-Oceânica. Estavam presentes 19 profissionais dos MMF da região, do CAPS, CAPSi, CAPSad e dois Ambulatórios de Saúde Mental.

A reunião foi realizada no MMF do Meio do Mato. Este MMF é uma das unidades mais modernas da cidade – e talvez a mais descontextualizada. A estrutura é nova, o ambiente amplo, climatizado, limpo, bonito – nem parece uma unidade de saúde – e fica no meio do nada. Está localizada em um local super arborizado, no qual só se chega depois de percorrer alguns quilômetros de estrada de chão, não há sinal de telefone no local e tampouco transporte público que chegue até a unidade – o que não faz muito sentido, já que a população tem dificuldades consideráveis para conseguir acessar o serviço.

A reunião estava marcada para às 9 horas da manhã e só foi começar às 10 horas – os profissionais chegaram atrasados e reclamando do difícil acesso. Todos tinham ido de carro e naquele dia havia uma árvore parcialmente tombada na estrada que estava prestes a cair em cima de qualquer um que passasse ali.

Eu cheguei na unidade um pouco antes do horário marcado e como quase todos chegaram atrasados, fiquei do lado de fora esperando. Quando a RT da Floresta chegou, de longe, me disse um “oi” forçado e seguiu andando para

dentro da unidade como se não me conhecesse – ela parece uma parede, inexpressiva, fria, quase um obstáculo.

Ela havia me convidado para a reunião porque iriam abordar o caso de Ágatha, o que não aconteceu. Pelo contrário, a RT sequer falou qualquer coisa durante a reunião que durou – interessantes – 3 horas.

UM GRANDE BATE-BOCA...

A reunião começou com um clima amistoso entre pessoas que pareciam estar na mesma luta diária dentro dos serviços e que se confortavam com a presença uns dos outros.

De início todos se apresentaram e foi perguntado o que eles tinham achado desse ciclo do matriciamento. A conversa começou tranquilamente até que uma discussão mais acalorada foi iniciada pela RT1.

A RT1 pediu para que fosse formada uma equipe para ir até a sua unidade para conversar com os trabalhadores sobre o que é saúde mental com o intuito de ensiná-los como identificar “os casos mais simples em saúde mental”. Ressaltou que o objetivo era de que esses casos pudessem ser atendidos pelos técnicos da Atenção Básica e deu o seguinte exemplo “há profissionais que não estão conseguindo identificar nos usuários um quadro de ansiedade e isso seria possível de ser tratado dentro da Atenção Básica, de forma que o médico possa medicar e o enfermeiro conduzir”.

Em seguida, a psicóloga do CAPS pontou que isso é exatamente o trabalho do matriciamento e que se isso não está acontecendo, será necessário repensar como os matriciamentos têm sido realizados. Continuou sua fala dizendo que existem equipes formadas por profissionais técnicos em saúde mental, das três modalidades de CAPS e dos Ambulatórios que vão até os Módulos falar exatamente sobre isso. Assim, dependeria da disponibilidade e do interesse dos trabalhadores da unidade em querer participar desses encontros.

O psiquiatra de um dos Ambulatórios então explicou que no matriciamento eles trabalham entre pares, com as demandas do dia a dia e que faz diferença ter um espaço reservado para conversar com os trabalhadores da Atenção Básica e dizer que saúde mental faz parte do trabalho deles. Por fim, perguntou diretamente à RT1 “qual o máximo de profissionais você consegue mobilizar para estar no dia do matriciamento?”.

A RT1 retomou sua fala insistindo que é preciso sensibilizar os profissionais para atender em saúde mental e capacitá-los. Sugeriu que fosse realizado um evento de capacitação em saúde mental fora da unidade de saúde, que todos os serviços da região Leste-Oceânica fechassem um dia para poderem participar deste evento e que todos os profissionais dos MMF sejam obrigados a comparecer, pois “os profissionais não participam do matriciamento, não se sensibilizam, não tem interesse em participar”. Então, essa seria uma forma de obrigá-los a participar.

A psicóloga do CAPS explica que o espaço no matriciamento não é só para o profissional que tem interesse em saúde mental, é para dar suporte a todas as equipes da Atenção Básica. Pede então para que a RT1 tente fazer com que todos os profissionais participem do matriciamento a fim de que eles entendam a importância de estarem ali.

A RT1 – irritada – fala que os profissionais não conseguem se organizar para estarem nos matriciamentos, que eles sabem que as reuniões são importantes, mas o próprio serviço não permite que eles façam isso. E desabafa que não consegue sequer ter tempo para realizar reuniões com as equipes do seu MMF, pois não pode fechar a unidade para isso.

A RT2 a pontuou que sua unidade só tem uma equipe. “Como que fecha a unidade para fazer reunião? O tempo inteiro somos interrompidos”.

A RT3 concorda que não pode fechar a unidade para que todos participem do matriciamento e que também não consegue sequer realizar reunião de equipe por esse motivo. Fala que sua ida ali é sem sentido, que estava naquela reunião por obrigação – está completamente impaciente – e que não via como aquela discussão poderia ajudar a melhorar sua unidade. E termina dizendo que era

uma perda de tempo – houve um silêncio geral e muitas expressões de discordância apareceram.

O psicólogo de um dos Ambulatórios quebrou o silêncio e pontou que seria importante que tudo que estão falando naquele espaço fosse discutido diretamente com a gestão da RAPS, pois sem a presença deles acabava sendo uma discussão inútil. Segundo ele, quando as propostas chegam na gestão, eles não permitem que sejam colocadas em prática e questiona se a gestão de saúde mental do município poderia participar daquele momento com eles. A representante do CAPSi informa que convidou dois membros da gestão para estarem presentes naquele dia, mas eles não foram.

Nesse momento a RT4 coloca que a saúde mental é a maior demanda da Atenção Básica, que é necessária uma atenção que não está sendo dada e exemplifica “chega um paciente com cefaleia crônica e com inúmeros sintomas, mas profissionais não identificam como sendo algo da saúde mental”.

A psicóloga do CAPSi responde que é necessário pensar, a partir daquele caso que foi abordado pela equipe no matriciamento, “como eu posso acessar esse conhecimento que foi usado e aproveitá-lo em outros casos?”.

A RT1 pontua que no caso citado pela colega, os trabalhadores nem conseguem enxergar que o usuário tem demanda para levá-lo para o matriciamento.

A representante do CAPSi reflete que talvez seja necessário dar um passo atrás e antes de discutir um caso específico, usar o espaço do matriciamento para discutir outras coisas, mas que isso também vai precisar de engajamento das equipes.

E segue sua fala perguntando “o que é matriciamento?”. E continua “o matriciamento, sendo bem rasa, é eu emprestar o meu saber em saúde mental para o técnico profissional da Atenção Básica, que tem um outro tipo de saber, para que ele sozinho possa lidar com aquilo. Então, eu não preciso que um profissional da saúde mental esteja do lado de um profissional enfermeiro para conseguir lidar com uma demanda em saúde mental. Eu vou compartilhar com

ele meu saber para que na hora da consulta ele consiga avaliar isso sozinho. A gente está tentando fazer isso, mas matriciamento não é uma coisa simples. Por isso que a gente está aqui hoje para avaliar onde a gente tem que avançar. Talvez seja importante no dia do matriciamento da unidade de vocês identificar ‘você é o médico que não quer saber de saúde mental, então hoje você está indicado para estar nesse espaço’ – do matriciamento. Talvez isso seja importante”.

A RT1 insiste, “a gente sabe o que é o matriciamento e aí coloco ele para ir e antes que ele consiga entender a primeira palavra que você diz, ele não consegue entender o que é matriciamento”. E acrescenta, “vou falar para tal trabalhador, que não tem interesse, que ele tem que estar ali no matriciamento. Daqui a pouco ele vai dar um jeito de sair, seja para atender um telefone ou fazer qualquer coisa e aí chega uma demanda, já que não pode fechar a unidade, ele não vai ficar no matriciamento porque não tem interesse”.

A RT2 pondera que o matriciamento também não vai abrir a mente da pessoa se ela não tiver interesse.

A psicóloga do CAPSi pede que quando eles forem fazer o matriciamento que a RT1 sinalize quais são os profissionais, porque na unidade dela somente dois profissionais participam. E pondera, “se a gente está dentro da unidade com todos os serviços só para vocês e a pessoa que está ali dentro não consegue chegar, a gente volta tudo. Volta no que é matricular, porque isso é uma capacitação de certa forma”. A RT1 – já sem paciência – fala que desiste de explicar.

A psicóloga do CAPSi segue falando “gente vai lá, explica o que é CAPS, CAPSi, CAPSad, Ambulatório. Pergunta o que eles entendem que é caso para Ambulatório, o que é para CAPS e a gente volta lá trás. Mas se o profissional não participa, não tem como”.

Sem paciência, a RT1 dispara novamente “eu desisto. Não vou falar mais”. E a psicóloga continua “você desistiu, mas eu saí com três encaminhamentos do que você trouxe. Acho que foi bom. E esse espaço é para isso, para dizer o que a gente pode fazer diferente. Porque a gente já está

fazendo metade do que você falou aí”. E conclui, “se a gente esperar que o profissional tenha interesse, ninguém vai discutir saúde mental. A demanda das equipes em capacitação em saúde mental é uma coisa que está clara que precisa ser feita”.

Um psicólogo – com a voz bastante elevada - intervém e diz “quando falam que é saúde mental, parece que não estão falando de saúde, que é um outro planeta. Essa é a grande dificuldade. É preciso dizer ‘galera, a saúde mental é saúde e pertence a todos nós. Se você não quer fazer nada, ao menos escuta um pouquinho’. Aí chega um paciente com crise de ansiedade e o profissional empurra para outro. Se a gente já sabe que fulano tem interesse em saúde mental, a equipe inteira já fala assim ‘esse usuário é para você’. Então, esse profissional não pega para si o básico, porque acaba indo para o matriciamento os profissionais que já tem uma afinidade com saúde mental e acaba sendo ‘o fulano que gosta de saúde mental’, então manda para ele”.

A psicóloga do CAPSi coloca que os matriciamentos servem para capacitar tecnicamente os profissionais da Atenção Básica “há falta de conhecimento técnico mesmo. Quando a gente puxa um caso e pensa, esse é para o CAPS, esse aqui é para o Ambulatório, isso é uma capacitação. Mas se o profissional não vem para participar, ele também não está ouvindo. Não sei se eu consigo diferenciar muito uma capacitação de um matriciamento. Por isso, a importância de ao encaminhar para algum serviço, já entrar em contato e avisar. Senão o usuário chega ali no acolhimento do CAPS, junto com demanda espontânea, com tudo. Entrar em contato também ajuda a gente dar um *feedback* para o MMF. É importante saber quem está vindo, de onde está vindo e por que está vindo”.

E pede às RTs que, quando estiverem com dúvidas se devem encaminhar o usuário para o CAPS, entrem em contato antes para discutir o caso e faz uma observação “ainda mais porque os CAPS são fora de mão. Aí o usuário demora a chegar e ainda não é para lá. Porque, dependendo de onde você está, você tem que pegar 2 ou 3 ônibus para chegar lá. Então, liga para gente porque a gente pode inclusive fazer um matriciamento por telefone ou a gente marca um dia ou vai no território antes que o usuário precise chegar no CAPS”.

E segue falando “porque a gente já fez o contrário também. Nossa paciente estava em surto dentro de casa. Então, o CAPS acionou o PMF para dar uma corrida lá na casa dela, porque o SAMU só queria levar com a pessoa avaliando e a gente estava de longe tentando avaliar. A gente faz o contrário também. Porque é muito importante essas notícias de vocês. Vocês conseguem chegar com muito mais rapidez que a gente em relação aos usuários que ficam no território e que não chegam nos CAPS. A pessoa está lá se colocando em risco no território, está se jogando na frente dos carros... É sempre tentar articular que o PMF esteja junto porque aí a gente consegue que o SAMU remova. Porque às vezes não vai dar tempo de a gente chegar e vai colocar o usuário em risco. Vocês conseguem trazer notícias de como esse usuário se encontra no território, coisa que no dia a dia a gente, com a rotina e o tamanho do território que a gente abrange, a gente não consegue estar tanto quanto a gente precisa estar. Acho que esse espaço também é lugar para gente ir afinando essas coisas”.

Após a discussão acalorada, um dos participantes perguntou sobre os equipamentos de saúde mental da rede. Outro profissional respondeu que há o Centro de Convivência – muitos pareciam não fazer ideia do que se tratava – e ele prossegue “é um absurdo não conhecerem o Centro de Convivência, mas também é muito longe daqui”.

A psicóloga do CAPS então complementou a fala “como essa região é longe dos equipamentos de cultura, de lazer e dos CAPS estamos lidando com distâncias de no mínimo uma hora de ônibus, estamos lidando com pacientes de saúde mental que não vão aguentar ficar muito mais tempo que isso em um ônibus”. A partir disso houve um acordo de que seria construída e divulgada entre os serviços uma lista com todos os dispositivos de saúde mental e projetos sociais presentes no território.

Antes de encerrar a reunião, os outros profissionais – que permaneceram calados a reunião inteira – foram convocados a dar breves relatos de como o matriciamento estava ocorrendo nas suas unidades.

Entre as diversas falas foi possível perceber que não há uma clareza dos profissionais da Atenção Básica – aqui, na figura dos Responsáveis Técnicos – do que exatamente é um matriciamento em saúde mental e como ele ocorre.

Embora estivessem em um local que provocasse esse conhecimento e debate, poucos foram os que efetivamente participaram. Se eles, enquanto RTs que foram convocados a ir à reunião não estavam dispostos a se aprofundarem no assunto, fico pensando que interesse o profissional da ponta teria em realmente participar do matriciamento.

De um lado, os PMFs cobravam algo que já estava sendo feito – mas como não têm clareza sobre o que é, acham que não está acontecendo. E, do outro lado, os técnicos em saúde mental tentando explicar o que estão fazendo e se deparando com dificuldades de se fazerem entender.

De uma maneira geral, tenho a impressão de que as reuniões na saúde mental são acaloradas e vários elementos relevantes são discutidos quase à exaustão, mas nenhuma diretiva prática é tomada. Parece sempre haver algo a ser discutido novamente.

7. DISCUSSÃO

A fim de organizar a discussão, tomo como ponto de partida as três cenas descritas ao longo do texto: o caso de Dona Maria e Ágatha, o matriciamento do MMF da Floresta e a reunião entre coordenadores.

7.1. Dona Maria e Ágatha

Proponho neste momento olharmos para Dona Maria e para Ágatha separadamente. Temos então duas cenas quase distintas, mas que se atravessam o tempo inteiro.

Na primeira cena encontramos uma senhora de 60 e poucos anos que vive em um contexto de vulnerabilidade social. Seu vínculo familiar mais próximo

é sua filha de 16 anos que está internada em uma instituição para cumprir medida socioeducativa. Mora em uma casa precária, tem poucos recursos financeiros e uma possibilidade de autocuidado questionável. Sua rotina se baseia em passar o dia dentro de casa sozinha e sair apenas para procurar caixotes de madeira, os quais utiliza como combustível para cozinhar. Sua relação com a unidade de saúde do bairro é cercada por certa desconfiança, pois na última vez que foi ao postinho realizou um exame preventivo e se sentiu violentada. Além de não possuir recursos psicológicos para transitar pela cidade, ainda tem um episódio recente e singular no qual matou um gato e o deixou dentro de casa.

Na segunda cena encontramos uma adolescente de 16 anos, transexual, pobre, periférica e com poucos vínculos afetivos e sociais. Seu vínculo mais próximo é sua mãe, com a qual tem conflitos de toda ordem. Após cumprir medida socioeducativa por ter participado de uma agressão violenta à outra adolescente, volta para a casa da mãe. Além da relação conturbada com a mãe, ainda tem que voltar para uma casa que não possui condições básicas de salubridade. Diante deste cenário, prefere ser institucionalizada novamente ou ficar na rua a ter que voltar para casa.

Ao nos depararmos com essas duas cenas é possível considerar que ambas demandam cuidado em saúde mental, mas qual delas é cuidada? A que está dentro de casa sem perturbar a sociedade ou a que está do lado de fora incomodando? Será possível cuidar de uma sem cuidar da outra?

O breve relato sobre Dona Maria permite observar que existem algumas questões psíquicas e sociais que merecem um olhar mais cuidadoso. Também é possível questionar o motivo de Dona Maria não ser captada pela rede de saúde. Qual a necessidade de disponibilizar um cuidado para alguém que passa o dia em casa e que só causa mal a si mesma? Será que Dona Maria precisará afrontar a sociedade – da forma que seja – para que sua vida seja digna de algum valor?

O cuidado em saúde mental parece não estar dado por uma necessidade biológica ou técnica, mas precisa ser imposto. Seja por um movimento autônomo

de alguém cuja loucura imponha isso, seja por uma questão legal ou qualquer outro motivo que permeie uma lógica onde o cuidado é utilizado para disciplinar os corpos de maneira a controlá-los. Desta forma, considerando o conceito de medicalização proposto por Foucault (1984) e discutido por Zorzanelli e Cruz (2018), a atenção à saúde aparece como um mecanismo de poder sobre a vida do outro.

As instituições disciplinares e a biopolítica formam uma aliança útil no exercício da gestão da vida, que encontra, no fenômeno da medicalização, um lugar de ação, visto que a medicalização se caracteriza pela intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos, exercendo um controle sobre a população e o indivíduo (Zorzanelli; Cruz, 2018, p. 775).

Assim, o que se percebe é que se o usuário não provoca a sociedade a ponto de causar desconforto, ele não é visto e não é cuidado, ele padece nas sombras em silêncio.

A maneira como Dona Maria encarou o exame citológico não fala somente da brutalização do corpo da mulher, mas também diz sobre a necessidade de um olhar ampliado por parte do profissional da saúde. Da mesma forma que é fundamental que os profissionais expliquem a parte técnica do exame, se faz necessário que a linguagem utilizada alcance a usuária e seja compreendida por ela. Um simples exame de rotina que poderia ser entendido como um ato de cuidado foi sentido por Dona Maria como uma violação do seu corpo.

Se existisse alguém produzindo visibilidade para o seu sofrimento e gerando demanda para o serviço de saúde talvez Dona Maria se tornasse objeto de algum cuidado. Porém, enquanto ela permanecer no bloco dos irrelevantes, dos que não merecem ser vistos ou cuidados, continuará a perecer de forma invisível. Continuará como só mais uma – das muitas Dona Marias – que tem uma vida que não vale a pena ser vivida.

Vamos agora pensar nas práticas de cuidado que têm sido ofertadas à Ágatha. Institucionalizar uma adolescente transexual, violenta, pobre e periférica é uma ação de cuidado, uma reprodução do modelo manicomial ou uma medicalização desse corpo?

Melo e Tschiedel (2019) ao analisarem o cuidado em saúde mental destinado a infância na Atenção Básica apontam que

Historicamente, em nosso país, adotamos uma direção de cuidado para as crianças e adolescentes pautada por uma lógica predominantemente punitiva e não efetivamente de cuidado. A institucionalização, com medidas de internação como principal instrumento, consistia na principal diretriz de uma assistência a essa população, apresentando vocação reparadora, adaptativa e punitiva. Tal institucionalização direcionava-se, principalmente, para crianças e adolescentes pobres, partindo de ações de criminalização e patologização da pobreza, como resultados de processos históricos de segregação racial e social (Melo; Tschiedel, 2019, p. 143).

Considerando o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciado no fim dos anos 70, cabe destacar que “foi apenas com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que a saúde mental da criança e do adolescente emergiu como uma questão relevante” (Melo; Tschiedel, 2019, p. 147). No ano seguinte, em 2002, foram definidas as diretrizes para a implementação e funcionamento do CAPSi.

Após mais de duas décadas de discussões e de ações em saúde pública voltadas para a saúde mental infantojuvenil a lógica punitiva continua caminhando lado a lado com as tentativas de cuidado.

Ágatha, ao participar de um ato violento, causa desconforto social. Sua atitude agressiva e inaceitável a transforma em um perigo para a sociedade. Ao seu corpo, só resta a institucionalização e a medicalização.

Ágatha acumula passagens por instituições socioeducativas e serviços de saúde. Que tipo de cuidado essas instituições têm promovido à Ágatha? Um cuidado que coíbe ou um que promove vida? O que os diferencia? Para além das suas andanças pelo sistema, o que Ágatha sente? Do que ela gosta? Que história ela contaria sobre sua trajetória?

Se o diagnóstico, se o rótulo, se as institucionalizações precedem à usuária, sua subjetividade perde força. Seu projeto terapêutico perde sentido. Ágatha escorre pelo sistema e é carregada por caminhos que se desviam o tempo todo. Parece sempre tentar nadar num contrafluxo mais forte que ela e quando se rende e se deixa ser levada pelo fluxo da institucionalização, é forçada

a voltar para o início, é forçada a voltar para casa. Será que esta usuária está sendo escutada pelos serviços de saúde?

Se antes – ou ainda – a loucura dos adultos só restava ser enclausurada em hospitais psiquiátricos, às crianças e adolescentes, marcados pela pobreza, parece só caber a institucionalização.

Por onde andaré essu cartógrafo?

Descobrir as afetações que o campo provocou em mim levou tempo – e escrevo ainda meio desconfiade de mim. A dificuldade de escrever sobre tais afetações me levou a considerar que invés de ser afetade, eu fui desafetade pelo campo – ou será que dele me protegi?

Ver a luta de Ágatha para não voltar para casa, a súplica por qualquer tipo de ajuda institucional, qualquer meio de se salvar da realidade que ela já conhecia – e de certa forma eu também – talvez tenha me distanciado.

Será que não fui afetade? Acho que foi sim uma forma de me proteger. E, como tantas outras coisas, foi preciso tempo, distanciamento e análise.

Saber a história de Ágatha por profissionais de saúde foi uma coisa. Ver de relance Ágatha escondida atrás daquele cobertor – que cobre, encobre e até sufoca – foi me deparar com um vislumbre do passado que eu estou há muitos anos tentando superar.

Analisando um pouco percebi que no mesmo ano em que Dona Maria estava grávida de Ágatha eu fui expulso de casa por conta da minha sexualidade. Após quase 17 anos, quando me vejo precisando retornar para um lar que uma vez me rejeitou, me deparo com Ágatha.

Assim como Ágatha vaguei dias pela rua para não ter que voltar para casa. Assim como ela cresci envolvido com questões jurídicas. Assim como ela usei da agressividade para me proteger. Assim como ela teve meu corpo e minha sexualidade desrespeitados de diferentes formas. Claro que nossas histórias e trajetórias são bastante diferentes, mas reconheço nela vários dos sofrimentos

pelos quais passei e que talvez eu não estivesse preparade para encarar ao mesmo tempo em que eu estava voltando para casa.

Me encontrar com Ágatha foi revisitar um passado doloroso. Enxergar, em um contexto ainda mais complicado, alguns dos percalços pelos quais passei foi difícil. Foi preciso me resguardar de algumas coisas em campo para que esta pesquisa pudesse ser concluída.

Fui atravessade o tempo inteiro e sempre serei. Alguns mecanismos de defesa, autocuidado e resiliência me permitiram chegar até aqui. Espero que Ágatha também consiga passar por tudo isso e descobrir formas mais amenas de estar no mundo.

Certamente a história de Agatha mereceria mais aprofundamento, mas fui até onde dei conta.

7.2. Matriciamento do MMF da Floresta

Para discutir matriciamento é preciso olhar para dois conceitos propostos por Campos (1999): Apoio Matricial e Equipe de Referência.

Segundo Cunha e Campos (2011) o Apoio Matricial tem como objetivo

assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. (Cunha; Campos, 2011, p. 964)

Os autores também apresentam o conceito de Equipe de Referência

A Equipe e os Profissionais de Referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo “responsabilidade pela coordenação e condução” refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. (Cunha; Campos, 2011, p. 964)

Assim, o Apoio Matricial “tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela” (Campos et al., 2014, p. 989).

Essa configuração de Apoio Matricial e Equipe de Referência permite uma aproximação da atenção especializada em saúde mental com a Atenção Básica.

O campo da saúde mental possibilita a descentralização das ações no território, a capacitação das equipes de referência, a interdisciplinaridade, a retaguarda especializada, modificando a lógica do sistema de referência e contrarreferência. O matriciamento em saúde mental surgiu, então, como importante estratégia para fazer valer tal articulação, de modo a garantir um cuidado ampliado, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde (Santos; Cunha; Cerqueira, 2020, p. 3).

Desta forma, o matriciamento surge como um espaço que vai ao encontro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao fomentar o cuidado territorial em saúde mental, visto que ao promover discussões clínicas conjuntas “os profissionais matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a complexidade da vida dos sujeitos” (Figueiredo; Onocko Campos, 2008, p. 147). Assim, o matriciamento é “um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento” (Brasil, 2011b, p. 16).

Voltando o olhar para a reunião de matriciamento do MMF da Floresta podemos identificar uma equipe de Apoio Matricial formada por duas psicólogas do CAPS, uma enfermeira e uma psicóloga do CAPSi e acompanhante territorial do CAPSad, portanto, profissionais das três modalidades de CAPS. Já na Equipe de Referência, dos doze profissionais que compõe as duas equipes da unidade, participaram da reunião apenas um enfermeiro e três ACS. Logo, na equipe da atenção especializada estavam presentes cinco profissionais e na equipe atenção básica apenas quatro.

Cabe destacar que enquanto as profissionais dos CAPS precisam se deslocar até o território do MMF para realizar o matriciamento, os profissionais que estão dentro da unidade tiveram baixa participação. O que se tem é uma

equipe da atenção especializada robusta e uma equipe da Atenção Básica esvaziada.

Essa baixa participação pode ser relacionada a uma conjunção de fatores, como o número insuficiente de profissionais e o excesso de demanda. Estes fatores aparecem nas falas dos participantes desta pesquisa e também foram identificados em uma pesquisa realizada por Campos et al. (2011):

Todos os grupos identificam que a grande demanda de saúde mental, quando não filtrada, combinada com a falta ou a alta rotatividade de recursos humanos, são geradoras de dificuldades de articulação de uma rede de cuidados. Segundo os trabalhadores, nessas condições, as equipes, sobrecarregadas, têm dificuldades em dar continuidade aos compromissos e aos fluxos pactuados na rede (Campos et al., 2011, p. 4647).

Outro tema que atravessa constantemente os serviços de saúde e é anunciado através da fala de uma ACS, citada anteriormente, e que aqui retomamos, é a sobrecarga dos profissionais de saúde:

“são vários casos, são várias buscas que a gente está tendo que fazer porque agora é Bolsa Família. A gente tem que ir atrás de Bolsa Família para atualizar, carteira de vacinação para atualizar. A ponto de a gente ter que ir com isopor para rua porque as mães querem ter um monte de filho para Bolsa Família. Então, eu não tenho pernas também para te dar uma visita por semana, nem sempre eu vou conseguir ir à casa dela duas vezes por semana. Tem semana que eu posso conseguir, mas vai ter semana que eu não vou conseguir te dar notícias dela, entendeu?”

Essa fala apresenta não só a sobrecarga dos profissionais, mas mostra a diversidade de atividades atribuídas aos trabalhadores, a necessidade de responder as demandas do serviço, do território e da rede.

Se o matriciamento se vale do trabalho em rede, podemos inferir que a sobrecarga de trabalho impacta diretamente no trabalho em rede. Neste sentido, Bezerra e Dimenstein (2008) apontam a sobrecarga dos profissionais da saúde como um obstáculo.

Existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, dentre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais.

Como resultado, há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços e presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção (Bezerra; Dimenstein, 2008, p. 638).

Cabe ressaltar que embora existam duas equipes de Saúde da Família no MMF da Floresta, há desfalque de um médico em uma das equipes, o que acaba repercutindo em todo o serviço e colabora para a sobrecarga dos profissionais da unidade.

Outro tema que caminha lado a lado com o matriciamento e que pode ser identificado nessa pesquisa é a corresponsabilização entre os serviços pelo cuidado dos usuários.

Após o matriciamento do MMF, a ACS referência do caso Ágatha demonstra entender que depois de discutir o caso com a atenção especializada a Atenção Básica havia passado a responsabilidade pela usuária adiante, como um caso a ser acompanhado pelo CAPSi e não mais pela Atenção Básica.

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Brasil, 2011b) aponta que este pensamento predomina nos serviços de Atenção Básica

No atual modelo hegemônico, os serviços de saúde da atenção primária encaminham para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta ou internação do usuário. Dessa forma, o portador de sofrimento psíquico é encaminhado e não é sentido pelos profissionais da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território, na sua comunidade (Brasil, 2011b, p. 200).

A corresponsabilização do cuidado é justamente uma das atividades concernentes ao trabalho em rede e objeto do matriciamento. É a partir da troca e da conciliação de distintos saberes que é possível que estas equipes atuem juntas para formular um projeto terapêutico. Desta forma, “essa rede de saberes gera a primeira possibilidade de rede, que vincula, que corresponsabiliza” (Brasil, 2011b, p. 200).

7.3. Reunião entre coordenadores

Em uma reunião em que se pretende avaliar um processo, como acontece com os ciclos de matriciamento, é de se estranhar que ao fim de uma etapa os participantes não saibam o básico sobre o tema.

A reunião entre os coordenadores mostra a dificuldade que as gestoras das unidades dos MMFs têm de compreender a finalidade do matriciamento, visto que em dado momento da reunião uma RT solicita que fosse formada uma equipe para ir até sua unidade para conversar com os trabalhadores sobre saúde mental com o intuito de ensiná-los como identificar os casos mais simples de saúde mental.

Essa solicitação demonstra que sequer para as gestoras da Atenção Básica está claro o que é matriciamento, pois o que a RT requisita é justamente a essência do Apoio Matricial em saúde mental. Se a própria gestão desconhece a importância e a função dos encontros de matriciamento, podemos inferir que este seja um dos pontos que justificam a baixa adesão e participação dos profissionais nestes espaços. Se para a gestão não está clara qual a função do matriciamento, tampouco estará para os trabalhadores.

Outro elemento ganha destaque nas falas das RTs, a falta de tempo dos profissionais para participarem dos matriciamentos.

Cunha e Campos (2011) apontam que existem problemas de caráter organizacional que atravessam os espaços de matriciamento e estão diretamente ligados aos atores locais, como gestores e trabalhadores.

É necessário que internamente, haja uma definição de equipes de referência, ou pelo menos que haja contratos com os profissionais em que estejam previstas atividades de Apoio Matricial. Por outro lado, é inegável que muitos serviços estão abertos a esse tipo de convite, tendo sido construídas relações de Apoio Matricial em vários âmbitos do SUS, muitas vezes apesar do pouco investimento de gestores (Cunha; Campos, 2011, p. 969).

Mesmo que no MMF da Floresta haja uma abertura para o matriciamento, é possível identificar que apenas alguns profissionais participam deste espaço e que estes estão predominantemente concentrados na categoria profissional de agente comunitário de saúde.

Os autores ainda apontam que dentre os problemas organizacionais a responsabilização clínica insuficiente e inadequada se destaca, posto que o modo de organizar o trabalho contribui para que o foco do objeto de trabalho dos profissionais se restrinja a procedimentos, doenças ou partes do corpo, e as atividades em rede, como o matriciamento, sejam colocados de lado, fragmentando o serviço.

Outro ponto que se destaca durante as falas dos participantes e que merece destaque são as condições em que os matriciamentos ocorrem.

Outros pontos que emergiram nas falas das RTs com relação a baixa participação dos profissionais no matriciamento foram a falta de tempo das equipes para estarem em mais uma atividade, como é o caso do matriciamento, o excesso de demanda nos serviços e a falta de interesse dos trabalhadores em participar do matriciamento. Estes pontos também são destacados por Cunha e Campos (2011):

Na maior parte dos contratos feitos entre gestores e trabalhadores, assim como entre gestores e serviços de saúde, predomina a dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos, por período de trabalho). São raros os contratos com base em encargos sobre uma população que habite certo território e que valorizem atividades em conjunto entre serviços da rede, para pacientes compartilhados, ou seja, existe uma tendência a fragmentar a clínica tanto internamente a cada serviço quanto externamente (Cunha; Campos, 2011, p. 963).

O que se nota é que há uma dificuldade em garantir espaços que promovam o encontro produtivo entre os profissionais do próprio serviço e deles com a rede de saúde.

7.4. Considerações Finais

Me propus nesta pesquisa investigar um tema que tanto me atravessa e que hoje faz parte dos meus dias mais intensamente enquanto profissional: a produção do cuidado em saúde mental.

Esta pesquisa buscou responder alguns objetivos específicos a fim de alcançar o tema proposto e é deles que parto para tecer minhas conclusões.

A partir da intenção de identificar as ofertas de atenção à saúde mental realizadas no MMF da Floresta, pôde-se observar que não há uma compreensão ampliada sobre saúde mental entre os profissionais, uma vez que eles não consideram como sendo do campo da saúde mental parte das ações que realizam, limitando com isso, inclusive, a possibilidade de qualificá-las mais, pois não refletem de maneira explícita sobre elas nessa perspectiva.

Por fim, foi possível analisar o processo de matriciamento em saúde mental em uma unidade do Programa Médico de Família como proposto. Identificou-se a importância do espaço do matriciamento para a discussão de casos, para a pactuação de ações entre a rede de saúde e a potência do cuidado articulado em rede. Também foi identificado que os trabalhadores que têm maior assiduidade nos matriciamentos são os agentes comunitários de saúde, que há um sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde e uma falta de clareza entre os trabalhadores da Atenção Básica sobre o papel de cada serviço no cuidado em saúde mental.

Verifica-se que o Apoio Matricial ainda está em discussão e em processo de construção na rede de Niterói. Fica evidente a dificuldade das Responsáveis Técnicas dos MMF da região Leste-Oceânica de entenderem a finalidade e desenvolvimento das reuniões de matriciamento, bem como a importância das reuniões de encerramento e avaliação de cada ciclo.

Desta forma, como proposto, foi possível investigar a produção do cuidado em saúde mental em uma unidade do Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ.

Esta pesquisa esbarrou com alguns limites do pesquisadore. Tais limites impossibilitaram que o caso de Ágatha e Dona Maria pudesse ser mais bem explorado, já que apresentava uma realidade com potencialidade para suscitar uma discussão mais aprofundada sobre o trabalho em saúde mental.

A produção do cuidado em saúde mental é um tema que atravessa a todo tempo o trabalho em saúde e se apresenta em constante construção. É uma

área que enseja novas pesquisas e que se mostra como um campo frutífero para aqueles que se interessam pelo tema.

REFERÊNCIAS

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 373-390, maio 2013.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. Cienc. Prof.**. Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 01 set. 2023.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.350**, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 01 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 01 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF. 2011b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Saúde Mental. Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 05 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 01 set. 2023.

_____. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.536**, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, DF. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm. Acesso em: 01 set. 2023.

CAMPOS, G. W. DE S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, out. 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Da atenção Básica à Atenção Primária – do cuidado integral territorializado à focalização médico-centrada no SUS. AMAQ, PMAQ-AB, e remunerações por “resultados”. In: AKERMAN, M. et al. **Atenção Básica**

é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. São Paulo: Editora Hucitec, 2020.

FERIGATO, S. H; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n.38, p. 663-676, jul. 2011.

FIGUEIREDO, D; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78, p. 143-149, 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: MACHADO, R, (Org.) **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Discussão acerca das atribuições dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro, RJ. 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/pl-64372016-sobre-atribuicoes-dos-acs-e-ace-documentos-e-contribuicoes-da-epsjvfiocruz>. Acesso em: 01 set. 2023.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263-280, maio 2013.

MELO, D.; TSCHIEDEL, R. G. A promoção de saúde mental infantil: das potencialidades da Atenção Básica. *In*: PAULON, S. M.; LONDERO, M. F. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes comunitárias de saúde com ensino superior: normas, saberes e currículo. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 20. 2022.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação Estatal de Saúde de Niterói. **Carteira de Serviços do Programa Médico de Família (PMF)**. Niterói, RJ. 2021a. Disponível em: https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/CS_do_Programa_Medico_de_Familia_de_Niteroi_livro_digital_18001e3f63.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação Municipal de Saúde. **Plano de integridade e compliance**. Niterói, RJ. 2021b. Disponível em: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/PROGRAMA%20DE%20INTEGRIDAD E%20-%20FMS%20FINAL%2001-11-2021.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. Conselho Municipal de Saúde de Niterói. **Plano Municipal de Saúde Participativo**. Niterói, RJ. 2022. Disponível em:

http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Participativo%20Saude%2003.05.2022_off4.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Fundação Estatal de Saúde de Niterói**. Niterói, RJ. 2023. Disponível em: <https://fesaude.niteroi.rj.gov.br/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, S. M.; LONDERO, M. F. P.; RIGHI, L. Intercessões pesquisantes entre saúde mental e Atenção Básica: Quando Cuidar, Intervir, Investigar se Embaralham. *In*: PAULON, S. M.; LONDERO, M. F. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica**: o pesquisar como cuidado. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

ROCHA, M. *et al.* O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro. *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2016.

SANTOS, A. M.; CUNHA, A. L. A.; CERQUEIRA, P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300409, 2020.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Participação no estudo

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Assistência à saúde mental no Programa Médico de Família de Niterói: uma cartografia”, tem como pesquisadora responsável Kamilla de Andrade Carvalho e o Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes. O objetivo deste estudo é investigar como o cuidado em saúde mental tem sido realizado pelas equipes da Atenção Básica de Niterói-RJ. Caso você aceite participar, você terá que concordar que o cotidiano do seu trabalho seja observado pela pesquisadora e participar de duas entrevistas em que serão abordados o seu processo de trabalho dentro de atendimentos que envolvam questões de saúde mental do usuário. As entrevistas devem dispende cerca 30 minutos cada uma. Além disso, haverá o registro das entrevistas por meio de gravação de voz.

Riscos e Benefícios

Com sua participação nesta pesquisa, você estará exposto a riscos como: constrangimento, desconforto, estresse, medo, cansaço ou aborrecimento ao participar das entrevistas e/ou durante gravações de voz; Interferência na rotina do seu trabalho, embarço ao interagir com a pesquisadora e medo de repercussões eventuais ao longo da observação; Quebra de sigilo. Caso eles venham a ocorrer, será tomada a seguinte providência: será providenciado atendimento psicológico, quando necessário, em casos específicos, sob a responsabilidade do pesquisador responsável. Esta pesquisa tem como benefícios ampliar o conhecimento e contribuir com o desenvolvimento de alternativas inovadoras de intervenção no âmbito da assistência em saúde mental na atenção básica.

Sigilo, Anonimato e Privacidade

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

Autonomia

Você também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Devolutiva dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de setembro de 2023, através do e-mail: kamilla.acarvalho@hotmail.com

Ressarcimento e Indenização

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você.

Consentimento de Participação

Eu _____ concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Assistência à saúde mental no Programa Médico de Família de Niterói: uma cartografia” conforme informações contidas neste TCLE.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável:

Nome: Kamilla de Andrade Carvalho

E-mail para contato: kamilla.acarvalho@hotmail.com

Telefone para contato: (81) 99619-2019

Assinatura da pesquisadora: _____

Coordenador responsável: Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

E-mail para contato: lucianobgomes@gmail.com

Telefone para contato: (83) 99613-7374

Assinatura do coordenador responsável: _____

Obs: Todas as demais laudas devem ser rubricadas.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você considere que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde no endereço: Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco / CEP: 58.051-900 – João Pessoa-PB. Telefone: (83) 3216-7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br