



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental



HUGO RIBEIRO LANZA

**O NASF como dispositivo de cuidado a pessoas expostas à violência na
Atenção Básica**

**CAMPINAS
2022**



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental



HUGO RIBEIRO LANZA

**O NASF como dispositivo de cuidado a pessoas expostas à violência na
Atenção Básica**

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientador: Dr. Bruno F. Emerich

CAMPINAS

2022

RESUMO

O presente trabalho é resultado de inquietações e afetos produzidos ao longo da minha experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp, especificamente, em seu segundo ano, quando estive atuando em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um território periférico e vulnerável de Campinas. Neste contexto, boa parte das atividades que desenvolvi estavam relacionadas ao cuidado a pessoas que foram expostas a violência. Considerando que as violências constituem um dos mais importantes agravos à saúde, estando diretamente relacionadas ao sofrimento psíquico e à produção de subjetividade, é papel do Estado, por meio de suas políticas públicas, cuidar, combater e prevenir as violências. Na área da saúde, a Atenção Básica se mostra como um lugar privilegiado para isso. Neste trabalho busco, portanto, discutir o papel do NASF no cuidado de pessoas expostas a violências no território.

Palavras-chave: Atenção Básica. Violência. NASF. Saúde Mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	9
3 PERCURSO METODOLÓGICO	9
4 APRESENTAÇÃO DO CAMPO	11
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
5.1 Apoio matricial	15
5.2 Atendimentos individuais	18
5.3 Ações intersetoriais	23
6 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O tema da violência está diretamente relacionado com minha experiência no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp. No ano de 2021, quando estive como residente em um CAPS III do município de Campinas, me encontrei com diversos sujeitos em sofrimento mental que tiveram suas vidas e subjetividades marcadas pela violência. Eram muitos os usuários do serviço que foram expostos à violência de algum modo. Conheci um usuário negro, morador de uma das regiões mais vulneráveis e violentas da cidade, que teve sua primeira crise psíquica após ser violentado em uma abordagem policial; outro usuário, também negro e do mesmo território, que teve como marco do início de seu sofrimento mental o encarceramento; conheci outro usuário que estava em situação de rua e cotidianamente narrava as diversas violências que sofria na rua, seja da polícia ou da população civil. Além disso, eram muitas as usuárias que traziam narrativas atreladas a violências de todo tipo, sobretudo sexual, psíquica e física.

Ao ingressar em 2022 na equipe de um NASF que realiza o apoio matricial a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um território periférico do Distrito Norte de Campinas, a relação entre saúde mental e violência se mostrou ainda mais explícita. Por estar inserido em serviço territorial, como é uma das diretrizes da Atenção Básica (Brasil, 2017), pude notar como a violência se faz cada vez mais presente na vida cotidiana. A maior parte dos casos discutidos em reunião de equipe e em matriciamentos, bem como a maior parte dos usuários com os quais pude me encontrar, seja em atendimentos individuais, compartilhados ou em grupo, ou em visitas domiciliares, tinham suas trajetórias atravessadas pelas violências.

Ao longo do ano, esse tema foi se mostrando cada vez mais comum no meu dia-a-dia. Não apenas no trabalho e no contato com o usuário, mas na vida, nos espaços da residência e também no âmbito pessoal. Falar sobre violência, discutir, ler e estudar foram se tornando tarefas cada vez mais comuns. Pude perceber que as vidas e as histórias das pessoas ao meu redor

estavam marcadas pela violência, bem como a minha própria; a violência atravessa a tudo e a todos.

Neste trabalho, busco entender a violência como um fenômeno que faz parte da história da humanidade; inerente à condição humana; sendo sempre um fenômeno multifatorial e multidimensional determinado sócio-historicamente. Para Minayo (2009), esse tema é sempre complexo e polissêmico, produzindo controvérsias. As violências estão presentes nas mais diversas relações sociais e institucionais, ocorrendo nas microrrelações. É importante ressaltar que nas relações violentas não existem vítimas e algozes, pois pensar dessa maneira seria reduzir a complexidade desse fenômeno. Vivemos em “[...] um sistema que faz da violência um modo de vida e de existência, que a institui como única forma de relação possível” (Vergès, 2021, p.). Compreender a violência em sua complexidade é ir além de visões binárias e dicotômicas. Todos os sujeitos são educados a naturalizar a manutenção do poder a partir das violências, de forma que a cultura da violência é compartilhada por todos (hooks, 2019).

Vergès (2021) e hooks (2019) acreditam que todas as violências se relacionam e se reforçam mutuamente entre si, porém atingem diferentes sujeitos de modos variados: existem pessoas que estão mais expostas e vulneráveis que outras. Gênero, raça, sexualidade, classe, entre outros marcadores, devem ser tomados como categorias de análise importantes para compreender esse fenômeno. No Brasil, as mulheres e crianças, sobretudo negras e indígenas, são atingidas de maneira desproporcional pelas violências. É impossível não considerarmos, sobretudo no contexto de países do terceiro mundo, a violência como um elemento estrutural da sociedade, sendo inclusive perpetuada e legitimada pelo Estado; onde o poder tem a violência como tema central de sua narrativa (Vergès, 2021).

No Brasil, a prevalência da exposição à violência é altíssima: cerca de 19% de crianças e adolescentes já presenciaram violência doméstica entre os pais; mais de 50% das crianças entre 6 e 13 anos já sofreram violência grave por parte dos genitores e mais de 42% foi exposta à violência no ambiente escolar; mais da metade das mulheres que tiveram parceiros sofreram alguma

violência por parte do cônjuge; a violência ocupacional atinge cerca de 39% das mulheres trabalhadoras (Ribeiro et al, 2009).

Para Minayo (2009), as violências afetam fortemente a saúde, sendo consideradas um dos mais importantes agravos, provocando morte e traumas, diminuição da qualidade de vida das pessoas a elas expostas, readequação dos serviços de saúde, novos dilemas ao atendimento profissional e atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. Existem evidências contundentes de que as violências se tornaram uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo, porém com índices particularmente altos em países do terceiro mundo, em especial a América Latina (Ribeiro et al., 2009).

No que diz respeito à saúde mental, estudos apontam alta prevalência de transtornos mentais associados a eventos violentos e traumáticos, tais como transtornos depressivos, ansiosos (em especial o Transtorno de Estresse Pós-Traumático), uso abusivo de substâncias psicoativas, ideação suicida e outros quadros difusos ligados à violência em territórios vulneráveis (Gonçalves, Queiroz, Delgado, 2017; Ribeiro et al., 2009). Porém, a experiência da violência produz sofrimento psíquico para além desse olhar psiquiátrico, uma vez que o sofrimento não é redutível a síndromes e transtornos. Podemos pensar que as violências produzem modos de subjetivação, ou seja, produz modos de ser no mundo, de se relacionar, de experienciar a vida e os afetos. Muitas vezes, a violência é percebida como traumática, impactando a forma como o sujeito a ela exposto simboliza e elabora subjetivamente o acontecimento, encontrando-se em situação de desamparo e angústia.

É importante ressaltar o papel do Estado nessa trama da violência. Na maior parte das vezes, ao invés de garantir proteção, a instituição estatal promove e legitima desigualdades e violências dos mais variados tipos, sendo o Estado uma “[...] condensação de todas as opressões e explorações imperialistas, patriarcais e capitalistas” (Vergès, 2021). Os importantes recuos nos direitos humanos e sociais que atingem o Brasil desde 2016, ou seja, o desmonte das políticas públicas – como na saúde, educação, habitação,

geração de trabalho e renda, mobilidade pública, entre outras –, tem impulsionado ainda maiores violências, sobretudo contra grupos minoritários, tais como as mulheres, negros, povos indígenas e tradicionais, LGBTIA+, idosos, crianças e PcDs.

O Estado brasileiro encontra-se em um lugar paradoxal. Ao mesmo tempo em que é um dos principais atores da violência, seja através da negligência na garantia dos direitos fundamentais e desinvestimentos nas políticas públicas, seja nas ações diretas contra a população (como pelo sistema judicial e penitenciário, pelas forças policiais, entre outros), a partir do SUS, ele possui a responsabilidade de cuidar de pessoas cujas vidas foram marcadas violências. O Estado tem o dever de garantir a saúde, sempre tomando-a de forma ampliada, biopsicossocial e intersetorial; levando em consideração os determinantes sociais da saúde, de modo que considera que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica da sociedade (Brasil, 2009).

Com a Atenção Básica, o SUS se capilariza através do Brasil, aproximando-se de sua população por estar diretamente inserido nos territórios (Brasil, 2009). Esse nível de assistência é a principal porta de entrada ao SUS, com uma capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde, bem como desenvolver ações de promoção e prevenção, para além do diagnóstico, tratamento e reabilitação. Vale destacar que a equidade é o princípio fundamental da Atenção Básica, de forma que deve-se sempre considerar as desigualdades e iniquidades no campo da saúde, incluindo o acesso aos serviços (Brasil, 2009). Ou seja, as necessidades de saúde de cada sujeito não devem ser entendidas como iguais, pois cada sujeito, a partir de marcadores sociais, sua história e do território em que vive, possui necessidades únicas que devem ter um olhar privilegiado no atendimento.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) , criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, é formado por uma equipe multiprofissional que realiza o apoio matricial às equipes de saúde da família (eSF) na Atenção Básica, ampliando e aperfeiçoando a atenção e a gestão da saúde (Brasil, 2009). Os NASFs devem atuar a partir das diretrizes da interdisciplinaridade e

intersectorialidade, educação permanente, territorialização, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (Brasil, 2009). As ações do NASF compreendem também atendimentos compartilhados, individuais e em grupo e visitas domiciliares.

Entre as diversas áreas de atuação do NASF, está a saúde mental. Nesse campo, busca-se aumentar a capacidade das eSF em cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico, integrando-os aos demais pontos da rede; "... identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade" (Brasil, 2009, p.40), priorizando casos mais graves que exigem cuidados imediatos, com intervenções de cunho familiar e comunitário.

Levando isso em consideração, bem como a Política de Atenção Básica, podemos considerar que o NASF se constitui como uma importante estratégia para o cuidado, enfrentamento e proteção às violências. Porém, enquanto residente de saúde mental inserido em um território atravessado pela violência, me questiono sobre como cuidar da saúde mental desses sujeitos violentados e expostos às violências de todo tipo, sujeitos cujos corpos foram estuprados, espancados, desmembrados, esfaqueados, baleados, mutilados.

2 OBJETIVO

Meu objetivo principal neste trabalho é discutir o cuidado em saúde mental a pessoas expostas à violência em duas UBS no município de Campinas localizadas em territórios de vulnerabilidade social. Especificamente, busco analisar a oferta de cuidado saúde desenvolvida a esse público, no âmbito do NASF.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, utilizo a cartografia como referencial metodológico. A cartografia é o acompanhamento de percurso, investigação de processos e análise dos efeitos e afetos produzidos,

não sendo necessariamente um método definido de pesquisa científica, embora ela ofereça pistas para sua prática. Há o entendimento de que a prática e a pesquisa caminham juntos, não havendo separação entre eles, de modo conhecer a realidade é acompanhar seus processos, sendo necessária uma imersão no plano da experiência. Na cartografia, há a inseparabilidade entre objeto de pesquisa e sujeito pesquisador: ambos estão inseridos no mesmo no mesmo plano de forças e afetações (Passos, Kastrup e Escóssia, 2010).

A construção da cartografia ocorre a partir da inserção do cartógrafo na realidade concreta, na habitação de novos territórios-existenciais e compartilhamento daqueles existentes e no encontro com diferentes sujeitos. Privilegia-se acompanhar os processos de subjetivação existentes, que embora ainda desconhecidos, são vivenciados também pelo cartógrafo. Segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2010), não se busca, portanto, nada em específico, não há um objeto delimitado ou uma hipótese a ser investigada. Pelo contrário, é necessária uma atenção desfocada e sensível, ao mesmo tempo atenta àquilo que produz afetações.

Toda experiência cartográfica acompanha processos, mais do que representa estados de coisa; intervém na realidade, mais do que a interpreta; monta dispositivos, mais do que atribui a eles qualquer natureza; dissolve o ponto de vista dos observadores, mais do que centraliza o conhecimento em uma perspectiva identitária e pessoal. O método da cartografia implica também a aposta ético-política em um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo (Passos, Kastrup e Escóssia, 2010, p. 169-170).

Sendo assim, utilizo pistas do método da cartografia para acompanhar os processos envolvidos no meu trabalho no NASF, as afetações que me foram produzidas nos encontros com os trabalhadores e usuários e produzidas a partir das atividades desempenhadas por mim enquanto psicólogo, sejam elas clínicas ou não. Ao longo da discussão deste trabalho, trago cenas e afetos produzidos nas reuniões de equipe que participei, grupos em que estive envolvido e casos que atendi ao longo do ano. Busquei garantir o sigilo, não

sendo possível identificar nenhuma das pessoas que encontrei ao longo desse percurso e que de alguma forma estão presentes neste trabalho. É importante ressaltar que nenhuma atividade desenvolvida por mim nas UBS ocorreu com fins de pesquisa científica.

4 APRESENTAÇÃO DO CAMPO

Este trabalho foi desenvolvido a partir da minha experiência enquanto psicólogo residente em duas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Norte do município de Campinas, São Paulo. Comecei a trabalhar nesses serviços em março de 2022, com prazo de término em fevereiro de 2023. Sendo assim, este trabalho não representa toda minha experiência com a violência nessas UBS, pois a conclusão de sua escrita se deu antes do fim da residência.

O NASF do qual fiz parte ao longo desse período é uma equipe recente, que foi inaugurada ainda no ano de 2021. O número de profissionais e suas respectivas categorias variou nesse tempo, além de que os profissionais não médicos atendem nas duas UBS, enquanto os médicos, com exceção de um, atendem somente em uma unidade cada. Os profissionais não médicos são: 2 psicólogas, 1 assistente social, 1 fonoaudióloga e 1 farmacêutica. Os profissionais médicos, incluindo aqueles que trabalham apenas em uma unidade, mas teoricamente compõe a equipe do NASF são: 3 ginecologistas e obstetras, 2 pediatras e 1 psiquiatra.

Em relação às UBS atendidas pelo NASF, elas ficam próximas uma da outra, localizadas em bairros vizinhos, de forma que os territórios possuem muitas semelhanças entre si. Ambas se localizam na periferia de Campinas, em uma região afastada do centro e próxima a importantes rodovias, com o tráfico de drogas tendo uma presença constante. Os territórios são, como um todo, vulneráveis socioeconomicamente, com regiões onde a vulnerabilidade é mais acentuada e as condições de vida são precárias, mas também com núcleos mais urbanizados, onde concentram-se os principais serviços e estabelecimentos comerciais. Existe uma pluralidade interna a esses territórios, que não são homogêneos e apresentam desigualdades próprias.

Uma das UBS atende uma população de cerca de 8 mil habitantes e conta com 2 eSF, ambas com médicos generalistas e enfermeiras. O território onde está a unidade possui a presença de diversas indústrias e fábricas, um centro de abastecimento de frutas e hortaliças e uma fazenda ligada ao Instituto Agrônomo de Campinas. Além disso, consta com 1 Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), da proteção básica da Assistência Social, 2 Centros de Educação Infantil, 1 Escola Estadual e 1 Colégio Técnico. A outra unidade atende uma população de cerca de 14 mil habitantes, conta com 4 eSF, porém nem todas estão completas, pois há falta de profissionais, sobretudo médicos generalistas. O território é basicamente residencial, contando com uma fábrica e alguns estabelecimentos comerciais. Possui 2 Escolas Estaduais, 1 Escola Municipal de Ensino Infantil e 1 Centro de Educação Infantil, além de 7 SCFV.

Organizei a discussão deste trabalho a partir de diferentes cenas e acontecimentos que vivenciei na UBS. Busco articular tais vivências com a teoria para dar sentido e fundamentar análises que sejam pertinentes ao cuidado a pessoas expostas a violência. Como essa temática também me atravessa e atravessa os outros trabalhadores, busco aproximar e integrar à discussão minhas afetações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primeiros usuários que atendi, logo ao iniciar meu campo de trabalho no NASF, seja em atendimentos individuais na própria UBS, seja em visitas domiciliares, eram sujeitos cujos sofrimentos estavam diretamente relacionados a experiências violentas. Nas primeiras reuniões em que participei, frequentemente os casos discutidos tinham a violência aparecendo como central na vida dos usuários. Com o tempo, fui percebendo que a maior parte do meu trabalho estava voltado a este tema.

Em dado momento, notei que a maior parte das atividades que desenvolvi e participei estavam ligadas ao atendimento e cuidado de sujeitos que foram expostos à violência de alguma forma, em algum momento de suas

vidas; que tinham um trauma como importante mobilizador de afetos e produção de territórios-existenciais. Esses casos, por sua vez, foram os que mais me produziram afetações, me demandaram estudos e supervisões, foram os que mais se mostraram desafiadores, por motivos variados.

Para discussão, gostaria de iniciar a partir da violência que acontece no território, pela violência comunitária, que muitas vezes tem uma relação próxima com o tráfico de drogas. Nas áreas de abrangência das UBS que trabalhei em 2022, o tráfico possui uma presença constante, marcando o território, a vida dos sujeitos que por ali circulam, bem como a relação dos serviços de saúde com os usuários. Logo próximo a uma das UBS, em uma das principais vias do bairro, o tráfico acontecia naturalmente. Em alguns momentos presenciei vendas de drogas enquanto ia para o trabalho ou voltava para a casa. Apesar disso, a vida ali continuava, pois o tráfico faz parte do cotidiano do território.

As violências envolvendo o tráfico de drogas e o crime organizado chegavam pouco à UBS; pelo menos não apareciam como uma demanda de cuidado. Era mais comum que, em reuniões, profissionais relatassem acontecimentos no território: em uma das primeiras reuniões de eSF em que participei, uma profissional comenta aos demais que dois usuários, que eram também usuários de um CAPS III, foram assassinados no território na semana anterior. Isso causou certo alvoroço, alguns presentes ficaram chocados, outros curiosos por mais informações. Ao que uma outra profissional comenta sobre uma das pessoas assassinadas: “mas também, ele tava mexendo com as meninas dos caras do tráfico”; justificando o assassinato. Essa realidade de violência contra pessoas com transtornos mentais graves não é exclusiva desse território, sendo observada em outros contextos (Gonçalves, Queiroz, Delgado, 2017).

Os relatos de cenas de violência envolvendo o tráfico eram muito frequentes, sendo narrados sobretudo pelos trabalhadores mais antigos dos serviços. Ao longo do meu período de trabalho nas duas unidades, ouvi o caso de um pessoa assassinada com tiros à queima-roupa durante o dia em uma das vias mais importantes do território; me relataram o caso de um usuário

cadeirante que foi colocado no trilho de um trem para ter suas pernas, devido conflitos com o tráfico, dentre outros casos.

A violência também influencia no modo de funcionamento do serviço e nas ações a serem desempenhadas. Ouvi de profissionais mais antigos que o território era mais violento no início dos anos 2000, de modo que era comum terem que fechar a UBS mais cedo, pois havia muitos conflitos entre pessoas que trabalhavam no tráfico. Uma profissional também me relatou um dia em que foi fazer uma visita domiciliar a uma criança recém diagnosticada com leucemia. Ao chegar na região da moradia do menino, ela notou que não havia ninguém nas ruas, as casas com portas e janelas fechadas. Até que um homem se aproximou e a orientou a retornar imediatamente à UBS, pois a região estava com toque de recolher imposto pelo tráfico.

Ainda hoje, a presença do tráfico de drogas dificulta o acesso dos trabalhadores a alguns pontos do território. Regiões onde o tráfico tem uma presença maior não são consideradas seguras para, por exemplo, a realização de visitas domiciliares. Em uma reunião de equipe discutíamos um caso complexo de uma usuária adolescente, com questões importantes de saúde mental e negligência por parte da família. Havíamos tentado uma visita domiciliar algumas semanas antes, sem sucesso. Foi sugerida uma nova visita domiciliar. Porém, a agente comunitária de referência da área nos alerta que a usuária morava ao lado de uma *biqueira* (ponto de vendas de drogas) e que as pessoas envolvidas no tráfico não gostam quando a UBS acessa muito o local em visitas, podendo inclusive gerar conflitos aos agentes, que além de profissionais do serviço, são moradores da comunidade.

Em territórios onde há maior precarização da vida e do trabalho, com escassez de políticas públicas – onde, em geral, o Estado se faz presente através da vigilância e repressão –, a saúde se constitui como a única política aberta às demandas da população. A característica do SUS de ser porta aberta é garantida pela Constituição de 1988, através do conceito da universalidade. A PNAB (2017) vai além e entende que os serviços ofertados na Atenção Básica são “[...] caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS

(primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde” (p. 6).

As demandas relacionadas a violências e a exposição a elas, muitas vezes, aparecem primeiro na área da saúde. Por serem caracterizadas como porta de entrada preferencial do SUS, além de frequentemente serem a única política pública de fato porta aberta, as UBS são responsáveis por acolher parte considerável dessa demanda. Desse modo, a Atenção Básica se torna a porta de entrada privilegiada dos casos de violência. Entrada não apenas para os cuidados em saúde, mas para toda a rede de enfrentamento e cuidado, incluindo serviços especializados e de outros setores (Gonsalves, Schraiber, 2021). A territorialização e construção do vínculo entre a comunidade e serviço de saúde, bem como seus trabalhadores, deve ser levada em consideração, pois faz com as UBS sejam procuradas como lugares de referência para o cuidado.

5.1 Apoio matricial

O apoio matricial, também conhecido como matriciamento, é uma forma de produzir saúde; é uma metodologia de trabalho em que 2 ou mais equipes constroem o cuidado de forma compartilhada e colaborativa (Brasil, 2011). Assim, subverte-se a lógica tradicional dos processos de trabalho em saúde, que são baseados em sistemas hierárquicos, em protocolos e na transferência do cuidado entre equipes e profissionais; vai de encontro com o modo taylorista de produção em saúde (Brasil, 2011).

O apoio matricial envolve duas diferentes dimensões: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. Ou seja, a partir do matriciamento, as equipes matriciadoras (ou de referência) fornecem retaguarda clínica especializada, além de possibilitar apoio institucional no processo de construção coletiva dos projetos terapêuticos a partir de um olhar interprofissional (Penido, Alves, Sena, Freitas, 2010). Dessa forma, o apoio matricial promove a corresponsabilização e o compartilhamento dos casos,

favorecendo o cuidado de forma integral e aumentando a capacidade resolutiva das equipes.

Há um hibridismo e transversalidade nesse novo modelo assistencial em saúde, como apontam Penido, Alves, Sena e Freitas (2010). Segundo as autoras, a partir do apoio matricial, ocorre a potencialização da autonomia dos envolvidos no processo, sejam eles trabalhadores ou usuários, e ocorre a construção de um espaço intercessor que possibilita a construção do novo e abre espaço para a criatividade do trabalho em saúde. Essa autonomia é produzida de forma coletiva, pois o matriciamento é um processo compartilhado de trabalho, envolvendo diálogos, problematizações e sensibilizações entre trabalhadores e equipes

Na Atenção Básica, os NASFs têm o matriciamento como metodologia central de trabalho, de modo que constituem equipes de apoio e retaguarda às eSF. Sendo assim, os NASFs têm a responsabilidade sobre determinadas eSF, para além do território e população adscrita (Brasil, 2009). Nesse contexto, a partir das demandas de saúde, os NASFs junto das eSF irão construir a rede assistencial necessária a cada caso, produzindo apoio educativo (em relação às equipes) e retaguarda clínica.

O apoio matricial se mostra uma importante tecnologia no cuidado ligado a temáticas delicadas, como é o caso das violências. Nesse sentido, o NASF tem o papel de ampliar o entendimento das equipe sobre o significado de um ato violento, sua complexidade e multidimensionalidade, fomentando a ideia de que esse não é um evento isolado – dado que está inserido numa trama de experiências violentas, muitas vezes traumáticas, atravessando histórias de diversos sujeitos, de suas famílias, comunidades e territórios.

Sendo assim, os NASFs são fundamentais para trazer à tona nas discussões, a partir do apoio matricial, o tema da violência, considerando que esse muitas vezes é silenciado e invisibilizado. Debates em torno de casos clínicos, manejos clínicos – sempre a partir do acolhimento e da clínica ampliada –, formas de articular o cuidado em rede e de forma intersetorial, bem como discutir os impactos psicossociais das violências está entre as responsabilidades do NASF frente às eSF.

Vale destacar que, muitas vezes as violências não são bem identificadas pelos serviços públicos, como da saúde, por não serem tão evidentes e irem além daquelas que produzem danos físicos e agravos clínicos. As violências podem ser sutis e muitas vezes não são perceptíveis em atendimentos rápidos orientados pela lógica de ouvir uma queixa e prontamente realizar uma conduta curativa.

A violência familiar contra adolescentes e crianças, em especial a violência física, é vista como uma questão íntima, reservada ao âmbito privado, o que dificulta a tomada de ações por parte da saúde (Vieira e Deslandes, 2016). Na contramão dos estudos atuais, a violência doméstica contra a mulher é muitas vezes entendida pelas equipes de saúde como oriunda de problemas na relação conjugal, e não como um fenômeno sócio-histórico, determinado pelas estruturas sociais e econômicas, bem como o território em questão (Beiras et al, 2012), intensificando a invisibilidade do tema.

Esse silenciamento em torno das violências e o entendimento de que boa parte delas dizem respeito à vida íntima das pessoas, não sendo uma responsabilidade da saúde em atuar nesses casos acontecia diariamente nas UBS. Em uma reunião de eSF que participei, os profissionais discutiam o caso de uma usuária do serviço que vivia em uma situação de violência doméstica praticada por seu esposo. Houve uma discussão sobre quais as possíveis estratégias de cuidado que os profissionais de saúde poderiam tomar, como se aproximar da usuária e construir um vínculo. Todos os profissionais presentes estavam envolvidos na discussão. Porém, em algum momento, o médico da equipe resmungava dizendo que esse não é um caso de responsabilidade da saúde; que é um caso a ser resolvido no *Casos de Família* (programa de televisão, no formato *talk show*, que recebe pessoas com conflitos a serem resolvidos de forma sensacionalista, seja em ambiente familiar, de trabalho, comunitário, entre outros).

A violência urbana, como roubos, lesões corporais e homicídios recebem maior destaque que aquelas que ocorrem no âmbito familiar, que a violência ligada ao racismo e ao gênero, a pessoas em sofrimento mental, entre outros (Minayo, 2009). Sendo assim, as violências podem ter diferentes visibilidades

na mídia e, conseqüentemente, sua importância percebida de forma diferente. Desse modo o NASF, a partir do seu trabalho junto às equipes de saúde da família, tem o papel de dar visibilidade a esse tema e de atuar no reconhecimento das situações de violência, conforme defendem Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017) e Gonsalves e Schraiber (2021).

É importante ressaltar a participação dos agentes comunitários de saúde para abarcar toda a complexidade desses casos. Muitas vezes, foram esses os profissionais que, estando inseridos no território de forma singular, observaram e identificaram usuários expostos à violência e levavam ao conhecimento das equipes. Os agentes, por conhecerem melhor as dinâmicas das famílias e a comunidade, ajudam a pensar o cuidado a partir dos dispositivos clínicos da saúde, como as visitas domiciliares, atendimentos individuais ou em grupo; articulam o cuidado a partir de dispositivos territoriais com potencialidades terapêuticas; atuam na identificação de pessoas parceiras no cuidado (Moreira et al, 2014).

5.2 Atendimentos individuais

O aspecto clínico-assistencial do matriciamento envolve a retaguarda do NASF, que pode ser desenvolvida através de diferentes modalidades clínicas. Podem ser desenvolvidos atendimentos compartilhados entre profissionais do NASF e das eSF, atendimentos em grupos, visitas domiciliares, atendimentos familiares, além do atendimento individual. Esses atendimentos devem ocorrer em situações consideradas extremamente necessárias, sem que haja uma descontinuidade do contato entre os usuários e a eSF, garantindo a corresponsabilização e compartilhamento do caso (Brasil, 2009). No documento Diretrizes do NASF (Brasil, 2009), constam alguns exemplos de casos que são considerados de maior necessidade para atendimentos individuais por profissionais da saúde mental, devido aos maiores riscos à saúde e maior vulnerabilidade psicossocial; entre os casos, encontram-se as situações de violência, como violência doméstica, violência sexual, negligência e abandono, entre outras.

No cotidiano das UBS em que trabalhei ao longo do ano, os casos em que a violência era uma questão importante na produção de saúde e adoecimento eram atendidos, sobretudo, por profissionais da psicologia e assistência social do NASF. Em ambos os serviços, frequentemente essas profissionais eram procuradas para assumir a responsabilidade sobre esses casos, realizar o acolhimento e acompanhamento em saúde mental, inserir o sujeito em outras políticas públicas, acionar os diferentes pontos da rede, conforme necessário e realizar a notificação no Sistema de Notificação de Violência (SISNOV) do município. Porém, foi recorrente o movimento das eSF de se desresponsabilizar dos casos de violência no momento em que as profissionais do NASF entravam no caso. Nesses momentos, o compartilhamento e corresponsabilização, pressupostos da atuação da Atenção Básica, não ocorriam.

Entre os casos ligados às violências, aqueles em que ocorre violência doméstica contra a mulher são os mais numerosos. São diversas as mulheres que vivem relacionamentos amorosos em que o companheiro é agressivo e violento. Isso ocorre pois, segundo hooks (2019), o gênero produz modos de se relacionar, produz modos de subjetivação. A violência de gênero é naturalizada, normalizada, o que faz com que muitas mulheres sofram de modo continuado sem que haja nenhum tipo de mecanismo para interromper a violência (hooks, 2019).

Atrelados a esses casos, estão os casos de crianças e adolescentes que presenciam violências domésticas em casa. Muitas das famílias em que ocorre uma situação de violência contra a mulher, os filhos dessas mulheres acabam por presenciar, ver e ouvir as agressões. Os impactos dessas agressões nas mães são frequentemente percebidos pelos filhos, que por sua vez também são impactados. Ainda que muitas vezes não estejam de fato sofrendo a violência, a simples exposição a ela produz uma série de efeitos psicossociais. Frequentemente, por exemplo, as crianças apresentam comportamentos mais agressivos, reproduzindo tais violências em outros ambientes, como na escola ou no SCFV.

As crianças e os adolescentes apresentam maiores vulnerabilidades no que diz respeito à exposição à violência, considerando suas condições de desenvolvimento neuropsicomotor e que essas são fases privilegiadas da construção da subjetividade. Nos casos em que esses sujeitos sofrem violências e se encontram em situações de negligência e negações de seus direitos, observamos uma quebra no ideal de cuidado e proteção que devem receber dos adultos e da sociedade num geral, considerando o contexto atual que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direito (Vieria e Deslandes, 2016).

Muitos desses casos que têm a exposição à violência como uma das principais demandas de saúde chegam ao serviço de forma explícita, ou seja, quando são atendidos pelos profissionais, essa demanda já está elaborada. Esses casos chegam às UBS normalmente através do acolhimento, ou seja, quando o próprio usuário ou algum familiar acessa o serviço com uma demanda espontânea para cuidado. Alguns casos chegam através das reuniões de equipe e matriciamento, em que outros profissionais do serviço identificam uma demanda para atendimento de usuários em decorrência de exposição à violência através do próprio cotidiano do trabalho.

Porém, foram diversos os casos em que havia, sim, uma demanda ligada às violências, porém essa demanda foi construída aos poucos, ao longo dos encontros entre trabalhador e usuário. Durante o acompanhamento longitudinal de alguns casos, a partir de uma escuta qualificada, foi possível perceber que a exposição a violências era central na produção do sofrimento do sujeito. Muitas vezes, os usuários buscam por atendimentos relatando quadros depressivos, ansiosos, distúrbios do sono, isolamento social, entre outros. Num primeiro momento, nada indica que tais casos podem estar relacionados ao tema das violências. Porém, a partir do momento em que se constrói um vínculo de confiança entre profissional e usuário, surgem questões ligadas a experiências traumáticas e violentas.

Um exemplo é o caso de Marineide¹. Marineide é uma usuária nova no território, tendo se mudado recentemente para Campinas. Ela procura o

¹ Nome fictício.

acolhimento da UBS com queixa de irritabilidade, insônia e estresse. A enfermeira que realizava seu acolhimento me chama para um atendimento compartilhado. Neste atendimento, Marineide relata ter se divorciado há poucos meses e que estava morando sozinha em Campinas, sem rede de apoio sócio-familiar, considerando que sua família mora em outro estado. Após essa escuta inicial, agendo um atendimento individual comigo 2 semanas depois.

Neste atendimento, Marineide conta sua história. Sua vida foi marcada por diversas violências, desde a primeira infância. Passou por situações de negligência e abandono quando criança, na adolescência viveu sob constante violência psicológica por parte da mãe e do padrasto; presenciava seu padrasto violentar sua mãe fisicamente; sofreu violência sexual. Ainda adolescente, casou-se com um homem bem mais velho numa tentativa de fugir da casa de sua mãe. Num próximo atendimento, Marineide descreve como foi esse casamento: vivia em situação de grave violência doméstica, a qual suportou durante décadas em razão de seus filhos. Após os filhos estarem adultos, decidiu que era hora de sair dessa situação. Ao longo dos atendimentos, pudemos construir um vínculo importante que permitiu com que Marineide tivesse um espaço onde pudesse narrar sua história de vida, as violências às quais foi submetida, o sofrimento foi e ainda é produzido e dar novas significações a tais experiências. Com o tempo, o estresse, a irritabilidade e a insônia que sofria foram se atenuando e a usuária pôde retomar suas atividades de forma mais tranquila, além de construir novos laços no município e reconstruir sua vida.

Um outro exemplo é o caso de um adolescente chamado Matheus². Quando criança Matheus passou por atendimentos na UBS, com médicos psiquiatras e psicólogos, devido a comportamentos agressivos. Na infância, ele era bastante violento com o irmão mais novo, machucando-o com frequência. Além disso, se envolvia em diversos conflitos na escola ou na rua, com crianças de sua idade e mais velhas que ele. Início os atendimentos com Matheus quando sua mãe procura a UBS, pois ele estava apresentando comportamentos agressivos em casa, agredindo a avó e ameaçando a mãe.

² Nome fictício.

Em meus encontros com Matheus, pude perceber que desde muito novo ele é taxado como louco e violento por diversas pessoas e instituições. De fato, ele era uma criança com comportamentos agressivos, que batia no irmão e em colegas da escola. Porém, à medida que nos encontrávamos em atendimento, Matheus trazia conteúdos ligados a sua exposição a violência. Seus pais são divorciados, porém, quando eles ainda estavam juntos, seu pai violentava sua mãe física e psicologicamente. Em um atendimento, ele narrou uma cena que ele caracteriza como traumática: um dia ele viu seu pai batendo tanto em sua mãe que ela caiu no chão e ficou desacordada. Ele acreditou que ela estava morta. Quando no início da adolescência, ele presenciou seu irmão sendo violentado sexualmente por um tio.

Por mais que a queixa inicial de atendimento estivesse ligada a uma produção inicial de violência, a exposição não se constitui ainda como uma demanda. Como Matheus foi exposto a diversas violências desde muito cedo, aprendeu, em alguma medida, que essa era uma linguagem válida para se comunicar com os outros. Ao longo dos atendimentos, fomos construindo novas formas de se relacionar e dando novos significados a essas experiências passadas. Um dia, disse que estava namorando uma colega de sua escola e comentou que buscava tratá-la da forma mais respeitosa possível, pois não queria ser como seu pai.

5.3 Ações intersetoriais

A intersetorialidade é considerada a articulação entre diferentes atores, sujeitos e serviços de setores sociais diversos com fins de abordar um tema ou uma situação em específico (Brasil, 2009). Esse modo de trabalho promove a superação da fragmentação dos diferentes saberes e estruturas sociais, promovendo uma ação integral e de maior efetividade (Brasil). O NASF deve trabalhar a partir dessa lógica, reconhecendo e articulando suas ações juntamente das diferentes redes e instituições que estão além da Atenção Básica e da saúde.

Sendo assim, articulações com serviços da educação, da assistência social, da proteção dos direitos humanos, da cultura, do esporte, entre outros, é fundamental para a construção do trabalho do NASF. Ao longo deste ano, pude estabelecer diálogos e parcerias com alguns desses setores, em especial a educação. Com o retorno das aulas presenciais nas escolas e creches do território em 2022, as UBS passaram a receber diversos encaminhamentos dessas instituições educacionais para atendimento em saúde mental. Os casos de crianças com dificuldades e atrasos na aprendizagem, sobretudo na alfabetização, aumentaram muito; aumentou também o número de crianças com comportamentos violentos e agressivos para com os colegas. Além disso, os casos de adolescentes com questões diversas de saúde mental, como ansiedade, depressão, *cutting*, ideação suicida, tentativas de suicídio, entre outros, também apresentou aumento significativo.

De modo geral, os casos que eram encaminhados pelas escolas do território eram aqueles em que os alunos apresentavam algum tipo de prejuízo no rendimento escolar, ou tinham sua frequência escolar impactada, ou ainda, que provocavam algum tipo de repercussão na dinâmica da escola. Frente ao elevado número de encaminhamentos, eu, enquanto residente, e os trabalhadores do NASF, nos propusemos a realizar algumas ações diretamente nas escolas.

Porém, muitas das escolas do território se mostraram fechadas ao contato com a saúde, ou seja, não estavam dispostas a realizar parcerias com a Atenção Básica a fins de promoção e prevenção à saúde. Quando muito, se mostravam disponíveis para discutir algum caso em específico. Uma das escolas, de nível fundamental, chegou a convidar a psicóloga do NASF para uma conversa com os professores e enviou uma carta que constava dos problemas que estavam enfrentando. Nesta carta, a escola deixava claro que enxergava os alunos como pessoas problemáticas, desinteressadas nas aulas, violentas e agressivas. A causa desses problemas era atribuída às famílias, que por sua vez seriam desestruturadas e pouco interessadas na educação dos filhos. O ambiente escolar, o modelo tradicional de ensino, os impactos da pandemia, além de fatores sócio-históricos eram desconsiderados.

Entretanto, algumas escolas se mostraram mais abertas a parcerias, que foi o caso de uma escola estadual de ensino fundamental e médio. Nesta escola, realizamos 2 grupos com alguns adolescentes, separados por ano escolar (do 7º ao 9º do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio). Participei da condução do grupo dos jovens dos últimos anos escolares, juntamente de uma das psicólogas do NASF e da residente em saúde mental. Ao todo foram 4 encontros, com um 5º encontro que ocorreu com os dois grupos juntos, com um tema específico elencado por eles (sexualidades e ISTs).

Os jovens que participaram desse grupo foram convidados diretamente pela coordenadora pedagógica da escola, que possuía contato maior com os estudantes e identificava alguns que poderiam se interessar e se beneficiar do grupo. Além disso, ao final de cada encontro, deixávamos o espaço livre para que os jovens pudessem convidar colegas que poderiam se interessar a participarem, entendendo que o convite feito por pares poderia ser mais qualificado.

Os participantes variaram a cada encontro, com alguns participando de todos e alguns indo somente a um encontro; com uma média de 12 participantes por encontro. Os temas predominantes foram as violências e os assédios (sejam morais ou sexuais), que aparecem de modo natural e espontâneo. Pudemos perceber que a vida daqueles jovens era marcada pela exposição à violência nos mais diversos âmbitos e espaços que frequentavam. Muitas não possuíam um espaço seguro ao qual recorrer.

A violência escolar foi aquela que mais apareceu nos encontros. A escola, que deveria constituir um espaço seguro e protegido para os adolescentes, era na verdade mais um lugar onde as violações ocorriam. As violências eram praticadas pelos próprios alunos, uns contra os outros. *Bullying*, disputas e rivalidades entre eles, bem como o uso de discussões verbais e brigas físicas foram relatados diversas vezes.

Entretanto, a violência institucional, ou seja, aquela que diz respeito ao próprio funcionamento escolar, foi a mais trazida ao longo dos encontros, sendo vivenciada com muito sofrimento. Os jovens narraram a forma como os

professores se relacionam com eles, as frases que são ditas, as ofensas que são proferidas. Vários estudantes comentaram que escutam, com grande frequência, frases que os desmotivam aos estudos, como “você não vai ser ninguém na vida”, “você é um demônio”; é comum que escutem perguntas como “por que você sumiu? estava preso?” após faltarem algum dia à escola. Os jovens são associados, pelos professores, à delinquência, ao subemprego e à pobreza, escancarando o racismo e classicismo desses profissionais. Além disso, a violência sexual também foi relatada. Uma jovem, por exemplo, comentou que ouviu a seguinte frase de um professor: “se o Mendigo de Planaltina³ te estuprar, certeza que você iria gostar”.

Infelizmente, os estudantes comentaram que existia uma posição passiva da coordenação da escola, que nada fazia diante das denúncias realizadas pelos alunos das violências que sofrem. Ao longo dos encontros no grupo, ficou nítido a descrença dos jovens em relação a alguma mudança nessa cultura institucional, dado que medidas para prevenir que tais violências continuem a ocorrer, que promovam um ambiente de paz ou medidas de reparação nunca ocorreram.

Após esse grupo, foram organizados encontros entre nós residentes e alguns profissionais do NASF com os professores da escola. O intuito era trabalhar as questões ligadas a violência, tanto institucional, quanto doméstica e familiar, pois esses profissionais também estão diariamente em contato com jovens expostos a essas situações. Foi realizada uma primeira conversa com um grupo de professores, onde apresentamos o trabalho que realizamos com os alunos e acordamos como seria o trabalho que realizaríamos com eles. Porém, os encontros seguintes foram cancelados pela coordenação da escola, de modo que nosso trabalho não pôde ser realizado.

6 CONCLUSÃO

As políticas públicas voltadas aos sujeitos que foram expostos de algum modo a violência, seja sofrendo, cometendo ou presenciando devem partir de

³ Givaldo Alves de Souza, homem em situação de rua da cidade de Planaltina - DF, que ficou conhecido nacionalmente após ter relações sexuais com uma mulher em crise psíquica.

um olhar integral de proteção e cuidado. Sendo assim, não se deve tomar como modelo as medidas de proteção que visam o aumento da vigilância, da militarização, da repressão policial e encarceramento (Vergès, 2021). Essas políticas são, muitas vezes, defendidas como a principal forma de solução para as violências, numa ideia de que medidas punitivas e repressivas serviriam para preveni-las. Porém, a realidade é que tais medidas acabam por produzir ainda mais violências, especificamente contra a população negra e periférica, que historicamente sofre maior repressão do Estado brasileiro.

Sendo assim, é fundamental a defesa de um modelo de políticas públicas que tomem o fenômeno das violências em sua complexidade e multidimensionalidade (Beiras, 2012) produzida sócio-historicamente, levando em conta seu caráter transgeracional, seus impactos psicossociais e sua relação com o território. Vèrges (2021) ressalta que:

A análise das práticas de desumanização e vulnerabilização mostra que devemos inevitavelmente pensar e agir com base em várias temporalidades: reparação das políticas de desumanização e vulnerabilização do passado (inclusive de um passado bastante recente), suas formas contemporâneas e aquelas que se anunciam e cujos impactos já podemos mensurar. Nas ruínas do presente, trata-se de descobrir e experimentar coletivamente práticas populares de humanização e desvulnerabilização (p.).

Atenção Básica, nesse contexto, a partir dos NASFs e da metodologia de trabalho do apoio-matricial, se constituem como um lugar privilegiado em relação ao cuidado às pessoas expostas à violência. O escopo de trabalho dos NASFs e das eSF são muito diversos, o que garante aos profissionais de saúde a capacidade de atuar de modo integral e humanizado. São diversas as ações que as equipes de saúde podem desenvolver pensando nesse cuidado, incluindo o apoio técnico-pedagógico e educação permanente em saúde, as diversas modalidades de atendimento clínico e o trabalho em rede intersetorial.

A partir da inserção no território, sobretudo em territórios vulnerabilizados, os trabalhadores da Atenção Básica devem reconhecer também os elementos potencializadores do cuidado e produtores de vida, indo além do olhar que apenas enxerga apenas os aspectos negativos, permitindo

“o vislumbre de possibilidades de produções singulares na relação entre a área da saúde e a população que vive em condições precárias” (Gama, Campos, Ferres, 2014, p. 79).

REFERÊNCIAS

Beiras A et al. Políticas e leis sobre violência de gênero - reflexões críticas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 2012.

Brasil. 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, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: 27. Diretrizes do NASF. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, 2011

Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online], 17(1), pp. 69-84, 2014.

Gonsalves E, Schraiber LB. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. *Saúde em Debate* [online]. 2021, 45(131), 69-84, 2014

Gonçalves HCB, Queiroz MR, Delgado, PGG. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?. *Fractal : Revista de Psicologia* [online]. 2017, 29(1)

hooks B. O movimento feminista para acabar com a violência. *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Perspectiva, pp., 2019.

Moreira TNF. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade* [online], 23(3), pp. 814-827, 2014

Minayo MCS. *Violência e saúde*. Brasília: Editora Fiocruz, 2009.

Passos E, Kastrup, L Escóssia. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Penido CMF, Alves M, Sena RR & Freitas MIF. Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em debate*, 34(86), 467-474, 2010.

Ribeiro WS. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 31(2), pp. S49-S57; 2009

Vergès F. *Uma teoria feminista da violência: Por uma política antirracista da proteção*. São Paulo: Ubu Editora; 2021.

Vieira MF, Deslandes, SF. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 21(5), pp. 1583-1596, 2016.