

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Raquel Fernandes Coelho

Saúde Mental nos três níveis de atenção: relato de experiência

Rio de Janeiro
2024

Raquel Fernandes Coelho

Saúde Mental nos três níveis de atenção: relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, que me motivou a seguir nesse projeto de carreira e me permitiu conhecer Macaé, onde cresci na profissão, e me trouxe de volta ao Rio de Janeiro, onde vivo a profissão.

Agradeço ao colégio onde me formei, a todos os professores, por terem moldado meu olhar pro outro e pras iniquidades, que tanto me inquietam.

Agradeço às minhas R iguais Polly, Mari e Dani, que, mesmo vindo de caminhos tão diferentes, nos encontramos para suportarmos juntas esse trajeto em comum.

Agradeço aos meus R+s Kaio, Michelle, Tarik e Marcela por terem pavimentado o que percorri e deixado sinalizações pelo caminho.

Agradeço a minha R+ Anna Catarina por me permitir ser sua sombra por tanto tempo.

Agradeço a minha preceptora Gabriella por me proporcionar apoio ombro a ombro.

Agradeço ao meu noivo, Marcelo, por suportar tantas reclamações.

APRESENTAÇÃO

Prazer,

Sou Raquel, uma mulher cis de 27 anos, branca, sem religião mas crescida no catolicismo, médica pela UFRJ de Macaé-RJ e residente do Programa de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ, atuando na Clínica de Família Anthidio Dias da Silveira, no Jacarezinho. Sou moradora da zona Norte do Rio de Janeiro, pertinho da Vila da Penha onde vivi a infância e longe de Jacarepaguá onde vivi a adolescência, e planejando voltar para uma cidade do interior com praia onde vivi a faculdade de Medicina e me formei em 2023. Apesar de ter passado por 5 escolas, me formei no Colégio Cruzeiro de Jacarepaguá, onde encontrei casa e sinto saudades diárias. Sonho em retornar para Macaé, ter tempo para me exercitar após o trabalho e fazer algumas viagens pelo mundo.

RESUMO

O texto relata a experiência do autor durante um estágio no Deambulatório, serviço de saúde mental territorializado de atenção secundária, no Rio de Janeiro, dentro da residência em Medicina de Família e Comunidade. A saúde mental é abordada como um campo complexo e plural, onde o trabalho envolve a integração dos três níveis de atenção e ações coordenadas em território. Destaca-se a importância do atendimento psicossocial territorializado, que envolve não apenas os serviços de saúde, mas também a integração com outras políticas públicas e ações sociais. A atuação da equipe multidisciplinar e a dinâmica de matriciamento com as clínicas da família são centrais na abordagem do vivenciado. O texto também enfatiza a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca promover autonomia e corresponsabilidade nos serviços do SUS. A experiência é descrita com foco em casos específicos de pacientes e as dificuldades encontradas no processo de trabalho, como a comunicação intra e intersetorial, a resistência de pacientes e a complexidade do cuidado em saúde mental. A metodologia adotada é qualitativa, baseada em relatos de experiência e observações práticas no serviço.

ABSTRACT

The text describes the author's experience during an internship at a territorialized mental health service in Rio de Janeiro, within the Family Medicine residency program. Mental health is approached as a complex and plural field, where the work involves integrating the three levels of care and coordinating actions in the community. The importance of territorialized psychosocial care is highlighted, which not only involves health services but also integrates with other public policies and social actions. The work of the multidisciplinary team and the dynamic of matriculation with family health clinics are central to the approach described. The text also emphasizes the National Humanization Policy (PNH), which aims to promote autonomy and shared responsibility in SUS services. The experience is presented with a focus on specific patient cases and the challenges encountered in the work process, such as intra- and intersectoral communication, patient resistance, and the complexity of mental health care. The methodology used is qualitative, based on experience reports and practical observations in the service.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	11
3. RELATO.....	11
3.1 O que é?.....	11
3.2 Estrutura física:.....	12
3.3 Estrutura da equipe:.....	12
3.4 Rotina da equipe:.....	13
3.5 Relações intersetoriais:.....	13
4. NARRATIVAS.....	14
4.1 Sempre Assim.....	14
4.2 A questão do interpessoal.....	15
4.3 Intersetorial.....	16
4.4 entre o não saber e o não querer saber.....	17
5. CONCLUSÃO.....	18
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

“ Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites.” (Amarante, Paulo;2007, pág.14)

Esse trecho faz parte do livro Saúde mental e atenção psicossocial e representa a experiência vivida por mim durante o estágio de um mês na residência de Medicina de Família e Comunidade. Durante esse mês em um serviço de atenção secundária de saúde mental territorializado, fui capaz de perceber as nuances da assistência em saúde mental dentre os três níveis de assistência: atenção primária, secundária e terciária. Um serviço é territorializado quando se utiliza do território para caracterizar as condições de saúde e doença daquela população, como no caso do Deambulatório, que se organiza a partir de uma região específica, a população adscrita de duas clínicas da família.

Paulo Amarante (2007), em seu livro Saúde mental e atenção psicossocial, diz que o trabalho em saúde mental, até poucos anos atrás, se referia ao trabalho em manicômios, com pessoas restritas a liberdade e há pouco se transformou na atenção psicossocial experimentada atualmente. O mesmo cita que “saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas”. (Amarante, Paulo;2007, pág.18).

No mesmo livro, é abordado o papel do médico na saúde mental. Se no período dos hospícios filantrópicos, o médico era apenas um visitador caso fosse necessário alguma avaliação clínica, flutuou para a principal figura do hospital, como vimos com Philippe Pinel em Paris em 1793 e após a reforma psiquiátrica, o médico é interpretado como um participante da equipe multidisciplinar. Através dos meus relatos, busco também identificar o papel do médico na saúde mental e a interpretação do mesmo por olhares distintos dentro do serviço de saúde.

Por ser um serviço de saúde mental territorializado, é importante definir as fronteiras pelas quais se é responsável pelo seu interior. Nos relatos, busco trazer os esforços da equipe na ocupação do território, seja em espaços já ocupados pela população ou em espaços pouco frequentados em que se busca aumentar a

visitação. Paulo Amarante (2007), em seu livro Saúde mental e atenção psicossocial traz um trecho que ilustra a tentativa: “Os serviços de atenção psicossocial devem procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território que, (...), não se reduz ao espaço geográfico.” (Amarante, Paulo;2007, pág.76)

Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdência social, delegacias, instituições para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos. (Amarante, Paulo;2007, pág.78)

Esse trecho, também retirado do livro Saúde mental e atenção psicossocial, remete a importância da rede de saúde bem estruturada, que também são abordados nos relatos.

No serviço relatado, a relação mais próxima acontece com o serviço de atenção primária, já que os pacientes acolhidos vem do encaminhamento e matriciamento das clínicas da família . A atenção primária em saúde tem o desafio de não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários, além de buscar o pensamento da desmedicalização.

Durante o matriciamento, é importante que os profissionais da saúde mental auxiliem a equipe de saúde da família a alcançar o sucesso em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos.

Busco, através dos relatos, trazer sobre a complexidade da saúde mental nos três níveis de atenção, que nos traz um pensamento interessante, abordado no Saúde mental e atenção psicossocial:

No caso da saúde mental, a complexidade é invertida: no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento etc. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais

complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem. (Amarante, Paulo;2007, pág.87)

Outro tema que considero importante abordar, pois perpassa os relatos, é a Política Nacional de Humanização (PNH)(Brasil, 2010), o HumanizaSUS. Essa é uma estratégia transversal do SUS que visa ser compreendida como política pública. A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

No princípios, temos a transversalidade, que objetiva aumento do grau de transformação inter e intragrupos e transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. Além das transversalidades, temos indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos dos coletivos. Com esses princípios, temos como descrição: Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho, Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos e Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho, Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais e as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Como método de aplicar a PNH na prática, temos três orientações dentro do documento base para gestores e trabalhadores do SUS: inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança, sendo realizada com a análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises e inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança

dos perceptores e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal.

2. METODOLOGIA

Realizo uma pesquisa qualitativa caracterizada por um relato de experiência . Estudo este que abrange a minha experiência nas atividades coletivas das quais participei e ajudei a organizar no serviço do Deambulatório da zona norte do Rio de Janeiro durante o meu segundo ano de residência em Medicina de Família e Comunidade, especificamente no mês de Julho de 2024 .

Não houve a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, considerando que a fonte é a própria experiência.

3. RELATO

3.1 O que é?

Deambulatório é um projeto de saúde associado à saúde mental no Rio de Janeiro. Até o presente momento, não temos documentos oficiais que descrevem sua prática, porém temos a fala do psiquiatra doutor Hugo Marques Fagundes Júnior, que coordena a Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro, na audiência pública da comissão permanente de higiene, saúde pública e bem-estar do dia 30/08/2021. Nessa fala, o coordenador de saúde mental do município do Rio de Janeiro, fala da importância da porta de acesso preferencial do SUS: a atenção primária. A partir dessa lógica, é pensada a rede em saúde que terá como base organizacional de base organizacional e comunitária.

Ao pensar em deambular, constroi-se a imagética do ambulatório que se territorializa e consegue fazer busca ativa e entender a comunidade que cerca seu paciente. Essa imagética vem também como uma resposta aos encaminhamentos da atenção primária aos ambulatórios de saúde mental, em vias de tentar minimizar o tempo de espera dessas demandas tão urgentes.

3.2 Estrutura física:

Fica fisicamente localizado em uma rua sem saída da zona norte do Rio de Janeiro. O prédio é antigo, tem dois andares e é clássico dos serviços de saúde dos anos 90 e com muitas pinturas sobrepostas e atualmente azul escuro, da cor do emblema do SUS. A equipe tem disponível uma sala no primeiro andar que serve de base para reunião interna e administração, além de outra sala no segundo andar que é dividida em duas subsalas para realização dos atendimentos e grupos. Nenhuma das duas salas tem banheiro e por isso, é necessário que a equipe solicite a chave do refeitório na recepção, que fica no primeiro andar, para que, pegue a chave do banheiro dentro do ambiente do refeitório, que fica no segundo andar. Por ser antigo, o prédio tem baixa acessibilidade a deficientes físicos, sendo necessário solicitar sala no primeiro andar quando não é possível que o paciente acesse às escadas.

O dispositivo também utiliza de espaços externos e territoriais para as atividades. Todos os espaços fora do prédio base são acessíveis a pé e levam algumas ruas para chegar. Em um outro prédio, provavelmente da mesma época do prédio da sede, utilizamos o espaço de uma biblioteca sem leitores, os livros são bastante atualizados e há facilitação para os adolescentes para locação de livros. Essa biblioteca foi descoberta pelos agentes territoriais contratados da equipe, que fizeram busca de locais de ocupação pelo território. Todas as vezes que fomos lá, estava bastante vazia e geralmente só tinha a mesma jovem adulta estudando para concurso, além da bibliotecária. A distância entre a sede e o prédio da biblioteca é de 15 minutos andando lento e atento aos adolescentes que frequentam a mesma com a equipe.

Também utilizamos um espaço aberto, da prefeitura, em que sentamos em roda com os adultos e adolescentes a céu aberto. Há também um grupo de estudantes universitários de dança, que promove uma aula a céu aberto na praça que existe bem perto dos outros dispositivos.

3.3 Estrutura da equipe:

A equipe é composta por 12 profissionais, de maioria feminina: a coordenadora é psicóloga de formação, há mais duas psicólogas na equipe, um auxiliar administrativo, um professor de educação física, uma fisioterapeuta, uma bailarina, uma médica de família e comunidade e duas agentes territoriais. A equipe também recebe estagiários e durante meu estágio, estávamos em duas: de psicologia e médica, especialista em medicina de família e comunidade. A equipe também conta com uma supervisora, que é psicóloga de formação, e o gerente do CAPS de referência, que é farmacêutico de formação.

3.4 Rotina da equipe:

A rotina da equipe funciona com a maioria dos trabalhadores realizando 30 horas semanais e comparecendo às terças pela manhã, obrigatoriamente, em que é realizada a reunião de equipe. Além da presença na terça, foram formadas duas equipes que dividem as tarefas.

Então, temos equipes de segunda e quinta e outra de quarta e sexta, pois todos os funcionários comparecem às terças pela manhã para reunião de equipe.

São organizadas quatro semanas-padrão que se intercalam ao longo dos meses a fim de permitir que os pacientes tenham a primeira colhida às terças e tenham três retornos de “primeira vez” até serem acolhidos em grupos pré-existent com temáticas definidas. Existem dois grupos de adolescentes, que se intercalam a cada 15 dias, por exemplo. Todas as quintas, a equipe recebe os alunos de um projeto de extensão de dança da UFRJ, que trazem movimentos de dança em busca de mostrar ritmo e relaxamento. Também existem grupos de mulheres, mulheres idosas, cuidadores, idosos e alguns grupos de crianças.

3.5 Relações intersetoriais:

O serviço recebe as listagens de pacientes encaminhados ao SISREG por duas clínicas da família na aba de saúde mental, também são avaliadas as vagas de psiquiatria e reabilitação intelectual, voltado para o diagnóstico de autismo. É idealmente pactuado que a equipe discuta os casos enviados pelo SISREG no espaço protegido de matriciamento que ocorre uma vez por semana, no turno de reunião de equipe, que atende duas equipes por semana em esquema de

rotatividade. Após avaliação dos encaminhamentos, a coordenadora do deambulatório realiza os agendamentos formando grupos afins de idade e temas descritos. Os pacientes comparecem nos dias agendados para a primeira avaliação que ocorre em grupo, com fala livre dos mesmos e de seus acompanhantes e cuidadores. Quando o público é infanto-juvenil, separamos as crianças e adultos com profissionais distintos e salas separadas para ouvi-los individualmente e assisti-los brincar. Além do primeiro encontro, são agendados mais dois desses grupos, que entram na etapa de conhecer os pacientes para depois direcioná-los a grupos específicos de abordagens distintas ou consulta individual psicológica ou médica. Se o paciente já realizar acompanhamento em outro serviço da RAPS, como ambulatórios de saúde mental ou CAPS, o mesmo é orientado a fazer uma escolha condicionada a sua condição, orientada pela equipe.

4. NARRATIVAS

4.1 Sempre Assim

Nos dias de primeira vez, os pacientes vão chegando e esperando nas cadeiras que ficam localizadas de frente para a sala de base da equipe. Eles chegam aos poucos e o mesmo fenômeno acontece: os pacientes percebem que foram agendados na mesma hora. Na verdade, eles realmente foram agendados na mesma hora, pois será uma atividade em grupo. Porém, costumam ficar decepcionados com isso, pois tinham no imaginário que seria uma consulta individual com o psicólogo ou psiquiatra.

Esse momento me incomodava bastante, eu tinha vontade de ir no corredor e avisar que “sim, é em grupo, galera”, mas é uma estratégia da equipe que eles descubram por conta própria.

Teve um momento em específico, que ficou na minha memória.

Era o último grupo da tarde, iniciando às 16h. O grupo era de mulheres de meia idade. Entrei para esse momento pela primeira vez com a fisioterapeuta e a agente territorial. Deixamos que as pacientes se apresentassem primeiro e todas as cinco falaram que não iriam se abrir, pois não queriam atividade em grupo, queriam psiquiatria individual para ver medicação. Isso me incomodou muito, no momento, imagino como seja para profissionais não-médicos ouvirem. O mais curioso foi que,

aos poucos, todas se abriram e, além disso, começaram a comentar sobre os casos das outras, como se não precisassem da presença dos profissionais ali. A última fala foi “ vamos todas orar pelo avô de Luciana e torçam muito pela minha vaga de emprego na quarta’. A minha percepção foi que essas mulheres mudaram depois de se encontrarem.

4.2 A questão do interpessoal

Semanalmente, há matriciamento nas unidades em que a equipe recebe os pacientes: o objetivo é que a dupla responsável pelo matriciamento visite duas equipes durante o período de reunião de equipe para ser informada dos casos que foram encaminhados e orientar se a equipe é mesmo a mais adequada ou se outro nível de atenção é responsável por aquele paciente. Muitas das equipes tem suas reuniões sem a equipe técnica presente. Apesar dos ACS terem excelente conhecimento dos pacientes, não é competência deles realizar os encaminhamentos a atenção secundária e por vezes os agentes trazem solicitações de auxílio em que nem a equipe técnica da própria equipe está ciente do caso ou conhece o paciente. Percebi uma dificuldade da equipe técnica em conhecer as atribuições da atenção primária, talvez por não terem especialização na área. Também percebi dificuldade na comunicação intra equipe e intersetorial, já que muitos da equipe técnica eram grosseiros ou omissos no processo de matriciamento.

Em uma dessas tardes de matriciamento, fui com a psicóloga do matriciamento para encontrar uma equipe. Atravessamos a rua e entramos na clínica da família que tem o modelo tradicional de CMS, com tijolinhos e uma árvore enorme no estacionamento. A equipe não estava na sala da mesma, pois o médico estava atendendo lá então utilizamos uma sala comum para nosso encontro. Vou ao acolhimento implorar que me liberem uma cadeira para sentar e pactuar a juras de sangue que trarei de volta no fim da reunião. Sala apertada, 7 pessoas dentro dela, 3 sentadas em cima da maca e todas sem nenhum lugar para anotar num caderno. A enfermeira da equipe está no computador, talvez fazendo a ata. O ACS é um homem jovem branco, tem em torno de 30 anos e está em cima da maca. Traz o caso de um usuário que não quer ser atendido, mas quem conta a história implora por uma intervenção. O paciente mora em um apartamento próprio da família, sozinho, em que a família paga o condomínio para que o mesmo não seja

despejado. Porém, não há energia elétrica na casa. O ACS traz que o paciente não sai de casa, às vezes vai na porta pegar marmita que algum familiar deixou no tapete de entrada, o cheiro ruim chega no corredor e há infiltrações para o vizinho de baixo. Ele traz que tentou contato com o paciente, em vão, mas tem informações da tia que deixa comida e do síndico, que queria entrar no apartamento e organizar tudo. O ACS traz vídeos feitos da moradia num momento em que o paciente foi a casa da tia para que fizessem reparos na infiltração sem que o mesmo soubesse. A casa foi violada pelos vizinhos desesperados, que viram alimentos estragados e com moscas na geladeira, casa toda revirada e muitos móveis quebrados, um local inabitável. Dizem que após o retorno do paciente, ouviram gritos e som de porcelana do vaso se quebrando. Informamos ao ACS que seria um caso da atenção terciária, do CAPS, mas que podemos realizar o matriciamento para eles. Ele questiona se teria como intervir de alguma forma e damos a ideia dos bombeiros, mas só em momentos de crise de risco à própria vida ou de terceiros. Questionamos se a equipe técnica da atenção primária conhece o caso e percebemos que não, mas que estão fazendo uma notificação de violência para solicitar ajuda com o caso. Informamos que a notificação gera dados, mas não gera nenhum alerta na assistência que traga apoio físico ao caso e eles se espantam com essa informação. Não é por menos, não sabiam nem qual violência iriam notificar sem conhecer o caso. Duas semanas depois de passarmos o caso à atenção secundária, foi solicitado que fizéssemos apenas o matriciamento da atenção secundária, mesmo que a atenção primária não tenha momento de matriciamento. Acredito que o usuário continue lá, morando numa moradia sem luz e dignidade, ouvindo vozes e vozes de vizinhos que o rejeitam, sozinho.

4.3 Intersetorial

Recebemos e acompanhamos o caso de uma menina de 12 anos, com diagnóstico prévio de autismo. Em atendimento coletivo da mesma, não consegui perceber o diagnóstico de autismo que me tinha sido informado. Compartilhei tal consideração com a equipe, pensando muito mais em um diagnóstico de deficiência intelectual, o antigo retardo mental. A equipe disse que compartilhava do mesmo sentimento desde que a menina tinha iniciado o acompanhamento. Informou também que ela já chegou com esse diagnóstico fechado por uma antiga funcionária do mesmo local,

que informou que também não acreditava muito no diagnóstico de autismo. Uma família preta de classe média baixa, que vestia a camisa do autismo, sem esse diagnóstico. Ao participar do grupo de acompanhantes, a mãe da paciente traz um evento traumático para si: sua filha informa ter sido abusada sexualmente na escola, por um menino da mesma turma e a mesma não tinha entendido como abuso e sim como namoro. A mãe veio desesperada, querendo que passasse pelo médico para inibir a sexualidade da paciente, que estava se afluando recentemente. A mãe não queria denunciar, pois a escola informou que só tinha 3 professoras para 100 crianças, não tinha como controlar e o agressor é vizinho da paciente, mora algumas casas ao lado. Ao acionarmos a clínica da família, em busca de PSE sobre o tema, recebemos acusações de um dos adscritos e depois confusões sobre a acusação ser falsa, mesmo que acusar não ajudaria em nada. Também não dava para abordar o tema na escola, pois não se pode falar de sexo com a população que faz sexo, é impróprio. O jeito que sobrou foi castrar os desejos da menina, mas isso foi nós que recusamos.

4.4 entre o não saber e o não querer saber

Era uma tarde chuvosa de pouco atendimento, fizemos a acolhida de 3 crianças de primeira vez entre 6 e 10 anos, as crianças brincavam na sala dividida ao lado e eu estava acolhendo os familiares junto da psicóloga. As duas mães dos meninos falaram sobre a agitação de ambos, que atrapalhavam a aula, mas a avó da menina disse não saber de nada, nem entendia o motivo da neta estar ali. A psicóloga insistiu, perguntou de novo e ofereceu atendimento em separado pois sabia o que estava escrito na guia de encaminhamento. Eu não sabia, não tinha lido. A avó recusou, pactuou vir no próximo encontro com a mãe. Quando juntamos a equipe, quem ficou com a menina informou que ela brincou mas falou pouco, nada sobre o tema. No matriciamento da semana seguinte, fomos informados pela ACS que a avó comunicou à mãe que tinha que falar sobre o caso na frente de todos, a mãe estava muito incomodada com isso e queixou com a ACS. Estranhamos, pois a avó não tinha falado nada e negou a reunião privada que oferecemos. Pedimos para ACS fazer a ponte para um novo atendimento. A menina, de 8 anos, estava sendo abusada sexualmente pelo pai e havia suspeita que o filho mais novo, de 4 anos, também estivesse sofrendo os abusos. A mãe dos meninos havia, então, se mudado

para a casa da avó, a contragosto da mesma, para fugir do antigo parceiro e proteger as crianças.

5. CONCLUSÃO

Após a vivência, consegui concatenar percepções frente aos diversos campos vivenciados durante o mês de estágio. No campo do interpessoal, entendi a importância de ampliar o conhecimento sobre o território e as diversas capacidades dos profissionais participantes, a fim de reduzir as iniquidades dentro do próprio trabalho, mas também mudar a percepção dos pacientes e profissionais sobre a saúde mental. Reforçar o conhecimento sobre o território permite que encontremos pares para auxiliar na caminhada, permite que encontremos o sofrimento que não era alcançado e permite proporcionar saúde.

Dentro do próprio quadro profissional, da equipe diária, vejo a importância de se dedicar a construção de processos, formas de padronizar os atendimentos e avaliações para que seja possível reforçar as devolutivas para os pacientes, famílias e equipe de referência da atenção primária.

Na relação com a atenção primária, é necessário reforçar a capacitação em saúde mental, em busca de uma atenção primária bastante resolutiva e que possa contar com a disponibilidade do matriciamento como braço de apoio, mas não de entrega.

Por fim, acredito que a secretaria de saúde mental precisa protocolar processos do projeto, principalmente sobre limites de atuação e equipe mínima.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. HUMANIZAsus: documento para gestores e trabalhadores do SUS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasu/rede-humanizasu/humanizasu_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 30 out. 2024.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial [online]. 4nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. Temas em saúde collection. ISBN 978-85-7541-368-5.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Ata da sessão. Disponível em: <https://aplicnt.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/atas.nsf/0/EF3FF41D5097324D03258741007998A4?OpenDocument>. Acesso em: 22 nov. 2024.

MENDES, João. *Redes de computadores: teoria e práticas*. [s.l.]: [s.n.], 2024. Disponível em: file:///C:/Users/raque/Downloads/livro_redes_mendes.pdf. Acesso em: 23 nov. 2024.

SANTOS, Flávia. *Territorialização em saúde*. 2023. PDF. Disponível em: file:///C:/Users/raque/Downloads/flaviasantos,+3+--+TERRITORIALIZA%C3%87%C3%83O+EM+SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 23 nov. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. *Textos curso vigilância em saúde*. 2020. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf. Acesso em: 23 nov. 2024.