



*Saúde mental
coletiva e o
cotidiano do
trabalho:
por onde andamos?*

**Organizadoras:
Margarete Isoton De David
Elizabete Bertele**



**Saúde mental coletiva e o
cotidiano do trabalho:
por onde andamos?**

Fundação Universidade de Caxias do Sul

Presidente:

José Quadros dos Santos

Universidade de Caxias do Sul

Reitor:

Gelson Leonardo Rech

Vice-Reitor:

Asdrubal Falavigna

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:

Everaldo Cescon

Pró-Reitora de Graduação:

Flávia Fernanda Costa

Pró-Reitora de Inovação e Desenvolvimento Tecnológico:

Neide Pessin

Diretoria de Relações Institucionais:

Givanildo Garlet

Chefe de Gabinete:

Marcelo Faoro de Abreu

Coordenadora da Educus:

Simone Côrte Real Barbieri

Conselho Editorial da EDUCS

Adir Ubaldino Rech (UCS)

Asdrubal Falavigna (UCS) - presidente

Cleide Calgaro (UCS)

Gelson Leonardo Rech (UCS)

Jayme Paviani (UCS)

Juliano Rodrigues Gimenez (UCS)

Nilda Stecanela (UCS)

Simone Côrte Real Barbieri (UCS)

Terciane Ângela Luchese (UCS)

Vania Elisabete Schneider (UCS)

Comitê Editorial

Alberto Barausse
Università degli Studi del Molise/Itália

Alejandro González-Varas Ibáñez
Universidad de Zaragoza/Espanha

Alexandra Aragão
Universidade de Coimbra/Portugal

Joaquim Pintassilgo
Universidade de Lisboa/Portugal

Jorge Isaac Torres Manrique
*Escuela Interdisciplinar de Derechos Fundamentales Praeeminentia
Iustitia/Peru*

Juan Emmerich
Universidad Nacional de La Plata/Argentina

Ludmilson Abritta Mendes
Universidade Federal de Sergipe/Brasil

Margarita Sgró
Universidad Nacional del Centro/Argentina

Nathália Cristine Vieceli
Chalmers University of Technology/Suécia

Tristan McCowan
University of London/Inglaterra



© do autor
1ª edição 2022
Revisão: Izabete Polidoro Lima
Editoração: Giovana Letícia Reolon
Capa: Cláudia Velho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

S255 Saúde mental coletiva e o cotidiano do trabalho [recurso eletrônico] /
Organizadores Margarete Isoton De David, Elizabete Bertele. - Caxias
do Sul, RS : Educs, 2022.
Dados eletrônicos (1 arquivo)

ISBN 978-65-5807-162-4
Apresenta bibliografia.
Modo de acesso: Word Wide Web.

1. Saúde mental. I. De David, Margarete Isoton. II. Bertele, Elizabete

CDU 2.ed.: 613.86

Índice para o catálogo sistemático:

1. Saúde mental

613.86

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Carolina Machado Quadros - CRB 10/2236



Direitos reservados a:

EDUCS - Editora da Universidade de Caxias do Sul

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - Bairro Petrópolis - CEP 95070-560 -
Caxias do Sul - RS - Brasil

Ou: Caixa Postal 1352 - CEP 95020-972 - Caxias do Sul - RS - Brasil

Telefone/Telefax: (54) 3218 2100 - Ramais: 2197 e 2281 - DDR (54) 3218 2197

Home Page: www.ucs.br - *E-mail*: educs@ucs.br

Saúde mental coletiva e o cotidiano do trabalho: por onde andamos?

Organizadoras:

Margarete Isoton De David
Elizabete Bertele



Sumário

Introdução / **9**

Análise comparada das reformas psiquiátricas francesas e italianas: revisitando a história para refletir sobre as práticas contemporâneas / **15**

Diego Stuaní

Alcindo Antônio Ferla

A política de saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde: Cuidado em liberdade como princípio ético para a construção do cuidar / **35**

Alcindo Antônio Ferla

Tatiane da Rosa Vasconcelos

Ações intersetoriais em saúde mental: benefícios e desafios / **49**

Letícia Rizzon Miotto

Ana Maria Paim Camardelo

A intersetorialidade na atenção em saúde mental à infância e adolescência: as microrredes do Município de Bento Gonçalves - RS / **65**

Anaquel Pereira

Ricardo Lugon Arantes

Reabilitação psicossocial em CAPS: uma imagem cata-vento para pensar esse espaço a partir dos ideais da reforma psiquiátrica / **87**

Adriana Fernanda da Silva Pavão

Margareth Lucia Paese Capra

Transtorno mental e o cuidado na família: tendências na produção científica / **111**

Cristiana Silva de Almeida Scortegagna

Heloisa Teles

A negligência infantil e a diversidade de definições: um desafio para a prática profissional sob a luz do serviço social / **127**

Débora de Moura Amaral

Nilva Lúcia Rech Stedile

Margarete Isoton De David

A escola e o fenômeno da “medicalização” na infância / **151**

Eliete Figueredo Leal

Margareth Lucia Paese Capra

Causas do acolhimento institucional: percepção dos coordenadores de instituições de acolhimento / **167**

Jéssica da Silveira Teles

Margarete Isoton De David

Nilva Lúcia Rech Stedile

Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes: interfaces entre violência intrafamiliar e transtornos mentais / **185**

Morgana Navarini

Nilva Lúcia Rech Stedile

O crack no Brasil: como estamos estudando? / **213**

Ana Maria Paim Camardelo

Bibiana Calatayudi Barbosa Turri

O programa de braços abertos: território e mídia / **231**

Janaina Dorigo dos Santos

Cristina Lhullier

Unidade de acolhimento adulto: relevância no cuidado à saúde e na garantia de direitos às pessoas com sofrimento psíquico relacionado ao uso abusivo de álcool e de outras drogas / **245**

Velonice Cardoso Daros

Evelise Lazzari

O cuidado em saúde com a gestante usuária de substâncias psicoativas / **271**

Clarice Cardoso Daros

Rosane Inês Fontana Lorenzine

Protocolo clínico de prevenção ao suicídio: uma proposta para a rede de atenção psicossocial (RAPS) de Bento Gonçalves – RS / **293**

Silvana Coscia

Nilva Lúcia Rech Stedile

O perfil epidemiológico das notificações de suicídio e suas conexões com a rede de saúde mental no Município de Farroupilha – RS / **321**

Patrícia Bertollo

Nilva Lúcia Rech Stedile

Assédio moral como instrumento de poder disciplinar e a produção de danos à saúde mental do trabalhador / **335**

Marcia Trapp Santarossa

Ramone Mincato

Informações sobre os autores / **351**

Informações sobre Natália Leite / **356**

Introdução

A Saúde Mental é uma área muito extensa e complexa do conhecimento e de atuação técnica, no âmbito das Políticas Públicas de Saúde. Portanto, é um campo plural, intersetorial e com muita transversalidade de saberes.

A formação de profissionais para a área da saúde mental representa um dos maiores desafios da saúde na atualidade. A formação de profissionais com perfil e habilidades que atendam aos princípios e às diretrizes propostos no Sistema de Saúde Brasileiro e na Reforma Psiquiátrica, se constitui numa estratégia importante e necessária para a qualificação do sistema de saúde e, em especial, das Redes de Atenção Psicossocial. O distanciamento entre as práticas formadoras e as diretrizes do sistema de saúde brasileiro tem gerado mudanças pouco significativas nas práticas de cuidado, na democratização da gestão e na politização do controle social. Este distanciamento, ao longo da História, tem se constituído objeto de preocupação do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e das instituições formadoras, além da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da OPAS (Organização Panamericana da Saúde).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em 2007, chama a atenção para a significativa incidência dos transtornos mentais, e a resposta limitada ou inadequada dos modelos de serviços em saúde mental dos países latino-americanos.

Em uma revisão dos estudos epidemiológicos mais relevantes realizados na Região sobre os transtornos mentais, a prevalência média estimada no ano 2006 foi de 1% para as psicoses não afetivas (entre elas a esquizofrenia), 4,9% para a depressão maior e 5,7% para o abuso ou dependência do álcool. Entretanto, não haviam recebido tratamento psiquiátrico algum (seja em um serviço especializado ou em um de tipo geral) mais da terceira parte das pessoas afetadas por psicoses não afetivas, mais da metade das afetadas por transtornos da ansiedade e cerca das três quartas partes das que dependiam ou abusavam do álcool [...]. Estudos realizados em alguns países expressam claramente estas brechas em termos da porcentagem de pessoas que requeriam tratamento e não o receberam. Por exemplo, nas psicoses não afetivas foi notificada uma brecha de 58% no Brasil (mês precedente à pesquisa) [...] e 44,4% no Chile (6 meses precedentes) [...] em Belize, a brecha para a esquizofrenia foi estimada em 63% [...] conclusão, apenas uma minoria das pessoas que requerem atendimento relacionado à saúde mental o recebem, não obstante o sofrimento que os

transtornos produzem, a deficiência que geram e o impacto emocional e econômico que têm na família e a comunidade. A esta situação deve ser adicionado o fato de que os transtornos mentais afetam em maior grau os estratos socioeconômicos mais baixos, para os quais os serviços são mais escassos (OPAS, p. 141, 2007).¹

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, em 2017, destacam que os Transtornos Mentais correspondem a 12% da carga mundial das doenças e das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco estão associadas aos Transtornos Mentais. No mundo, cerca de 322 milhões de pessoas são afetadas pela depressão, porém menos de 10% dessas recebem tratamento.

É nesse contexto que, nos últimos anos, a educação dos profissionais na área da saúde tem sido tema que desperta interesse especial do Ministério da Saúde e das Instituições Formadoras. Em 13 de fevereiro de 2004, por meio da Portaria GM/MS n.198/2004 é instituída a política de formação para a saúde no Brasil, denominada “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” (PNEPS), trata-se de uma proposta de ação estratégica, elaborada pelo Ministério da Educação, em conjunto com o Ministério da Saúde – que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas em saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, quer da área pública, quer da privada, pois entre as ações estão: a formação em serviço dos alunos de graduação, as residências multiprofissionais e as capacitações através da integração ensino e saúde. A implantação desta Política implica trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, também, atenção à saúde e controle social. Em 2007, a Portaria GM/MS n. 1.996, dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde.

A política de Educação Permanente em Saúde, que é também uma prática de ensino e aprendizagem, destaca a interface entre os “mundos” do trabalho e o conhecimento. A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem

¹ Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde nas Américas*: 2007. v. 1. Regional. Washington, D.C.; Organização Pan-Americana da Saúde; 2007. 449 p. ilus, tab., graf. (Científica e Técnica).

sido uma estratégia acionada, no sentido de garantir os princípios de integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo sim, a política ministerial para a área da saúde mental tem exigido, cada vez mais, que os municípios criem estratégias para a consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

É sabido que 70% dos alunos das áreas das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas que saem da graduação irão ocupar uma vaga nos serviços de saúde, quer públicos, quer privados, porém apenas a formação acadêmica tem sido insuficiente para atender às necessidades de cuidado do sujeito em sofrimento, bem como das necessidades organizacionais dos serviços numa perspectiva da coletividade.

Além disso, evidencia-se a dificuldade de pensar esse cuidado articulado com os equipamentos institucionais, desde a atenção primária até a alta complexidade. A recente Portaria Ministerial Portaria/GM n. 3.088, (2011), que institui as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) têm apontado a necessidade de implementação de serviços comunitários, tais como: Centro de Atenção Psicossocial, Consultórios de Rua, Casas de Acolhimento, a criação de ambulatórios de desintoxicação e leitos em hospitais gerais.

Com isso, os serviços públicos e privados da região têm sido desafiados a dar conta da demanda em saúde mental, porém estes têm encontrado dificuldades de inserir profissionais com conhecimento, competências, habilidades e atitudes para atender de forma qualificada as demandas emergentes no campo da Saúde Mental.

Diante do exposto, oferecer cursos na área de saúde mental coletiva vem de encontro à necessidade de aperfeiçoamento contínuo, que possibilita desenvolver nos serviços de saúde processos de trabalho que dialoguem com os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira. Comprometida com a formação dos trabalhadores na área da saúde, a Universidade de Caxias do Sul realizou duas edições do curso de pós-graduação em Saúde Mental Coletiva, no período de 2016 a 2021.

Os estudantes das áreas da Saúde, Educação e Assistência Social (psicólogos, assistente sociais, médicos, enfermeiros, profissionais de educação física, artistas plásticos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, sociólogos e outros), ao frequentarem o curso construíram reflexões de interesse na temática da Saúde Mental, cujas produções serão apresentadas no decorrer do livro.

Apresentando o projeto pedagógico

A Especialização em Saúde Mental Coletiva foi proposta por duas áreas de conhecimento: VIDA e HUMANIDADES. Os professores apresentam experiência na área de atuação técnico-profissional e são de diferentes áreas do conhecimento (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, antropólogos e sociólogos). O curso ofereceu práticas vivenciais nos serviços vinculados à rede de atenção psicossocial. Os estudantes apresentavam formação interdisciplinar e interprofissional.

O objetivo geral proposto foi qualificar profissionais na área de saúde mental, dentro das diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, considerando os pressupostos básicos do SUS e a integralidade no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, “otimizando”, assim, a capacidade de avaliação, condução e formulação das políticas públicas de saúde mental, bem como na gestão do cuidado.

A Especialização foi desenvolvida com carga horária total de 360 horas, divididas em 16 disciplinas agrupadas em cinco módulos temáticos. O curso foi desenvolvido em dois eixos temáticos: um que abordou os conhecimentos específicos na área da Saúde Mental Coletiva (módulos I, II, III e IV), e o outro que abordou o conhecimento transversal no campo da saúde (módulo V).

Para melhor compreensão seguem descritos os módulos com suas respectivas disciplinas.

- Módulo I Contextualização histórico-conjuntural da saúde no Brasil e na América Latina. Composto pela disciplina:
- Contextualização histórica conjuntural da saúde no Brasil e na América Latina
- Módulo II Contextualização histórico-conjuntural da política de saúde mental e o novo modelo assistencial. Composto pelas disciplinas:
- História da loucura e reorientação do modelo assistencial
 - Rede socioassistencial em saúde mental, o monitoramento e a avaliação da política pública da saúde mental
- Módulo III Diagnóstico e atenção em saúde mental. Composto pelas disciplinas:
- Psicopatologia e psicofarmacologia dos transtornos mentais
 - Atenção à crise na urgência e emergência em saúde mental

- Módulo IV Tecnologias e gestão do cuidado em saúde mental. Composto pelas disciplinas:
- Tecnologias de cuidado em saúde
 - A família da pessoa com transtorno mental e o componente morar e habitar
 - O cuidado em saúde mental a usuários de álcool e outras drogas
 - O cuidado em saúde mental na Atenção Básica e o apoio matricial
 - O cuidado em saúde mental na infância e adolescência
 - O cuidado em saúde mental nos serviços especializados da RAPS
- Módulo V Transversais contêm disciplinas com conhecimentos transversais em saúde sendo composto pelas disciplinas:
- Metodologia de pesquisa
 - Saúde mental e as interfaces com o direito
 - Arte, cultura popular e saúde
 - Protagonismo cidadão e controle social

A opção pedagógica foi centrada em uma perspectiva de construção do conhecimento, com ênfase na problematização de conhecimentos e práticas. As experiências de aprendizagem envolveram leituras e discussões de textos, aulas expositivo-dialogadas, preparação de seminários, oficinas pedagógicas, estudos de caso, construção de portfólios e trabalhos de campo.

Para aprofundar o debate e estudos, foram utilizados procedimentos que permitiram maior aproximação aos problemas, maior interação educador-educando e exercícios de sistematização. Estas foram voltadas para a construção de proposições para o desenvolvimento de tecnologias de gestão do cuidado nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, em que se inserem os especializandos. Para isso optamos em ter uma disciplina teórico-prática denominada *O cuidado em saúde mental nos serviços especializados*, que terá momentos de concentração em sala de aula e de observação nos serviços da rede de saúde mental.

Ao concluir o processo formativo, os estudantes apresentaram o trabalho de conclusão de curso (TCC), cujo tema teve sua escolha, devendo contemplar assuntos pertinentes aos conteúdos abordados durante o curso. O TCC poderia ser em formato de monografia, artigo científico e relatório técnico, a partir de estudos de caso.

As produções de TCC dos estudantes da primeira e segunda edição da pós-Graduação em Saúde Mental Coletiva apresentam caráter inovador teórico-prático, que muito irão contribuir com as práticas de cuidado nos diferentes serviços da RAPS. Esses versam sobre revisões teóricas e experiências profissionais que contemplam a Reforma Psiquiátrica, os diferentes Componentes da RAPS, o Cuidado em Saúde Mental, a Violência, a Institucionalização de Crianças e Adolescentes e o Uso Abusivo e/ou a Dependência de Substâncias Psicoativas, dentre outros.

Análise comparada das reformas psiquiátricas francesas e italianas: revisitando a história para refletir sobre as práticas contemporâneas

Diego Stuani
Alcindo Antônio Ferla

Resumo: Este artigo é um estudo comparativo dos processos de reforma psiquiátrica, ocorridos na França e na Itália, a partir do final do século XVIII, considerando marcos históricos, teóricos e práticos, a partir de pesquisa bibliográfica. Os ideais que nortearam os modelos reformistas franceses e italianos, bem como o processo construtivo de políticas públicas, foram importantes para pensar e construir o cuidado em saúde mental ao longo da História, desenvolvendo políticas e práticas para superar o modelo manicomial e segregacionista. Na França, são apresentadas discussões acerca da Psiquiatria de Setor e a Proposta Teórico-Prática em Psicoterapia Institucional. Na Itália é retratada a proposta da psiquiatria democrática, idealizada e conduzida por Franco Basaglia. Embora europeias e muito diferenciadas em seus propósitos de transformação institucional, ambas as experiências influenciam a reforma brasileira, em curso desde o final dos anos 70. Por fim, conclui-se que o poder psiquiátrico vigente é dominante nas reformas estudadas, sendo, muitas vezes, aliado a um poder centralizador de Estado, mantendo controle estrito de possíveis mudanças políticas e institucionais. Além disso, novos olhares para a loucura serão possíveis e vislumbrados, na medida em que também ocorrerem transformações profundas nas sociedades.

Palavras-chave: Reformas psiquiátricas. Saúde mental. Psiquiatria.

Introdução

Desde o surgimento das instituições psiquiátricas, há mais de dois séculos, em seu modelo asilar dominante, o cuidado prestado aos usuários nunca esteve livre de discussões e controvérsias. O caráter excludente e segregacionista do manicômio sempre foi um espelho das sociedades disciplinares modernas e contemporâneas. A análise empreendida por Foucault (1991) revela que, a partir do século XVII, a loucura tornou-se objeto de exclusão. As instituições manicomiais à época foram estabelecimentos de internação que, além de loucos, encerraram os inválidos pobres, os mendigos, os desempregados, em resumo, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, davam mostras de alteração. O internamento não punha em questão as relações de loucura com a doença, mas, sim,

as relações da sociedade consigo mesma, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos.

A partir do momento pós-Segunda Guerra Mundial, começa a se consolidar uma forte tendência mundial à condenação da instituição psiquiátrica tradicional, baseada exclusivamente no confinamento asilar dos doentes mentais. O cenário mundial, saído das atrocidades recentes, provocadas por regimes totalitários, foi impulsionador para discussões e revisões de instituições, que se sucederam nas últimas cinco/seis décadas.

Concretamente, é possível comprovar que, em países com economias desenvolvidas e avançadas, observou-se tal discussão e certa “modernização” da instituição psiquiátrica, após o período pós-guerra. No entanto, em sociedades onde predominam fortes desigualdades sociais, como é o caso do Brasil, as discussões acerca dessa temática, bem como os investimentos são escassos, e a mentalidade predominante ainda é manicomial. O fato é que esse processo de reformulação dos modelos e da assistência psiquiátrica tem uma história muito recente, se comparada ao período de mais de um século e meio de dominação inquestionável do modelo asilar.

Nas décadas de 60 e 70, aconteceu na Europa um momento de maior aprofundamento das críticas à instituição psiquiátrica tradicional. Esse é um momento ímpar, pois, além de denunciar o manicômio como forma de prisão e produtora de cronicidade, atinge o cerne da psiquiatria como prática social, ao propor reversão do modelo normalizador, disciplinar e de controle. França e Itália são países de destaque nesse processo, e a construção de ideias e políticas, nos dois países, é relevante para refletir sobre o cuidado em saúde mental.

No campo das reformas psiquiátricas há controvérsias. Se todos os reformadores ou críticos da instituição tradicional são unânimes em defender os direitos humanos aos chamados doentes mentais, bem como melhorias nas formas de tratamento, não há consenso sobre como se devem realizar tais ideias, isto é, sobre a maneira concreta que devem incorporar na realidade.

O objetivo deste trabalho é analisar comparativamente dimensões e aspectos de reformas psiquiátricas, que ocorreram em duas realidades específicas, na França e na Itália. Serão apresentadas as práticas psiquiátricas francesas, na forma geral da política pública de setor e a proposta teórico-

prática de psicoterapia institucional, bem como as discussões sobre a “psiquiatria democrática”² italiana, proposta por Franco Basaglia. Embora europeias e muito diferenciadas em seus propósitos de transformação institucional, ambas as experiências, direta ou indiretamente, têm influenciado na reforma e realidade brasileira.

O artigo, em formato de ensaio teórico, se organiza a partir de uma análise comparada entre as políticas e práticas nos dois sistemas. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados da SciELO e LILACS. As expressões-chave utilizadas foram “reforma psiquiátrica italiana”, “reforma psiquiátrica francesa”, “psiquiatria de setor” e “psiquiatria democrática” e suas correspondentes em inglês *psychiatric reform italian, psychiatric reform french, sector psychiatrye democratic psychiatry*. Ao total foram localizados 194 artigos com as referidas expressões. Foram selecionados artigos na Língua Portuguesa e Espanhola. Não houve critério de exclusão no limite de ano de publicação. Ao final foram selecionadas as revisões bibliográficas que fizeram referência aos processos de reformas psiquiátricas, ocorridas exclusivamente na Itália e na França, restando ao final sete artigos para apreciação.

1 Comparando as experiências: França e Itália em análise

O modelo de análise comparada, produzido a partir das referências recuperadas, constituiu-se de informações sobre o contexto histórico, as bases doutrinárias e as bases legais dos processos reformistas nos dois países. O modelo de análise está sumarizado no quadro a seguir.

² A expressão “psiquiatria democrática” foi como se autonomou o movimento, bem como a organização da militância psiquiátrica, que promoveu o processo reformista na Itália.

Quadro 1 - Modelo de análise comparada das reformas psiquiátricas na França e na Itália

Eixo de Análise	França	Itália
Contexto histórico	<ul style="list-style-type: none"> - Ideais do Iluminismo e princípios da Revolução Francesa como inspiradores de reformas políticas e sociais - Alienismo como a cura da Razão e promotor da Liberdade, através do espaço do asilo - Política centralizadora de Estado 	<ul style="list-style-type: none"> - Até o século XX, situação idênticas a dos demais países europeus, com manicômios disseminados - Tradição histórica de pluralismo e independência cultural e política de cada região do país
Bases doutrinárias	<ul style="list-style-type: none"> - Psicanálise fortemente presente nas discussões - Psicoterapia institucional, como proposta teórico-prática de ressocialização do hospital - Psiquiatria de Setor como organizador da assistência pública em saúde mental - Psiquiatria privada preservada - Preservação do hospital psiquiátrico, como espaço institucional do saber - Processos de reformas conduzidos dentro dos hospitais, pelos próprios psiquiatras - Noção de território entendido como delimitação geográfica - O clínico em detrimento do político/social 	<ul style="list-style-type: none"> - Início do processo de reforma com inspiração no modelo inglês de comunidades terapêuticas - Psiquiatria Democrática, proposto por Basaglia como doutrina a ser construída, a partir de 1961 - Psiquiatria basicamente pública, entendida como ação e responsabilidade do Estado - Eliminação do hospital psiquiátrico como ponto-chave - Noção de território entendido como construção do espaço social de uma coletividade - Ruptura com o paradigma clínico - Visão da clínica eminentemente político-social
Base legal	<ul style="list-style-type: none"> - Lei de 1838: cria os asilos, espaço para abrigar os alienados - Circular de 1960: dá origem ao setor - Lei de 1985: disposições sobre a setorização - Lei de 1990: referente aos direitos e à proteção dos doentes mentais hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> - Lei de 1904: determina a criação de manicômios provinciais em todo o país - Lei 1968: possibilidade de transformação da internação obrigatória em internação voluntária a critério do psiquiatra - Lei 180, de 1978: lei que prevê a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos, interdição de novos, com substituição por serviços territoriais

Fonte: Elaboração própria.

2 Contextualização histórica do modelo psiquiátrico francês e o surgimento do setor

A França foi berço de vários processos no campo da saúde mental e da psiquiatria. As reformas políticas e sociais foram ocorridas na França no final do século XVIII, como consequência de ideais do Iluminismo e dos princípios da Revolução Francesa, com o lema *Liberdade, Igualdade e Fraternidade*. Inspirado por Philippe Pinel, o alienismo veio sugerir como uma solução para a condição civil e política dos alienados, que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, mas que, também, para não contradizer aqueles mesmos lemas, não poderiam ser simplesmente excluídos. O asilo tornou-se então o espaço da *Cura da Razão* e da *Liberdade*, da condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito.

Amarante (1995) explica bem o que era o alienado. Em tese, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre, não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causa da sua condição, para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade.

O modelo alienista, repressivo-tutelar e assistencial foi praticamente inventado pelos franceses, pois, na visão dos mesmos, se fez garantidor de direito a uma proteção especial para essas pessoas e, durante mais de um século, por eles legitimado e vangloriado como vanguardistas (PASSOS, 2009).

A França promulgou, em 1838, a primeira lei no mundo a obrigar a criação de estabelecimentos de saúde especializados para receber os alienados, bem como tratar e cuidar deles. A partir de então, fazia-se obrigatória a construção de asilos para alienados em todos os departamentos do país. Ela regularia, em tese, a entrada e saída do asilo, que deveriam ser reservadas a apenas para casos psiquiátricos, a partir de então diferenciados de casos de delinquência ou demais motivos. Pretendia-se, com isso, evitar abusos com internações arbitrárias. No entanto, essa lei, no mesmo tempo em que dava poder ao psiquiatra, também o limitava, uma vez que a lei previa a internação obrigatória, chamada *sob ofício*, por uma autoridade administrativa, sob a alegação de periculosidade. Segundo Reynaud e Lopez (1994), esta última prática mostrou-se o procedimento majoritário. As internações voluntárias, com o real consentimento do paciente, só passaram a existir a partir de 1960, com o início da setorização da assistência psiquiátrica.

A força da lei de 1838 foi tal, que ela nunca foi revogada em sua totalidade. Foi apenas reformulada, em termos polêmicos, em 1990, por uma lei sobre direitos dos doentes mentais. Segundo Roudinesco (1989), nunca houve uma *idade de ouro* dos hospitais psiquiátricos na França, que sempre abrigaram, majoritariamente, indigentes ou doentes considerados incuráveis.

Em meados da década de 20, surge o grupo *Évolution Psychiatrique*, uma sociedade científica constituída por psiquiatras partidários de concepções psicodinâmicas. Tal grupo, no qual se incluía Jacques Lacan, teve papel fundamental na introdução da psicanálise na França. Roudinesco (1989) registra que essa sociedade englobava a vertente fenomenológica e psicanalítica dentro da psiquiatria francesa.

No início do século XX, surgem experiências pioneiras de psicoterapia institucional, visando a transformação do estabelecimento psiquiátrico em instrumento terapêutico. A primeira experiência foi no asilo público da cidade de Sain Albain, no Sul da França.

A ideia de setor, centrada na crítica à prática exclusiva de internação asilar, chegou na França em meados dos anos 40 e ganhou os canais governamentais, passando a ser difundida como uma política pública a ser criada no país. Castel (1987) afirma que o movimento de crítica antipsiquiátrica teve caráter essencialmente universitário na França, pouco influenciando na reforma propriamente dita, já que esta vinha sendo gestada, à época, por psiquiatras insatisfeitos com as práticas asilares de tipo carcerário, às quais os mesmos se sentiam submetidos. Foram os próprios psiquiatras os primeiros a se rebelarem contra a condição miserável de guardiães, à qual ficaram reduzidos nos manicômios.

Assim, o processo de “desmanicomialização” francês teve a particularidade de ser protagonizado de forma institucional pelo próprio corpo de psiquiatras progressistas. A política que resultou foi totalmente comandada pelos especialistas. Passos (2009) afirma que os psiquiatras sempre estiveram no topo do processo francês, no sentido de reformularem por si mesmos, sem alianças com movimentos de base, seus próprios campos de prática.

A concepção do papel da psiquiatria e do hospital psiquiátrico para os psiquiatras franceses fica muito bem-explicado na leitura de Passos:

Em geral, os psiquiatras franceses não parecem admitir que a psiquiatria seja, ela própria, bem como suas formas de existências concreta, uma questão política ampla da sociedade. Ela é, antes, um problema de políticas que devem emanar da própria corporação, em princípio. Nos termos dessa lógica, não faz sentido uma lei que proíba a existência de hospitais psiquiátricos. Estes são, ou deveriam ser, meros instrumentos de trabalho, que fizeram sentido em uma época, quando de vigência de Lei de 1830, e se tornaram instrumentos de violência em outro momento porque indevidamente utilizados. Atualmente esses instrumentos estariam ultrapassados, devendo reformulados, modernizados, mas de forma alguma constituírem algo pernicioso ou escandaloso em si mesmo (PASSOS, 2009, p. 76).

Os progressistas dessa luta nunca quiseram fazer política no sentido forte do termo, isto é, nunca se aliaram a outras forças da sociedade para questionar politicamente e em profundidade sua prática e seu saber. Pela simples razão de que mantiveram o desejo de querer preservar o espaço institucional de seu poder: o hospital psiquiátrico. Assim, eles sempre fizeram ou tentaram fazer, sem sucesso, uma política institucional reformista, a partir de dentro da instituição (PASSOS, 2009).

Os primeiros defensores do setor propunham trocar uma doutrina por outra, um modelo pelo outro, o modelo alienista pela *doutrina de setor*. Propunha-se substituir a perspectiva de assistência por um esforço de construção de instrumentos reais de cuidados, que supunham a continuidade dos cuidados, independentemente de estar ou não o doente hospitalizado.

O movimento francês, protagonizado por uma elite intelectual de psiquiatras, reflexivos e preocupados em construir novos princípios de tratamento para as doenças mentais, preservou certa autonomia, em uma luta constante, e em grande parte perdida, para garantir que a política de saúde mental não saísse das mãos legítimas de psiquiatras comprometidos com a prática profissional, para cair em mãos suspeitas de uma elite administrativa, à época em grande ascensão no país (PASSOS, 2009).

3 De doutrina à política de setor

Antes de se tornar verdadeiramente uma política pública oficial, com a reestruturação prática de estruturas e serviços, ela surge como uma doutrina. A doutrina começou a ser vislumbrada na metade dos anos 40, do século XX. Mais do que um problema de remodelagem ou funcionamento do aparato hospitalar, a doutrina do setor preconizava que deveria haver um questiona-

mento profundo dos princípios que sustentavam as instituições psiquiátricas até então. A ambição dessa nova psiquiatria era encontrar estratégias de intervenção sobre os indivíduos, com ações capazes de contemplar prevenção, profilaxia, cura e pós-cura. Para isso, o hospitalocentrismo deveria ser revisto. Assim, essa proposta deveria ultrapassar o campo estritamente médico, para se lançar para as nuances da vida quotidiana da coletividade.

A proposta teórico-prática de psicoterapia institucional foi uma vertente que iniciou o questionamento do modelo manicomial francês, vigente à época. Essa proposta inspirou alguns princípios do setor. O mais importante foi a transformação do hospital em um instrumento de ressocialização. Tem-se a ideia aqui do “bom manicômio”, com as transformações ocorrendo no interior dos estabelecimentos hospitalares. Grande expoente dessa época foi François Tosquelles, sendo decisivo para impulsionar o espírito reformador. Passos (2009) diz que a psicoterapia institucional guardou divergências com a política pública de setor, o que impede que haja continuidade entre elas, atualmente.

Ao final da 2ª Guerra os reformadores franceses se organizaram cada vez mais sistematicamente com proposições para a construção da política nacional de saúde mental. Alguns pontos são chave para entender a proposta do setor francês. Deveriam concretizar-se ações de prevenção, profilaxia, cura e pós-cura. A mesma equipe de profissionais, sob a direção única, ocupar-se-ia de um sistema completo que reuniria serviços hospitalares e extra hospitalares (MIGNOT, 1990). Esta é a ideia central da doutrina.

Os reformistas acreditavam que a cultura do internamento deveria ser substituída pela readaptação dos indivíduos doentes ao meio social, mediante ações conjuntas de outros segmentos (educação nacional, orientação profissional, da justiça, etc.). O sistema deveria ser hierarquizado com oferta de serviços e ordenação da demanda, de forma organizada e de acordo com a complexidade médica. Assim, deveriam ser criados locais para a prevenção, os dispensários; grupos hospitalares urbanos bem equipados, destinados às psicoses curáveis; tornar decentes a estadia dos pacientes crônicos nos hospitais; e, eventualmente, criar centros de readaptação. Cada estrutura deveria ter uma equipe médica própria.

Mignot (1990), um militante do setor, explica bem a *ideia de setor*: uma equipe única se responsabiliza por uma zona populacional específica, referente

a uma determinada região geográfica, onde se disporia de um sistema completo de estruturas responsáveis pela prevenção à cura, criadas de acordo com as necessidades reais da população, e não em função de imperativos administrativos ou gerenciais. Em vez do hospital psiquiátrico-crônico e para crônicos, a equipe poderia suscitar a criação de moradias de pós-cura, ateliês protegidos, colocação em casas de famílias e hospitais-dia para inválidos mentais. Essa equipe se deslocaria permanentemente por todas as estruturas, do hospital ao dispensário, para conhecer todos os seus doentes, no sentido de acompanhá-los de forma continuada.

Em 1960, foi publicado o primeiro documento oficial orientando para a política pública de setor. Nele, estava previsto esquadrinhar os Departamentos³ em setores sanitários, correspondentes a regiões geográficas com, aproximadamente, 70 mil habitantes. Após dezenas de circulares do Ministério da Saúde para regulamentar o setor, surge, em 1972, o primeiro documento legal que determinava a obrigatoriedade de setorização psiquiátrica para todos os Departamentos da França.

As várias circulares especificaram como se daria a *gestão no setor*: a equipe deveria ser pluridisciplinar, contendo psicólogos e assistentes sociais, que, além dos leitos em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais, havia a necessidade de serem criadas estruturas extra-hospitalares para a prevenção e pós-cura, próximas da população; com elas a equipe haveria de fazer a ligação com os outros serviços médicos e sociais da comunidade. Indicava-se a não internação de idosos com distúrbios “caracteriológicos” em hospital psiquiátrico.

Em vinte anos, o número de leitos de internação teve uma redução da ordem de 88.000 leitos. Se, em 1970, existiam 170.000 leitos psiquiátricos na França, em 1990 caíram para 82.000 em hospitalização clássica e 18.000 em hospitalização parcial. A duração da internação cai de 250 dias, ou oito meses, em 1970, para 57 dias em 1990. No entanto, Castel (1987) alerta que, se o tempo de permanência diminuiu aumentaram os índices de internações e reinternação (em 1978 o número de entradas foi de 269.000 e, em 1990, atingiu 400.686). Mais de 50% delas eram de reinternações. Sessenta por

³ Atualmente, a França está dividida em 96 departamentos, além da divisão geográfico-cultural. Os departamentos são as unidades político-administrativas da República. Eles reúnem certo número de municípios, ou comunas.

cento do total dos pacientes do setor estão no extra-hospitalar; 20% necessitam de hospitalização algumas vezes por ano; 20% estão exclusivamente em hospitalização.⁴

Algumas considerações no campo jurídico se fazem necessárias. Em 1990 foi promulgada a primeira lei que modifica parcialmente a anterior, a de 1830. A nova lei estabelece maior controle nas hospitalizações involuntárias. Restabelece, também, direitos civis comuns básicos para os internados em hospital psiquiátrico, tais como telefonar, discutir os rumos do próprio tratamento, escolher o médico e o estabelecimento de cuidados.

As estruturas que compõem o setor seguiram mais ou menos a seguinte evolução. Primeiro surgem os Centros Médicos Psicológicos (CMP), que funcionam como ambulatórios de saúde mental, onde ficam os consultórios médicos e psicoterápicos. Surgiram também estruturas alternativas à internação hospitalar, como hospitalização domiciliar e *foyers* de pós-cura (estes como transição da hospitalização para a alta) e os apartamentos associativos, com supervisão permanente de enfermagem. São moradias para doentes mentais crônicos que necessitam de cuidado continuado (PASSOS, 2009).

Ressalta-se que todas as estruturas de setor são coordenadas por psiquiatras. Passos (2009) diz que, apesar do princípio de equipe única e de considerarem o paciente como paciente do setor e não deste ou daquele profissional, os profissionais cuidam de manter uma divisão interna específica e clara para cada uma das estruturas do setor. Nas reuniões gerais de setor, bem como na elaboração do projeto terapêutico de cada paciente, os psicanalistas e psicoterapeutas não participam, por afirmarem ser necessário preservar a neutralidade do vínculo. Para se encaixarem nos projetos terapêuticos, os mesmos participam de reuniões clínicas com o enfermeiro e o psiquiatra de referência de cada usuário. Assim, os pacientes e equipes transitam pelas diversas estruturas do setor. Ou seja, não há atividade fixa para os profissionais nas estruturas extra-hospitalares.

Praticamente todo o território francês está coberto pela setorialização. Dos 1.200 setores previstos para toda a França, em 1990 já haviam sido criados 1.039, sendo 802 de psiquiatria geral (dos 850 previstos) e 237

⁴ Dados retirados de Reynaud e Lopez (1994).

intersetores de psiquiatria infantil (dos 350 previstos). Um setor médio francês possuía, no início dos anos 90, para uma população de setenta mil habitantes, aproximadamente 94 leitos de hospitalização e 87 profissionais, dos quais 57 enfermeiros e em média, sete médicos em jornada integral. Há uma fila ativa de mais ou menos 876 pacientes, e 60% deles são ambulatoriais (REYNAUD; LOPEZ, 1994).

Por fim, Passos (2001) conclui que, na França, o hospital ainda é o centro de gravidade do sistema, possuindo elevado número de leitos. Por outro lado, a prática estritamente liberal, de consultório, cresce no país e se mostra cada vez mais desvinculada das práticas hospitalares públicas, tradicionalmente humanísticas, identificando-se com uma perspectiva objetivizante e mais medicamentosa, com pouca preocupação com a dimensão social da doença mental. Nos anos 60, os psiquiatras públicos constituíam a quase totalidade da categoria; já na década de 90, o número total de psiquiatras no país havia aumentado oito vezes, e os psiquiatras privados representavam quase três vezes o número de profissionais públicos, fortalecendo a perspectiva neoliberal e cientificista da psiquiatria francesa. Destaca-se ainda o acesso facilitado à psiquiatria privada, pelo reembolso de consultas pela Seguridade Social, pela qual o contribuinte é reembolsado em, no mínimo, 80% dos gastos.

A psiquiatria privada trata a doença mental como mera questão de doença específica, que afeta uma porcentagem considerável da população, e considera ser da competência da medicina mental, da psicofarmacologia e das neurociências encontrarem respostas adequadas ao problema. Pode-se dizer que é uma psiquiatria biológica, científica e fortemente influenciada pela lógica dos serviços privados. Os psiquiatras públicos, não vencidos totalmente pela “moderna” tendência psicotecnológica, procuram manter a tradição clínico-humanista. Com influências de Pinel, há a preocupação em dar prosseguimento na forma de melhorar a qualidade material e humana aos doentes mentais.

4 Reforma psiquiátrica italiana e a psiquiatria democrática

A situação da psiquiatria na Itália, no século XIX, não foi muito diferente da realidade dos demais países europeus, nos quais havia a disseminação de manicômios por todo o país. Segundo Barros (1994), a psiquiatria

italiana caracterizou-se, até o momento pós-guerra, por ser organicista e, reforçada pela ideologia fascista; interessava-se apenas pelas causas das doenças mentais, deixando inquestionada a noção de periculosidade, recusando toda teoria e prática progressista e mantendo total silenciamento sobre a realidade manicomial.

Em 1904, surge a primeira lei nacional referente a Disposições e Regulamentos sobre Manicômios e Alienados, que determinava a criação de manicômios provinciais por todo o país. Segundo afirma Basaglia (1982), a primeira tentativa de reforma legislativa italiana ocorreu em 1968, com a Lei Mariotti, criando a possibilidade de transformação da internação obrigatória em internação voluntária a critério do psiquiatra.

A lei em nada alterou a sanção jurídica sobre o doente em internação obrigatória, que continuou sendo considerado perigoso para si e para os outros, e escândalo público (PASSOS, 2009). Basaglia (1982) afirma que essa microrreforma foi irrelevante diante do cenário de atrocidades que continuavam ocorrendo dentro dos manicômios.

O verdadeiro processo de desinstitucionalização italiano começou a ser produzido a partir de 1961, quando Franco Basaglia - então professor universitário em Parma - assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, cidade ao Norte da Itália. Nesse hospital, sob influência do que vinham propondo David Cooper e Ronald Laing na Inglaterra, Basaglia introduz a noção de comunidade terapêutica para dentro da instituição. Eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes psiquiátricos. O objetivo principal era transformar a dinâmica institucional e resgatar o processo terapêutico. Em torno de Basaglia começou a se agregar um grupo de jovens profissionais, que culminou na constituição do grupo militante autodenominado Psiquiatria Democrática (BASAGLIA, 1995).

Pouco a pouco, a experiência começada por Basaglia como uma simples experiência de comunidade terapêutica, num distante asilo do país, toma traços polêmicas dentro da corporação, até abrir uma rachadura política decisiva, expondo a realidade psiquiátrica praticada no país. Passos (2009) afirma que o processo italiano foi mais conflituoso que o de outros países europeus, por diversas razões: uma realidade psiquiátrica mais arcaica; uma tradição histórica de pluralismo e independência cultural e política de cada

região do país, o que inviabilizou uma política nacional centralista e, principalmente, a radicalidade das mudanças propostas.

Uma característica importante do processo italiano, que certamente favoreceu o avanço do processo de reforma, é que o embate se dava no âmbito praticamente único da psiquiatria pública, entendida como ação e responsabilidade sanitária do Estado. Muito ao contrário do Brasil, por exemplo, onde se criou uma verdadeira indústria privada da loucura, com financiamento pelo próprio Estado de inúmeros hospitais privados (PASSOS, 2009).

Os grandes debates e discussões giravam em torno de três eixos principais, que permanecem fundamentais até hoje: “a ligação de dependência entre psiquiatria, justiça e ordem pública; a característica de classe social das pessoas internadas (em manicômios); e, derivando das duas anteriores, a não-neutralidade da ciência” (ROTELLI; DE LEONARDIS; Mauri, 1989, p. 93).

Em 1971, Basaglia assume, a convite do prefeito de Trieste, a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste. Passos (2009) fala que Trieste será “feita” basicamente por não triestinos, profissionais e estudantes vindos de todas as partes do país, além de estrangeiros, que foram atraídos pela novidade e radicalidade da experiência.

Quando Basaglia assumiu a direção do hospital em Trieste, em 1971, encontrou 1.182 pessoas, 90% sob internação compulsória⁵. Logo desencadeou um momento turbulento de mudanças internas: reuniões diárias por pavilhões, assembleias periódicas com todos os pacientes, reformas físicas, abertura de todos os pavilhões, saídas à cidade, surgimento dos primeiros grupos-apartamentos (num primeiro momento no interior do hospital, posteriormente na cidade) e a criação de cooperativa dos internos (PASSOS, 2009).

A mobilização se dá também pela redistribuição física das pessoas: os pacientes são reagrupados por área de proveniência territorial, e não mais por gravidade nosográfica; os trabalhadores são divididos por equipes de área, saindo para visitas domiciliares e relacionamento nas comunidades. Passos (2009) afirma que conflitos, resistências e também bons resultados vão formando, na prática, os enfermeiros e médicos ao novo estilo de trabalho, fazendo-os abandonar posturas hierárquicas e burocráticas, levando-os a

⁵ Dados que constam em Passos (2009).

desenvolver um relacionamento mais autêntico com a pessoa, e não com uma “mente doente”.

Os números se transformaram. Em 1975 persistiam 847 internos. Todos os outros foi encontrado uma solução para seu caso (família, residência terapêutica, etc.). Nenhum foi encaminhado para outra instituição. Entre 1975 e 77 foram construídos os primeiros serviços territoriais e serviço psiquiátrico 24 horas em hospital geral. Em 1977, o número de internos havia caído para 132. No mesmo ano ocorre o fechamento definitivo do hospital de Trieste, a transformação do conjunto hospitalar em parque público, sendo reocupados por outras instituições e organizações sociais (universidade, escola primária, cooperativas). Até que, em 13 de maio 1978, é aprovada pelo Parlamento italiano, a Lei n. 180, conhecida também como Lei Basaglia.

À época da aprovação da lei, a conjuntura política era bastante favorável a reformas estruturais mais radicais. Tanto é que a Lei n.180 é contemporânea da aprovação da lei de regulamentação do aborto na Itália, inusitada para um país predominantemente católico. A conjuntura de avanço da esquerda em eleições em 1970 produziu o pacto de “‘compromisso histórico’ entre os partidos políticos: Democracia Cristã (DC) e Partido Comunista Italiano (PCI)” (VASCONCELOS, 1992, p. 51).

Basaglia ressalta pelo menos duas características que determinaram a originalidade da experiência italiana às outras estrangeiras. A primeira é a aliança com as lutas de base; a segunda, o fato de não ter havido na Itália uma tradição cultural científica sustentada na “teoria dominante burguesa” - a psicanálise. Tal cultura, para Basaglia (1982, p. 483), “não tem nada a fazer com todo o resto dos movimentos de base política”. Sem uma cultura psicanalítica ou clínico-psicopatológica preexistentes não havia possibilidade de se adotar uma “ideologia de restituição”, que é como Basaglia define a psicanálise.

Basaglia (1982) sustentava a tese de que bastava instituir ações humanizadas nos manicômios para se constatar, primeiro, que seu conteúdo é de pobreza e miséria e não de loucura; e, segundo, como o próprio autor diz que a “débil especificidade da psiquiatria como saber da loucura escondia-se atrás de uma função objetiva de guardião da miséria”. (BASAGLIA, 1982, p. 483).

A reforma italiana, ao contrário da francesa, desde o início considerou central a mudança da condição legal e civil do doente mental, sem a qual seria inviável sem a efetiva desativação da prática de asilamento. A eliminação do hospital psiquiátrico é o ponto de radicalidade ao qual chegaram os italianos, e não do qual partiram. Desde a desconstrução do manicômio,

A transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 32-33).

O ponto chave do movimento italiano de desmantelamento do manicômio é que ele elimina, necessariamente, a dicotomia que opõe a construção de estruturas externas ao funcionamento hospitalar. Para os basaglianos, diferentemente dos franceses, deveria haver, desde o início a destruição total do “intra”, e não uma mera remodelagem da instituição.

Na verdade, às estruturas territoriais italianas não cabe a nomenclatura de “externas”, como os franceses utilizam. Elas são inteiramente substitutivas ao hospital. Não são nem externas, nem complementares a algo que permanece como o núcleo da instituição. Basaglia (1982, p. 477) faz referência ao que chama de “cultura reciclada”, aos modelos, como a psicoterapia institucional, que não passam de uma reciclagem da cultura manicomial.

A experiência da Itália é emanada do “lugar” e do “território”. A noção de território foi certamente inspirada no setor francês, mas guarda uma definição única e singular, não se confundindo como uma mera demarcação de espaço geográfico. É, antes, o *espaço social* de uma coletividade, identificado pela existência de uma cultura própria e de uma série de recursos arquiteturais e institucionais (de trabalho, lazer, ação política, saúde, arte, religião, etc) que precisam ser conhecidos e articulados pelos serviços sanitários, numa ação coletiva integradora. O território é uma *construção*; como tal, deve emergir da mobilização concreta dos recursos existentes e das necessidades reais da comunidade (PASSOS, 2009).

A Lei Basaglia regulamenta o tratamento obrigatório, ponto-chave da reforma. A tendência é realizá-lo em serviços territoriais, segundo os mesmos preceitos técnicos e éticos do tratamento voluntário. Passos (2009) explica como está regulamentado o Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO): o prefeito de polícia, autoridade administrativa providencial, deve autorizá-lo, mediante certificado médico, mas o serviço deve tomar iniciativas para assegurar o consentimento e a participação do paciente, bem como agir de modo a evitar o recurso a esse tipo de internação. O paciente deve ser atendido em serviços abertos ou, em casos excepcionais, justificado pelo médico, em internação. O TSO tem duração máxima de sete dias. Qualquer prorrogação deve ser solicitada em tempo hábil ao prefeito pelo psiquiatra do serviço. O prefeito deve comunicar o juiz que compete. Qualquer pessoa interessada (o próprio paciente, em primeiro lugar) pode solicitar ao prefeito a suspensão do TSO ou entrar em recurso da decisão do juiz no tribunal competente, cabendo ao prefeito recorrer da decisão de suspensão do TSO, após trinta dias.

Todo esse procedimento minucioso e burocrático é uma forma de assegurar o direito de recurso e autodefesa do interessado contra arbitrariedades dos poderes envolvidos (médico, administrativo, judiciário) (PASSOS, 2009). A média de casos de TSO em Trieste está estabilizada em 12 anos (cinco casos em cada cem mil habitantes) (*Guida ai servizi per la salute mentale*, Dipartimento di Salute Mentale, 1997).

Dados apresentados por Paolo Tranchina,⁶ fornecem um panorama da intensa aceleração do processo de extinção de leitos psiquiátricos na Itália, na última década do século XX. Em 1963, havia cem hospitais psiquiátricos na Itália, com 180.000 pacientes internados; em 1975 esse número havia caído para 75.000 internados; em 1982 eram 50.000 pessoas internadas; em 1995, vinte mil; em 1996, 12.000. Em 1999, segundo Tranchina, existiam apenas 1.300 pessoas internadas em todo o país, número que abrange os hospitais psiquiátricos remanescentes e os hospitais gerais.

Por fim, a proposta italiana centra-se no que eles chamam de “emancipação terapêutica” (PASSOS, 2009, p. 154), deslocando-se do processo de “cura”. Esta envolve transformações em todos os campos terá-

⁶ Comunicação oral em seminário alusivo à reforma psiquiátrica brasileira, organizado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fheming), Belo Horizonte, 19 de novembro de 1999.

pêuticos: das estruturas existentes, dos profissionais, do campo psiquiátrico (incluindo a psicopatologia) e do usuário. A proposta é de ruptura com o paradigma clínico. O que se busca é a produção de vida, de sentido e de novas formas de convivência, que possibilitem o encontro de múltiplas formas de bem-estar e de saúde.

Considerações finais

Ao finalizar o comparativo entre o processo francês e o italiano de reforma psiquiátrica, algumas ponderações se fazem necessárias. A primeira delas é que o modelo asilar vigente até meados do século XIX é posto em questão em ambas as reformas. A França, juntamente com a Inglaterra, inaugura o debate institucional que se instalou após a II Guerra Mundial. É reconhecidamente um dos países onde mais se desenvolveram renomadas teorias psiquiátricas e psicanalíticas sobre o tratamento clínico e distúrbios mentais. Ao mesmo tempo, a França é o país de origem de dois importantes teóricos críticos da instituição psiquiátrica, Foucault e Castel.

Uma particularidade da psiquiatria francesa é sua tradição humanista iniciada por Pinel. Percebe-se a ideia em dar continuidade em novas estratégias que visam a melhoria das condições nos hospitais psiquiátricos públicos. Cita-se também a tendência à psiquiatria cientista biológica no país. Chama atenção para a prática estritamente liberal de consultório que, por sua vez, cresce no país e se mostra cada vez mais desvinculada das práticas hospitalares, pouco preocupada com a dimensão social da doença mental, evidenciando o lado neoliberal e cientificista da psiquiatria francesa.

É notável que a situação dos doentes mentais na França, antes totalmente desassistida ou abandonada em asilos, muda para melhor com a política reformista de setor. Mas, percebe-se que inexiste a preocupação para que o paciente possa decidir ou tomar parte ativa nos rumos de seu tratamento, ou ter seu sofrimento ouvido. O espaço reconhecido ao usuário do cuidado é, como no pensamento biomédico vigente, o de “paciente” a ser assistido. O usuário simplesmente faz parte do processo de maneira passiva, sendo referenciado e contra referenciado no setor.

No sentido da abrangência dos processos reformistas, a Itália apresentou um processo inegavelmente mais profundo, para o qual contribuiu para lançar ideias originais e práticas inovadoras. A perspectiva

italiana de multiplicação de novos serviços comunitários desvinculados de hospitais, inclusive de hospitais gerais, tende a implicar com toda a rede de instituições sociais criadas para dar respostas a problemas sociais. A proposta italiana propõe desvincular a loucura do domínio exclusivamente médico, em uma ação ampliada e expandida para além dos limites da instituição tradicional. Ao mesmo tempo, lançam-se para os balizamentos críticos da sociedade civil, no sentido de construção do protagonismo do doente mental.

A experiência triestina representa uma tentativa de ruptura radical, de descontinuidade com modelos iluministas e conservadores de normalização social, do qual o modelo psiquiátrico asilar foi uma das concretizações mais perversas que perdurou por mais de um século e meio. Não restam dúvidas de que sem a paixão e a ousadia do grupo dos basaglianos em Trieste pouca coisa teria mudado no sentido político da reforma.

Basaglia usava a expressão “terceira revolução” (BASAGLIA, 1995) da psiquiatria, para retratar a experiência que o mesmo propunha, operando em distinção às duas anteriores, a humanista pineliana e a tecnicista psicofarmacológica. A proposta pela via da desinstitucionalização seria uma revolução realizada em uma perspectiva que indaga a psiquiatria como poder de verdade, o saber verdadeiro; e vinculados a isso, os mecanismos sociais de exclusão.

Cabe ressaltar as discussões que permeiam no campo das ideias sobre o ser humano e que contribuem para a cisão e conflitos ideológicos nos campos da saúde mental, em especial acerca da teorização da psicanálise. Tal situação leva a um dilema entre o clínico e o político. Tal polarização é bastante atual, ficando evidente nas reformas francesa e italiana.

Ao final, os processos de reformas psiquiátricas têm uma história muito recente se comparada ao período de mais de um século e meio do modelo asilar. No entanto, o poder psiquiátrico constituído é dominante nas experiências estudadas. Sabe-se que a corporação, muitas vezes aliada a um poder centralizador de Estado, mantém controle estrito de possíveis mudanças políticas e institucionais.

A reforma psiquiátrica no Brasil é mais recente ainda, se comparada às discussões estrangeiras. É inegável a influência dos modelos europeus para as discussões na saúde mental nacional. No entanto, ainda nos deparamos

com enormes barreiras a vencer. Nossa realidade social, política e econômica é muito mais desvantajosa. Antes mesmo do tratamento, o doente mental precisa ser reconhecido e garantido nos direitos mínimos de cidadão, ter o que comer, o que vestir, onde morar, proteção e renda. Enfim, muito há de se percorrer e trilhar para garantir direitos humanos básicos à população brasileira.

Se uma nova era para a loucura terá chance de ser inventada, bem como se novas descrições e novos olhares sobre ela serão possíveis, só poderão ser vislumbrados na medida em que ocorrerem transformações profundas nas sociedades. E é a partir da própria sociedade, que continuará sendo, de maneiras variadas, a responsável por incitar, ocupar, denunciar e formular mudanças significativas nos processos históricos de luta por direitos dos doentes mentais.

Referências

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3491-494, jul./set., 1995.
- BARROS, D. *Jardins de Abel*: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp, 1994.
- BASAGLIA, F. Conversazione sulla legge 180. In: BASAGLIA, F. *Scritti (1968-1980): dall'apertura del manicômio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982. v. II.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Graal, 1995.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos*: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica*: a idade de ouro do alienismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.
- MANNONI, M. Introduction: psychanalyse et politique de la santé mentale. *Esquisses Psychanalytiques*, hous-série I: 5-15, sept. 1989.
- MIGNOT, H. Le secteur vu em 1960: réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies mentales. *L'Information Psychiatrique*, v. 6, n. 3, p. 229-232, 1990.
- PASSOS, I.C.F. *Modelos estrangeiros de políticas de saúde mental*: indagações para nossa reforma psiquiátrica. *Vertentes*, São João del-Rei, n. 18, p.7-17, jul./dez. 2001.

PASSOS, I.C.F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

REYNAUD, M. LOPEZ, A. *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie* (Ed.). Paris: Friso-Roche, 1994.

ROTELLI, F. ; DE LEONARDIS, O. ; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. *In: NICÁCIO, F. (org.). Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França: a Batalha dos Cem Anos (1885-1939)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. v.1.

VASCONCELOS, E. M. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

A política de saúde mental na 16^a Conferência Nacional de Saúde: Cuidado em liberdade como princípio ético para a construção do cuidar

Alcindo Antônio Ferla
Tatiane da Rosa Vasconcelos

Resumo: O marco da Reforma Psiquiátrica decorreu da concepção de um novo modo de produzir saúde mental, a partir da substituição de manicômios por serviços comunitários, sendo o cuidado em liberdade um requisito básico para estabelecer interfaces entre a saúde mental, o SUS e o cuidar. O processo da 16^a Conferência Nacional de Saúde é uma referência para a participação social na saúde no cenário atual. Este artigo resulta de uma pesquisa documental qualitativa, com o objetivo de analisar as diretrizes para a política de saúde mental na 16^a CNS, tendo o cuidado em liberdade como princípio ético para a construção do cuidar. A análise dos dados produzidos, a partir do Relatório Final/ Parcial da 16^a CNS permitiu uma discussão sobre o Sistema Único de Saúde e a produção do cuidado em Saúde Mental, a partir de concepções sobre a reforma psiquiátrica, as leis 8.080 e 8.142 de 1990, as conferências de saúde e a participação e o controle social no SUS. A pesquisa mostrou que os conselhos e as conferências de saúde têm papel fundamental nessa construção, porém é relevante que a participação da comunidade esteja desempenhando seu papel de protagonismo junto a estes dispositivos. A produção do cuidado em saúde resulta em novos modos de funcionamento para a prevenção e promoção de saúde e de vida da população.

Palavras-chave: Conferência Nacional de Saúde. Cuidado. Saúde mental. SUS. Reforma Psiquiátrica.

Introdução

No final dos anos 70, iniciou-se o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, instituído na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e no surgimento de esforços que os movimentos sociais exerciam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005). Os objetivos da Reforma Psiquiátrica fundamentam-se no questionamento do modelo assistencial até então vigente e em propor estratégias para a transformação, fazendo emergir um novo paradigma para a psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Na história das sociedades, a loucura nem sempre foi considerada como um problema de saúde mental passível de um diagnóstico, ela estava associada ao contexto social e cultural de cada época e, até o nascimento da

psiquiatria, era um fenômeno que pertencia ao mundo das artes, das conexões com a transcendência e da circulação urbana. A partir do final da Idade Média, com o nascimento dos hospitais médicos, as razões do internamento foram diversas, porém não estavam atribuídas à preocupação com a cura e nem tinham o sentido predominantemente médico, mas de superação de conflitos no cotidiano das cidades e dos grupos. O asilo ocupava esse lugar onde eram internados os hansenianos, doentes, loucos, pobres, prostitutas, etc. Para Foucault:

O internamento seria assim a eliminação espontânea dos "a-sociais"; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia – tanto mais segura quanto cega – aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas (FOUCAULT, 1978, p. 90).

No início do processo da Reforma Psiquiátrica, principalmente na Itália e no Brasil, com forte inspiração italiana, o aspecto de delinear outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural foi considerado uma das referências essenciais, para que se elaborasse outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não apenas clínicos e terapêuticos (BIRMAN, 1992). Uma delas foi o incentivo à participação social na construção das políticas no campo dos serviços e nos fóruns mais gerais como as conferências, audiências públicas, conselhos de saúde e outros espaços, além de um potente protagonismo enquanto sujeitos do movimento antimanicomial (VENTURINI, 2016).

Em 2001, é sancionada no país a Lei Paulo Delgado conhecida como a Lei n. 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. É nesse contexto que a política de saúde mental adquire maior visibilidade e passa a consolidar-se pautada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). Ao encontro disso, Vasconcelos e Ferla salientam:

As relações da liberdade com a saúde ficam explicitadas não apenas pela ideia de que não pode haver cuidado sem liberdade, mas que há situações em que as restrições às liberdades individuais, feitas de forma coletiva, são expressão da produção da saúde (VASCONCELOS; FERLA, 2021, p. 43).

A Lei n. 8.080, votada em 19 de setembro de 1990, aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e do

funcionamento dos serviços relacionados à saúde. O artigo segundo dessa Lei regulamenta o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, ao trazer que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, devendo este prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, dentre outros e dá caráter legal às Conferências e aos Conselhos, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa fosse consolidado e consagrando o papel do controle social em relação à saúde, o que possibilitou a formulação, fiscalização e mobilização da saúde (BRASIL, 1990).

As conferências e os conselhos de saúde, no âmbito do SUS, conectam-se com essa ideia de que a participação social, seja das pessoas no espaço terapêutico, seja no âmbito das políticas e das organizações, é necessária para a afirmação da cidadania, da condição da saúde como direito e da incidência sobre as políticas e organizações do Sistema Único de Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o marco político mais importante para a constituição do SUS e, em 2019, a 16ª Conferência Nacional de Saúde, com a intencionalidade política de revisitar esse marco, foi constituída com a designação de 8ª + 8. A 16ª CNS constituiu-se como uma das maiores e mais importantes oportunidades de participação social na saúde; reencontrou o tema da “Democracia e Saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”, também questão central em 1986 (BRASIL, 2019).

No relatório da 16ª CNS, a mesa de debate “Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” trouxe como um dos palestrantes Alcindo Antônio Ferla, que, ao abordar o tema do SUS, ressalta:

A Consolidação do SUS, no tempo em que vivemos, precisa reafirmar a relação de determinação entre Democracia e Saúde, entre a liberdade e a institucionalidade democrática e a produção de saúde para todos e todas. A saúde é direito de todos e todas e esse direito se articula com as liberdades democráticas e o regular funcionamento das instituições, pautadas na Constituição Brasileira (BRASIL, 2019, p. 43)

A partir da conjuntura de desmonte do SUS e do contexto político atual em que é necessário reafirmar e lutar por nossos direitos e deveres diariamente, torna-se indispensável tratar da saúde como um direito de todos e dever do Estado, como instituído no art. 196 da Constituição Federal de 1988

(BRASIL, 1988). A 16ª Conferência Nacional de Saúde ocorre nesse cenário e encontra-se entre as maiores e mais importantes oportunidades de participação social na saúde, trazendo como tema “Democracia e Saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”.

Sendo assim, e compreendendo a função constitucional e legal atribuída às conferências de saúde como dispositivos de análise, esta pesquisa objetivou analisar as diretrizes para a política de saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo o cuidado em liberdade como princípio ético para a construção do cuidar.

1 Metodologia: delineamento

A metodologia utilizada para o desenvolvimento e a apresentação da proposta do estudo foi a análise documental com abordagem qualitativa. Conforme Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, efeitos das interpretações que as pessoas fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A análise de conteúdo, utilizada para o tratamento dos dados obtidos no relatório da conferência, é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes associadas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados (MINAYO, 2010).

A pesquisa documental permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam seu modo de ser, viver e compreender um fato social (SILVA *et al.*, 2009). De acordo com Oliveira (2007), “caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação” (pg. 69).

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investi-

gador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência (CELLARD, 2008).

Os relatórios finais das conferências de saúde são documentos muito singulares. Além de sintetizar diferentes vozes dos participantes, que são heterogêneos, eles registram prioridades e conferem visibilidade a temas relevantes que orientarão - ou deveriam orientar, segundo a legislação brasileira (BRASIL, 1990) - no período subsequente. A pesquisa que embasa o manuscrito utilizou-se do relatório parcial/final da etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde e o conhecimento produzido na análise terá relevância no acompanhamento das ações no período de 2020 a 2024, além de dialogar com as práticas cotidianas no interior dos serviços de saúde e representar um registro histórico.

Dessa forma, para elaborar o trabalho analítico utilizou-se como fonte principal o Relatório Final/Parcial da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Embora tenha utilizado centralmente material de domínio público, é importante registrar que a pesquisa realizada compõe projeto maior, denominado “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, sob a coordenação do Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde e a uma rede científica interinstitucional, com a aprovação diretamente pela Conep, por meio do protocolo CAAE n. 14851419.0.0000.0008.

2 Resultados e discussão

A análise dos dados produzidos na interação com o Relatório Parcial/Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde permitiu construir uma discussão sobre as diretrizes para a política de saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo o cuidado em liberdade como princípio ético para a construção do cuidar.

Interfaces entre o Sistema Único de Saúde e a produção do cuidado em Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas e valores sociais e culturais, que avança a partir dos serviços e das relações interpessoais. Incide em territórios diversos, nos governos federal, municipal e estadual, no mercado dos serviços de saúde,

nas universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e no território do imaginário social e da opinião pública, constituindo um processo político e social complexo, composto de instituições, atores e diferentes origens (BRASIL, 2005). De acordo com Vasconcelos e Ferla:

Com a Reforma Psiquiátrica há uma reformulação no sentido do cuidar, que passa a ser em liberdade e em espaços comunitários. Porém, mesmo com os muros sendo derrubados, o que permanece é o enraizamento moral e social diante dos usuários que frequentam os serviços de saúde mental, tanto nos espaços comunitários, que deveriam prestar o cuidado de forma integral e subjetivo [...] (VASCONCELOS; FERLA, 2021).

Segundo a Lei Federal n. 8.142/90, art. 1º, parág. 1º: “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, 1990). No entanto, o esforço para que as Conferências sejam mobilizadoras e abrangentes é contínuo e ocorre aos poucos em decorrência do conhecimento da sociedade e dos órgãos de controle social há alguns anos (BRASIL, 2019).

As Conferências de Saúde têm sua importância reconhecida para a construção de diretrizes na formulação de políticas públicas de saúde e para o fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS, que correspondam às necessidades da população. A primeira conferência aberta à participação popular ocorreu em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que confirmou o conceito ampliado de saúde deixando de ser visto apenas como ausência de doença. Em vista disso, constituem-se como espaços de discussão das políticas, com a participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de coletividades, do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros (BRASIL, 2019).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, ficou conhecida por possibilitar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em alusão a ela é que a 16ª Conferência Nacional de Saúde ficou conhecida como a 8ª+8, sendo oficializada através do Decreto de Convocação n. 9.463/2018. A participação social na 16ª Conferência evidenciou-se no esforço de inclusão de temas sin-

gulares e populações específicas, a partir de um conjunto de discussões e de ampla mobilização. Isso possibilitou dar visibilidade a episódios que requerem esforços das instituições e políticas para a elaboração de integralidade, equidade e cidadania (BRASIL, 2019).

O processo da 16ª CNS é uma referência para a participação social na saúde no cenário atual, permitindo análises de particularidades que se referem à ameaça que a democracia vem sofrendo por movimentos políticos e pelo atual governo (BRASIL, 2019). De acordo com o Relatório Parcial/Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde,

a 16ª Conferência Nacional de Saúde reiterou o SUS Constitucional e a implementação, de forma efetiva, de seus princípios e diretrizes, observando a integralidade da atenção, a descentralização da gestão, a participação social, a produção de inclusão e equidade, a relevância pública do trabalho em saúde e dos trabalhadores do setor, o pertencimento da saúde à seguridade social e a necessidade de financiamento com fontes estáveis e volume suficiente, entre outras diretrizes e propostas (BRASIL, 2019).

As conferências nacionais são convocadas pelo poder Executivo e estruturadas em etapas municipal, estadual e nacional com participação paritária de gestores públicos setoriais e de delegados de representação popular. Com o aumento da prática participativa e deliberativa das conferências, há um fortalecimento da democracia representativa. No início dos anos 90, foi se instalando o caráter de controle como papel principal nos conselhos, quando o debate sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde veio a ter como referência uma agenda de controle sobre o gasto público (COSTA; VIEIRA, 2013).

No art. 7º da Lei n. 8.080/1990 são apresentados os princípios do SUS integrado pelas ações e pelos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, os quais são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal e, dentre eles está a participação da comunidade (BRASIL, 1990). O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar vinculado com o de democracia participativa, em que a comunidade participa do poder decisório propondo e definindo o serviço público que deseja. Com isso, a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptora deste (BRASIL, 2019).

Na defesa do direito humano fundamental à vida, o controle social vem reproduzindo sua função de proteger a Constituição Federal, dando lugar de voz, escrita e luta para os caminhos a serem percorridos (BRASIL, 2019). Observa-se a reafirmação e consolidação das relações entre a sociedade e a saúde, expressas no art. 3º da Lei n. 8.080/1990:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

A Lei n. 8.142/1990 criou os conselhos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Os novos fóruns eram responsáveis, segundo o artigo primeiro, pela “formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990). O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado em 1937, tem suas atribuições atuais regulamentadas por esta lei. É considerado uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e chamado de controle social na saúde.

Em 1987, o Conselho Nacional de Saúde foi reformulado em sua composição e suas funções e passou a ser um órgão ministerial de deliberação superior, ou seja, sua principal função administrativa era de “deliberação coletiva de segundo grau” no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 1987). A partir de 1990, foi constituído como um espaço político em que eram debatidos os caminhos da política nacional de saúde, e os interesses sociais organizados eram representados. Do ponto de vista legal, entre 1990 e 2006, as funções do conselho continuaram as mesmas, mas seu papel e sua composição na arena de decisão política da área transformaram-se (CÔRTEZ, 2009).

O Conselho Nacional de Saúde conta com a ação estratégica dos atores sociais e estatais cujos interesses podem ser conflitantes em alguns momentos, mesmo que sejam qualificados para estabelecer determinadas alianças (TESTA, 2004). Os atores estatais são os que ocupam cargos de direção em organizações governamentais e em órgãos do Executivo, bem como os outros poderes da República e os integrantes da sociedade civil que atuam na construção de consensos, para conservar a hegemonia da classe dominante.

Os atores sociais são identificados de forma genérica em atores sociais de mercado e sociais, além de pertencerem à sociedade civil (CÔRTEZ *et al.*, 2009).

Os atores sociais com assento no conselho, que não representam o governo ou o mercado, conduzem um conjunto diversificado de interesses que, em sua maioria, podem estar relacionados a dois movimentos identitários. Um deles é conhecido como afirmativo, pois convoca justiça social e tais reivindicações estão alicerçadas no princípio de equidade. O outro é definido a partir da luta pelo reconhecimento que agrega elementos relativos ao próprio reconhecimento de determinadas particularidades de gênero, étnicas e dos portadores de deficiências e patologias nas políticas de saúde e à importância da categoria profissional para o setor saúde (FRASER, 2007; BAHIA, 2015).

No formato atual, o conselho apresenta uma composição paritária em relação às entidades provenientes da sociedade civil. São 50% de conselheiros representantes de usuários, 25% representam trabalhadores da saúde e 25%, o governo e os prestadores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

O controle social é uma diretriz e princípio do SUS, e pode ser entendido como a participação da comunidade nas ações de saúde em todas as esferas de governo, tendo em vista que quanto maior for o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores são as chances de êxito. É um mecanismo de fortalecimento da cidadania que oportuniza aos cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão pública, que contribua com a aproximação da sociedade e do Estado (BRASIL, 2019). No entanto, Vasconcelos e Ferla apontam:

A crise atual parece recolocar-nos a questão do cuidado em liberdade, apontando a ineficácia das restrições seletivas na história da psiquiatria, muitas vezes utilizadas como punição moral a pessoas e grupos, e propondo a mediação com a ideia da equidade (VASCONCELOS; FERLA, 2021).

Nesse sentido, Rotelli (1990) salienta que o fundamento do ato terapêutico, enquanto relação, está no caminho lento e constante da restauração de relações que elaboram subjetividades, isto é, em desfazer o esteriótipo que o diagnóstico lhe concede. Isso se relaciona à capacidade dos trabalhadores de saúde mental em sentir, escutar e estabelecer encontros

com as pessoas em sofrimento psíquico. E, para desfazer essa concepção, é preciso criar espaços para essas pessoas se pronunciarem, através do direito de falar seja em assembleias, conversas informais, individuais, seja em grupos, pois é uma maneira de valorizar a palavra.

Considerações finais

Com a realização desta pesquisa, pode-se destacar que foi possível compreender as diretrizes para a política de saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo o cuidado em liberdade, como princípio ético para a construção do cuidar. Além disso, a pesquisa permitiu reunir concepções sobre a reforma psiquiátrica; as Leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990; as conferências de saúde e a participação e o controle social no Sistema Único de Saúde. Estes temas enunciam sobre o processo do cuidado em liberdade em saúde mental e da democracia enquanto arranjo social para a consolidação do SUS.

Tendo em vista que o marco da Reforma Psiquiátrica decorreu da concepção de um novo modo de produzir saúde mental, a partir da substituição de manicômios por serviços comunitários, o cuidado em liberdade é requisito básico para estabelecer interfaces entre a saúde mental, o SUS e o cuidar. Os conselhos e as conferências de saúde têm papel fundamental nessa construção, porém é relevante que a participação da comunidade esteja desempenhando seu papel de protagonismo junto a estes dispositivos.

O conceito de saúde que a 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe, em que a “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”, se revela apropriado e pertinente ao debate atual (BRASIL, 1987). Aqui, destaca-se que a palavra “liberdade” faz parte do compilado de condições básicas para a saúde das pessoas, que emerge em um contexto cada vez mais desvalorizado, em que o SUS vem sofrendo grandes ameaças.

Através das interfaces entre a saúde mental e o SUS, a democracia, a participação e o controle social na saúde podem ser fortalecidos, na medida em que “a voz da sociedade é um dos meios que torna possível o exercício da cidadania e da democracia, mas ela precisa de espaço e lugar para expor suas

demandas e contribuições diante de suas realidades” (VASCONCELOS; FERLA, 2021). A produção do cuidado em liberdade, como princípio ético para a construção do cuidar ocorre diariamente nos pequenos detalhes, como, por exemplo, no afeto, no respeito e no encontro consigo mesmo e com o outro, é com e a partir disso que construímos o SUS e a saúde que queremos e lutamos para que sejam reconhecidos em sua grandeza.

A produção do cuidado em saúde resulta em novos modos de funcionamento para a prevenção e promoção de saúde e de vida da população. Como nos diz Ferla, na fala que realizou na mesa de debate da 16ª CNS “Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”:

É preciso fortalecer a educação permanente em saúde, no cotidiano do trabalho e na articulação com as instituições formadoras. Também é preciso que os trabalhadores da saúde tenham políticas de estabilidade e de valorização, reconhecendo a relevância pública e a singularidade da saúde, que se traduz bem na expressão “gente cuidando de gente”. Por fim, registrar que precisa haver esperança (BRASIL, 2019).

A recuperação histórica da articulação da saúde mental no conjunto das ações de atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não esgota a análise da prospecção sobre o que se pode esperar do cuidado às pessoas em sofrimento mental. Como construção histórica e social, essa articulação está em movimento. Nos últimos anos, mudanças importantes no cenário brasileiro e mundial apontam reflexos sobre a saúde mental das pessoas e coletividades e sobre a organização dos sistemas de saúde, no acolhimento e cuidado.

Referências

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- BAHIA, L. As conferências de saúde: desafios à democracia participativa. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 10, p. 2047-2072, 2015.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA B.; AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estado da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde*. Documento Orientador de apoio aos debates. Brasília/ DF, 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicaoafederal.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. *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, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012*. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 11 ago. 2020.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

CÔRTEZ, S.M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. *Participação, democracia e saúde*, p. 102-128. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

CÔRTEZ, S. M. V.; SILVA, M. K.; RÉOS, J. C.; BARCELOS, M. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores Estatais e societais. In: CORTES, S. M. V. (org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [on-line]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 237-271, 2013. v. 3. ISBN 978-85-8110-017-3.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRASER, N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova*, v. 70, p. 101-138, 2007.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2010.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ROTELLI, F. *et al. Desinstitucionalização: uma outra via*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA, L. R. C. da. *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - EDUCERE; ENCONTRO SUL-BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 9., 3., 2009, PUC/PR. *Anais [...]*. PUC/PR, 2009.

TESTA, M. *Pensar en salud*. 3. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

VASCONCELOS, T. R. da; FERLA, A. A. *A pandemia e a saúde coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano*. São Leopoldo: Oikós, 2021.

VENTURINI, E. *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

Ações intersetoriais em saúde mental: benefícios e desafios

Letícia Rizzon Miotto
Ana Maria Paim Camardelo

Resumo: Este artigo parte da temática intersectorialidade no campo da saúde mental e tem como objetivo identificar os benefícios/as contribuições e os desafios/as dificuldades das ações intersectoriais no campo da saúde mental no Brasil, a partir de revisão sistemática da literatura especializada. Os dados foram obtidos por meio da seleção de artigos científicos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Capes. A amostra foi composta por 17 artigos em Língua Portuguesa publicados entre os anos de 2010 a 2020. As principais evidências encontradas apontam para benefícios/contribuições relacionados à qualidade dos atendimentos, a profissionais capacitados, ao cuidado integral dos usuários; à promoção da cidadania, dos direitos, da autonomia, da autoestima e de reinserção social, além da contribuição da família, dos dispositivos do território e da sociedade, no tratamento do usuário. Já em relação aos desafios/ dificuldades, foram encontrados fatores relacionados à disponibilidade dos profissionais, escassez de recursos humanos e materiais, ao difícil acesso aos dispositivos comunitários, escassez de publicações sobre o tema, conflitos de interesses, falta de conhecimento sobre os serviços existentes e necessidade de capacitação dos profissionais. Concluiu-se que a intersectorialidade em saúde mental é essencial, visto que o cuidado integral do usuário só é possível a partir de um trabalho compartilhado entre diferentes setores. Porém, percebe-se que, na prática, a intersectorialidade não acontece como se preconiza nas legislações. É necessário, portanto, ultrapassar esta barreira, inicialmente em nível de gestão para que os próprios profissionais também consigam efetivar na prática estas ações.

Palavras-chave: Saúde mental. Intersectorialidade. Integralidade em saúde.

Introdução

O presente artigo aborda a questão da intersectorialidade no campo da saúde mental. Para isso, se faz necessário compreender, mesmo que de forma breve, aspectos históricos relacionados à saúde mental no Brasil e o modo como a rede se organiza, atualmente.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início por volta de 1978, por meio de movimentos sociais em busca dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Visava mudanças nas práticas e no modelo de atenção em saúde mental. Após diversos impasses e tensões, construiu-se uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005). Desta forma, com o

passar dos anos, a partir deste processo de envolvimento, a vários setores da sociedade, legislações foram criadas para viabilizar tais mudanças.

Neste sentido, a Lei n. 10.216, de 2001, representa um marco de fundamental importância. Esta, conhecida como Lei Antimanicomial, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca a importância da atenção integral, mesmo nos casos em que o sujeito necessite de internação, tendo acesso a serviços médicos, psicológicos, de assistência social, de lazer, entre outros (BRASIL, 2001).

Apesar de a Lei n. 10.216 propor um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, ainda no ano de 2001, foi apenas dez anos depois que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estabelecida. Criada com a Portaria n. 3.088, de 2011, prevê a criação e remodelação de alguns pontos de atenção à saúde, para que as pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas pudessem ser melhor atendidas e acompanhadas no âmbito do SUS. Também prevê que os usuários usufruam de um cuidado integral e de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, a RAPS tem como um de seus objetivos desenvolver ações intersetoriais para atender ao usuário (BRASIL, 2011).

Como componentes da RAPS, destacam-se a atenção básica em saúde, a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Estes diferentes componentes são operacionalizados por meio de pontos de atenção como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), entre outros. (BRASIL, 2011).

Redes como esta podem ser compreendidas “como uma ferramenta de trabalho, ou uma estratégia, que propicia a interação entre os atores sociais, tendo como objetivo central a efetivação dos direitos da população, devendo se pautar pelo que é preconizado na política pública” (AVELAR; MALFITANO, 2018, p. 3204). As redes são fundamentais ao trabalho na área da saúde, visto que, na maioria dos casos, não há um único equipamento ou equipe de saúde que seja autossuficiente em relação à resolutividade das situações que se apresentam no território. Por isso, as redes contam com profissionais de

vários campos de saber, justamente para que haja diversos atores com conhecimentos distintos implicados na gestão e no cuidado. Além disso, para que a rede seja acionada, conforme a necessidade de cada usuário, há projetos terapêuticos singulares. São eles que acionam a rede e fazem com que os equipamentos e as equipes de saúde se articulem de acordo com a demanda de cada usuário (QUINDERE; JORGE; FRANCO, 2014).

A respeito da integralidade, Mattos (2007) destaca ainda que este princípio requer que o profissional se coloque no lugar do outro, para prever um plano de cuidado individualizado. Ou seja, é preciso buscar a melhor combinação de serviços e ações de saúde que ofereça um suporte adequado para o usuário em questão. Complementando, Alves (2001) destaca que o determinante para a integralidade é o fato de entendermos que o que precisa ser cuidado é o sujeito como um todo e não apenas sua doença ou seu diagnóstico. Por isso, afirma também que a intersectorialidade é um componente indissociável da integralidade. É preciso “buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente” (ALVES, 2001, p. 175). Neste sentido, Monnerat, Souza (2011 *apud* ROMAGNOLI *et al.*, 2017), também afirmam a necessidade de integração entre as políticas, uma vez que as ações necessárias para a promoção de saúde, muitas vezes, dependerão de outras instâncias não abarcadas pelo setor saúde.

Na literatura, o termo intersectorialidade é utilizado também como transectorialidade e pode ser definido “como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p. 105).

Sabe-se que as diferentes necessidades das pessoas, de maneira geral, não se mostram isoladas, mas integradas umas com as outras. Necessitam, portanto, de um conjunto de necessidades atendidas (INOJOSA, 2001). Neste sentido, Nascimento (2010) destaca que a intersectorialidade passa a ser valorizada como um requisito essencial na formulação e implantação das políticas públicas, já que, muitas vezes, não é possível obter a eficácia esperada por meio de políticas setoriais atuando individualmente.

Diversas problemáticas sociais afetam muitos sujeitos e surgem em várias políticas públicas pelas quais estes usuários transitam. O campo da saúde, por exemplo, não possui solução para todas as questões trazidas pelos

usuários, sendo necessário comunicar-se com os demais setores. Portanto, para que uma política pública seja eficiente e eficaz, é necessário que ela amplie seus conhecimentos e se articule com as demais para que seja possível pensar em novas ações e estratégias para a resolução dos problemas. Para isso, portanto, é preciso sair da lógica individualista e fragmentada, priorizando o interesse social (CUSTÓDIO; SILVA, 2015), até porque o sujeito não é setorial, apenas as políticas o são.

Porém, não se trata de menosprezar o conhecimento especializado de cada uma nas disciplinas. Também não implica simplesmente juntá-las em um mesmo projeto. O que a intersetorialidade prevê é uma comunicação verdadeira entre as disciplinas (INOJOSA, 2001). E esta comunicação pode se efetivar de diversos modos, entre eles reuniões, visitas institucionais, contatos telefônicos, de acordo com a necessidade e disponibilidade dos setores (AVELAR; MALFITANO, 2018).

A intersetorialidade mostra-se como algo inerente à saúde mental (ALVES, 2001). Os sujeitos com transtorno mental possuem necessidades que vão além do sofrimento psíquico e extrapolam o campo da saúde. Ou seja, assim como qualquer outro indivíduo, demandam ações e serviços relacionados à educação, trabalho e renda, habitação, lazer, cultura, segurança, dentre outros (OLSCHOWSKY *et al.*, 2014). Além disso, “a experiência brasileira já demonstrou que a fragmentação e a visão setorializada de políticas públicas é custosa e ineficiente, pois produz ações e resultados distantes das diretrizes e objetivos almejados” (CUSTÓDIO; SILVA, 2015, p. 3).

Desta forma, justifica-se a importância deste tema, visto que é um assunto atual e emergente no campo das políticas públicas, principalmente em saúde mental. É preciso compreender cada vez mais as necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental para que se possa pensar em novas formas de articulação das políticas públicas, visando atendê-los de maneira integral como preconiza a legislação. Pensando nisto, o estudo em questão teve por objetivo identificar na literatura científica os possíveis benefícios e dificuldades das ações intersetoriais no campo da saúde mental no Brasil.

1 Metodologia

A pesquisa em questão possui caráter qualitativo e exploratório. Segundo Minayo (2000, p. 10), as pesquisas qualitativas “são capazes de

incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. O caráter exploratório da pesquisa tem como objetivo aproximar-se do tema, esclarecendo e desenvolvendo os conceitos de uma maneira geral. Além disso, as pesquisas exploratórias permitem um levantamento de dados bibliográficos (GIL, 2008).

Sendo assim, as fontes foram extraídas das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Capes. Para a realização de busca de fontes, foram utilizados os seguintes descritores: intersectorialidade, ações intersectoriais, saúde mental. Os demais critérios foram: Língua Portuguesa e o período de 2010 a 2020, para priorizar estudos recentes sobre a temática.

Utilizando a combinação dos descritores “intersectorialidade” e “saúde mental” na base de dados BVS, foram encontrados 84 resultados. E, na base de dados da Capes, 109 resultados. Já a combinação dos descritores “ações intersectoriais” e “saúde mental”, na base de dados BVS, culminou em 28 resultados e, na base de dados Capes, 59. Dos resultados encontrados, foram selecionados apenas artigos científicos, descartando teses e dissertações, que trataram da intersectorialidade, como assunto principal juntamente com o tema saúde mental. Esta seleção se baseou na leitura do resumo de cada estudo e resultou na escolha de 38 artigos científicos. Após a leitura completa destes artigos, 21 deles foram descartados, pois não atenderam ao objetivo desta pesquisa. Foram selecionados, portanto, 17 artigos científicos para a presente pesquisa, como destacados no Quadro 1. Para cada um deles foi confeccionada uma ficha de leitura, buscando identificar os conceitos de intersectorialidade, os benefícios/as contribuições das ações intersectoriais para os usuários da RAPS, além ainda dos desafios/das dificuldades encontradas nestas ações, no campo da saúde mental.

Quadro 1 – Artigos selecionados e analisados

	TÍTULO DO ARTIGO	A N O	AUTORES	ÁREA DE ATUAÇÃO DOS AUTORES	PERIÓDICO	PALAVRAS- CHAVE
1	Atuação do Serviço Social na saúde mental: entre os desafios e as perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva	2010	BREDOU; DRAVANZ	Serviço Social	Textos & Contextos	Saúde mental, intersetorialidade, integralidade, ação profissional
2	O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança, no âmbito do SUS: a experiência de PAILI-GO	2010	SILVA	Antropologia Social	Physis Revista de Saúde Coletiva	Criança e adolescente, saúde mental, CAPSi, intersetorialidade, agenda pública
3	Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial	2012	AZAVEDO <i>et al.</i>	Enfermagem	Rev. Gaúcha Enf.	Enfermagem psiquiátrica, serviços de saúde mental, apoio social
4	Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave	2013	BORYSOW; FURTADO	Ciências da Saúde Saúde Coletiva	Physis	Assistência social; saúde mental; intersetorialidade; louco de rua; acesso a serviços
5	A constituição do espaço Fórum a partir do paradigma da Atenção Psicossocial	2013	LIMA	Faculdade de Ciências e Letras	Rev. Psicol. Unesp	Fórum, atenção psicossocial, intersetorialidade, implicação
6	Quartas intenções de um programa de rádio como um dispositivo em saúde mental	2013	LEWIS <i>et al.</i>	Psicologia Terapia Ocupacional Enfermagem	Polis e Pique	Saúde mental, intersetorialidade, rádio comunitária, atenção psicossocial, dispositivos territoriais
7	A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	2014	ZANIANI; LUZIO	Psicologia	Psicol. em Revista	Criança, adolescente, atenção psicossocial, intersetorialidade, CAPSij
8	A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil	2014	KANTORSKI <i>et al.</i>	Enfermagem	R. Pesq. : Cuid. Fundam.	Saúde mental, serviços de saúde mental, criança, adolescente
9	Atenção básica e cuidado colaborativo, na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras	2017	TEIXEIRA; COUTO; DELGADO	Instituto de Psiquiatria UFRJ	Ciência & Saúde Coletiva	CAPS, atenção básica, promoção da saúde, crianças, adolescentes

10	Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro	2017	ROMAGNOLI <i>et al.</i>	Psicologia	Rev. Subjetividades	Políticas públicas, intersectorialidade, saúde mental, rizoma
11	Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental	2017	SOARES; MARTINS	Psicologia	Rev. Baiana de Saúde Pública	Atenção Primária à Saúde, ação intersectorial, saúde mental
12	Ações de intesetorialidade em saúde mental: uma revisão integrativa	2019	SILVA <i>et al.</i>	Enfermagem	R. Pesq.: Cuid. Fundam.	Saúde mental, integralidade em saúde, ação intersectorial
13	A construção de uma rede intersectorial de cuidados em saúde mental	2019	MANGINI; KOCOUREK; MORSCH	Serviço Social	Emancipação	Intersetorialidade, saúde mental, trabalho em rede
14	A intersectorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da Terapia Ocupacional no contexto escolar	2019	FERNANDES <i>et al.</i>	Terapia Ocupacional UFSCar	Cad. Bras. Ter. Ocup.	Crescimento e desenvolvimento, Terapia Ocupacional, Saúde Mental, intersectorialidade
15	Redes, instituições e articulação: contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersectorialidade na saúde mental	2019	PEREIRA; GUIMARÃES	Serviço Social	Barbarói	Intersetorialidade saúde mental, rede
16	Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da região sudeste do Brasil	2019	TÂNIO; MATSUKURA	Terapia Ocupacional	Physis: Rev. Saúde Coletiva	Saúde mental, criança, adolescente, intersectorialidade
17	Cuidado intersectorial em saúde mental na infância e adolescência: para além da instituição saúde	2020	NUNES <i>et al.</i>	Enfermagem	R. Pesq.: Cuid. Fundam.	Saúde mental, criança, ação intersectorial

Fonte: Organizado pelas autoras.

2 Resultados e discussão

Os dezessete artigos considerados relevantes para esta pesquisa foram publicados entre os anos 2010 e 2020, sendo 2019 o ano que mais apresentou publicações (cinco artigos científicos), seguido pelos anos de 2013 e 2017 com três publicações cada. Percebeu-se que não houve publicações que abordassem sobre a temática específica da pesquisa, nos anos 2011, 2016 e 2018, demonstrando lacunas neste espaço de tempo. Em relação à área de

atuação dos autores, não foi possível identificar em três publicações. Nas demais, identificou-se a Enfermagem como a área que mais publicou sobre a temática (cinco artigos), seguida pela Psicologia (quatro artigos). Cabe destacar também a presença de um artigo de autoria interdisciplinar escrito por profissionais das áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem. Na temática “intersectorialidade em saúde mental”, observou-se que características específicas relativas à atenção psicossocial de crianças e adolescentes foram abordadas em seis publicações. Em relação às revistas científicas em que os artigos foram publicados, repetiram-se com maior frequência a Revista Subjetividades e Physis: Revista de Saúde Coletiva com três artigos cada. Dentre as revistas, quatro delas estão avaliadas na categoria B2 e outras três revistas estão na categoria B1 no Qualis/Capes.

Da análise de conteúdo dos artigos, três categorias foram propostas: *conceito de intersectorialidade*; *benefícios/contribuições das ações intersectoriais aos usuários da RAPS*; e *desafios/dificuldades das ações intersectoriais no campo da saúde mental*.

A respeito do *conceito de intersectorialidade*, três artigos não apresentaram tal conceituação, sendo que os demais (14) trouxeram um ou mais conceitos. Já benefícios/contribuições das ações foram encontrados em 12 artigos, e desafios/dificuldades foram identificados em 16 artigos, sendo que apenas um deles não apresentou esta categoria.

Verificou-se que o *conceito de intersectorialidade*, abordado pelas publicações, envolve características como compartilhamento de saberes e práticas entre os setores, estratégia política, integralidade do cuidado, responsabilidade compartilhada e resolutividade. Neste sentido, o artigo de autoria de Bredow, Dravanz (2010, p. 233) traz um conceito amplo sobre intersectorialidade. As autoras destacam que “é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores”. Além disso, identificam o termo como

[...] um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004 *apud* BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 233).

A importância da articulação entre a sociedade, o território e a família também foi apresentada pelos artigos analisados, destacando que a intersectorialidade necessita ir além da ideia de articulação entre setores. Neste sentido, Teixeira, Couto, Delgado (2017, p. 1934) apontam que “a parceria entre setores públicos, com funções específicas, usuários e familiares, requer modos de operação baseados no reconhecimento e legitimidade dos diferentes saberes envolvidos, especializados ou laicos”.

A respeito dos *benefícios/contribuições das ações intersectoriais aos usuários da RAPS*, 5 das publicações não trataram desta categoria. As demais publicações abordaram sobre: a qualidade do atendimento; o fato de os profissionais estarem mais capacitados; o cuidado integral aos usuários; a promoção da cidadania, dos direitos, da autonomia, da autoestima e de reinserção social dos usuários; além da contribuição da família, dos dispositivos do território e da sociedade no tratamento do usuário. Neste sentido, Avelar, Malfitano (2018) destacam que as articulações intersectoriais são, de fato, estratégias que possibilitam a garantia de direitos dos usuários, além de um cuidado integral no atendimento às suas demandas.

Outro aspecto importante diz respeito aos benefícios da contribuição da família, do território e da sociedade, no tratamento do usuário. Foi possível observar que “os benefícios do contato com a rede não se direcionam apenas à troca de informações, outrossim à elaboração conjunta de outras propostas e estratégias de atenção, incorporando o cuidado com as famílias e comunidades também enquanto prioridades” (TÃNO; MATSUKURA, 2019, p. 14). Avelar, Malfitano (2018) concordam com a ideia, afirmando que os próprios usuários e suas famílias precisam ser considerados como pontos desta rede, participando das decisões e não apenas sendo alvo das intervenções.

Tãno e Matsukura (2019, p. 14), analisando ações intersectoriais relacionadas ao campo da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, verificaram que “a corresponsabilização enquanto processo positivo na construção da relação entre os setores movimenta os agentes para a ampliação do olhar e do entendimento sobre as situações com as quais se deparam e nas quais devem/podem intervir”. Isso contribui para que os profissionais se tornem mais criativos para elaborar outras formas de cuidado que se façam necessárias. Tudo isso resulta em um aumento da efetividade e resolutividade do trabalho dos profissionais (AVELAR; MALFITANO, 2018).

Porém, é necessário ter o cuidado de se avaliar se as intervenções propostas não estão sendo ambivalentes e provocando também uma função controladora da vida dos sujeitos. Avelar, Malfitano (2018, p. 3208) destacam que, muitas vezes, as articulações intersetoriais acabam tendo uma função velada de controle dos sujeitos. Foi observado em suas pesquisas que “esse espaço de diálogo entre os profissionais se apresentou como um momento no qual todo tipo de informação sobre a vida dos sujeitos parecia ser exposto, inclusive acompanhado de julgamentos morais”.

Já os autores Azevedo *et al.* (2012) verificaram que as ações intersetoriais analisadas por eles promoveram ganhos aos usuários, como a inclusão no mercado de trabalho, o resgate da cidadania e independência, além de contribuir para melhorar a autoestima. Tais ações referiram-se a estratégias adotadas por um CAPS, em relação a projetos e cursos na área de artes e cultura, com vistas à inclusão dos usuários no mercado de trabalho.

Como foi possível observar, a intersetorialidade rompe com a fragmentação e propõe articulação de saberes, agendas coletivas dos profissionais e setores e objetivos comuns, podendo resultar em ganhos para a população. Ao mesmo tempo, surgem desafios em relação à conquista desta intersetorialidade, uma vez que a fragmentação dos setores ainda parece vigorar na administração pública (NASCIMENTO, 2010).

Portanto, em relação às *dificuldades/desafios das ações intersetoriais no campo da saúde mental*, os artigos abordaram questões relacionadas à disponibilidade dos profissionais, escassez de recursos humanos e materiais, dificuldades relacionadas aos dispositivos comunitários, escassez de publicações abordando o tema, conflitos de interesses, falta de conhecimento sobre os serviços existentes e necessidade de capacitação dos profissionais. É importante ressaltar que, em apenas uma publicação, esta categoria não foi encontrada.

Em relação aos conflitos de interesse, o artigo de autoria de Borysow, Furtado (2013), chama a atenção para o fato de que

[...] as discussões realizadas entre grandes escalões e gestores do governo costumam ter relativo sucesso, mas percebe-se dificuldade na implementação das ações intersetoriais, no plano dos municípios e respectivos serviços, onde as propostas encontram conflitos políticos e outras influências locais” (MAGALHÃES; BOLDSTEIN, 2009 *apud* BORYSOW; FURTADO, 2013, p. 44).

Além disso, Nascimento (2010) afirma que esta é uma dificuldade comum enfrentada nas ações intersetoriais. As interferências político-partidárias atuam diretamente na execução das políticas públicas na forma de conflitos de interesses. Kantorski *et al.* (2014, p. 576) também destacam que “a articulação intersetorial nem sempre é capaz de fazer frente a outros arranjos relativos a redes de relação pessoal que parecem mais fortalecidas que aquelas de atenção psicossocial”.

Outra dificuldade encontrada nas publicações refere-se à capacitação e disponibilidade dos profissionais. Tãno e Matsukura (2019) se depararam com a dificuldade em coletivizar o compromisso com a atenção, além de encontrarem profissionais com desconhecimento dos fluxos da rede e diferentes concepções de cuidado. Teixeira, Couto e Delgado (2017) também observaram no relato dos profissionais o desconhecimento sobre a presença e o funcionamento dos recursos existentes na rede e no território. Silva *et al.* (2019) destacaram que é preciso investir em formação profissional, para que haja melhor compreensão sobre a integralidade do cuidado.

Neste sentido, Alves (2001) afirma que os profissionais possuem dificuldade em compartilhar saberes, mantendo-se na posição de especialista e detentor de um saber específico. Além disso, aponta que cursos de especialização em saúde mental poderiam contribuir para a incorporação de um conhecimento coletivo. Todos estes desafios/dificuldades, portanto, foram mais citadas pelas publicações em comparação aos benefícios, fornecendo indícios de que ainda há muito que se superar para que a intersectorialidade, de fato, se estabeleça no cotidiano de trabalho das políticas públicas, em especial no campo da saúde mental.

Considerações finais

A intersectorialidade em saúde mental mostra-se como essencial, visto que, apenas a partir de um trabalho compartilhado entre diferentes setores é que as necessidades dos usuários podem ser supridas. É necessário lembrar que o sujeito precisa ser visto como um todo e não em partes e que, portanto, a saúde mental precisa relacionar-se com outras áreas. Não há saúde nem saúde mental, se as demais áreas não forem contempladas com um cuidado integral.

Para isso, é necessário superar os desafios e as dificuldades que se apresentam com a intersectorialidade. Pereira e Guimarães (2019) destacam

que a intersectorialidade parece estar bastante presente nas legislações, inclusive de saúde mental. Porém, percebe-se que, na prática, ela não acontece como se preconiza no papel. E isto acontece devido a diversos desafios como estes encontrados e relatados ao longo deste artigo.

Mesmo com todos os relatos de benefícios e contribuições das ações intersectoriais, as dificuldades permanecem. As ações intersectoriais ainda precisam ser aprimoradas, já que demonstram serem muito mais discursivas do que práticas, sendo necessário ultrapassar esta barreira, inicialmente em nível de gestão, para que os próprios profissionais também consigam efetivar na prática estas ações (AVELAR; MALFITANO, 2018). É preciso que conflitos políticos e interesses individuais sejam deixados de lado. Além disso, parece ser necessária uma formalização do cuidado compartilhado, indo além do que Mangini, Kocourek e Morsch (2019) definem como esforço voluntário dos profissionais. A capacitação das equipes também é um desafio importante, visto que é necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre os serviços existentes no território. Desta forma, com um verdadeiro diálogo entre os setores, o cuidado integral dos usuários pode ser potencializado. E isto contribui para a resolutividade das questões que se apresentam no cotidiano do trabalho, bem como para a qualidade de vida dos próprios usuários e suas famílias.

Espera-se que este estudo contribua para fomentar o debate cada vez mais necessário acerca do tema. É importante que profissionais de diferentes áreas realizem estudos interdisciplinares sobre a temática, visto que a saúde mental não pertence a uma única área ou setor, contribuindo para um cuidado integral e uma maior resolutividades das questões que se apresentam no cotidiano do trabalho.

Referências

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

AVELAR, Mariana Rossi; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Entre o suporte e o controle: a articulação intersectorial de redes de serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 3201-3210, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003201&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 maio 2020.

AZEVEDO, Elisângela Braga de *et al.* Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 93-99, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 maio 2020.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 21 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *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, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 nov. 2019.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do serviço social na saúde mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7384>. Acesso em: 23 maio 2020.

CUSTÓDIO, André Viana; SILVA, Cícero Ricardo Cavalcante. A intersectorialidade nas políticas sociais públicas. In: XI SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA; MOSTRA NACIONAL DE TRABALHOS CIENTÍFICOS, 11;1., Santa Cruz do Sul, 2015. *Anais* [...], Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>. Acesso em: 21 nov. 2019

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi *et al.* A intersectorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 454-461, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000200454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2020.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

INOJOSA, Rosa Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos Fundap*, n. 22, v.1, p. 102-110, 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf. Acesso em: 3 maio 2020.

- KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, v. 6, n. 2, p. 651-662, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/bde-25443?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.
- LEWIS, Michele dos Santos Ramos *et al.* Quartas intenções de um programa de rádio como dispositivo em Saúde Mental. *Rev. Polis e Psique*, v. 3, n. 1, p. 100-118, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/36665/26491>. Acesso em: 17 maio 2020.
- LIMA, Damaris Bezerra. A constituição do espaço fórum a partir do paradigma da atenção psicossocial. *Rev. Psicol., Unesp*, v.12, n. 2, p. 31-41, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200002. Acesso em: 21 maio 2020.
- MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; KOCOUREK, Sheila; MORSCH, Caroline. A construção de uma rede intersectorial de cuidados em saúde mental. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 19, n. 2, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://revistas.apps.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/12288>. Acesso em: 6 jun. 2020.
- MATTOS, Ruben Araújo. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor*, Rio de Janeiro: Cepsesc, 2007. p. 369-383. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Raz%C3%B5es-P%C3%BAblicas-para-a-Integralidade-em-Sa%C3%BAde-o-cuidado-como-valor.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-628201000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2020.
- NUNES, Cristiane Kenes *et al.* Cuidado intersectorial em saúde mental na infância e adolescência: para além da instituição saúde. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, n.12, p. 232-237, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048000>. Acesso em: 8 jun. 2020.
- OLSCHOWSKY, Agnes *et al.* Avaliação das parcerias intersectoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 591-599, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00591.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.
- PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Rede, instituições e articulação: desafios e possibilidades para a intersectorialidade na política de saúde mental. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 53, p. 185-207, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/12806/8453>. Acesso em: 8 jun. 2020.
- QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 maio 2020.

- ROMAGNOLI, Roberta Carvalho *et al.* Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 157-168, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 jun. 2020.
- SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2020.
- SILVA, Luzia Michelin *et al.* Ações de intersetorialidade em saúde mental: uma revisão integrativa. *Ver. Fund. Care Online*, v. 11, n. 3, p.763-770, abr./jun. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6824/pdf_1. Acesso em: 6 jun. 2020.
- SOARES, Daniely dos Anjos Muniz; MARTINS, Alberto Mesaque. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. *Rev. Baiana Saúde Pública*, v. 4, n. 2, p. 508-523, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882978>. Acesso em: 6 jun. 2020.
- TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100607&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2020.
- TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo, na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jun. 2020.
- ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amelia. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicol. Rev.*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2020.

A intersetorialidade na atenção em saúde mental à infância e adolescência: as microrredes do Município de Bento Gonçalves - RS

Anaquel Pereira
Ricardo Lugon Arantes

Resumo: Objetivou-se compreender como tem sido operada a prática intersetorial na atenção em saúde mental das crianças e dos adolescentes nas microrredes do Município de Bento Gonçalves - RS. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualiquantitativa do tipo exploratório-descritiva, por meio de análise documental. Foram examinados livros de Atas das reuniões de microrredes de quatro territórios de maior vulnerabilidade social do Município, entre os anos 2016 a 2019. A partir da análise dos dados, surgiram três categorias: fluxos e conexões; arranjos intersetoriais e o compartilhamento do cuidado no território; e rede ampliada para além do território. Este artigo destaca a família como corresponsável pelo cuidado, embora esta frequentemente seja excluída da formulação dos projetos terapêuticos; ressalta o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos, construindo possibilidades para que sejam agentes de seus processos; a importância da constante articulação com órgãos da justiça e defesa de direitos e o protagonismo dos profissionais das políticas públicas envolvidas.

Palavras-chaves: Saúde mental. Crianças e adolescentes. Intersetorialidade.

Introdução

No decorrer da História da humanidade, o conceito de infância passou por uma série de alterações com várias concepções de infância, coexistindo em diferentes momentos históricos. Sobre este assunto, destacamos dois autores: Ariès (1981) refere que até meados do século XVIII a criança era vista como um adulto em miniatura, a infância era caracterizada pela inexperiência, dependência e incapacidade, pois não tinha as mesmas compreensões que um adulto; o índice de mortalidade infantil era bem-elevado e, por muitos anos, as famílias e a sociedade encaravam como algo natural uma fatalidade. Klein (2012) traz a realidade de crianças de classes menos abastadas, não citadas por Ariès, que trabalhavam em fábricas, com extensas jornadas de trabalho e em locais insalubres e perigosos.

O fim do século XVIII foi considerado o marco na evolução dos sentimentos em relação à infância, foi a partir deste momento que começaram realmente

a falar da criança, das suas peculiaridades a ser tratadas com suas particularidades, e percebidas nas suas singularidades, por possuírem sentimentos próprios. Foi apenas a partir desta conjuntura que se começou a pensar em políticas públicas voltadas à infância e a adolescência (ARIÈS, 1981).

No Brasil, no que concerne às políticas públicas voltadas ao público infantojuvenil, somente no início do século XX foram criadas as primeiras políticas. Estas eram destinadas aos chamados, naquele período, de “menores” carentes e/ou infratores, e circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação. Por consequência, essas práticas foram muito criticadas por sua postura punitiva e cerceadora. No ano 1920, surgiram movimentos sociais em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, resultando em algumas legislações específicas, com o objetivo de superar este cenário. No entanto, as primeiras legislações relacionadas a este público eram apoiadas na doutrina jurídica da situação irregular, a saber: o Código de Menores Mello Matos de 1927, destinado às crianças pobres, abandonadas ou consideradas delinquentes, seguia a mesma lógica do controle e da tutela pelo Estado e amparado por médicos e juristas pelo discurso de proteção e assistência, aplicado por meio da repressão e da institucionalização; e o Código de Menores de 1979, aplicado a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e/ou infração, preconizando a internação em massa e a criminalização da infância (SOUZA, 2017). A instituição de políticas públicas com olhar voltado à infância e adolescência, que considera sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, foram inscritas no período de redemocratização do País com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e implementadas em 1990 com a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA⁷ (SOUZA, 2017; PEREZ; PASSIONE, 2010).

Na atenção em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA),⁸ apesar do movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica⁹ apenas em

⁷ Importa destacar que o Brasil proferiu a Convenção dos Direitos da Criança (1989) promulgada pelo Decreto Federal n. 99.710, de 21/11/1990; os direitos previstos neste decreto foram reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2014).

⁸ No decorrer deste artigo, será utilizada a abreviatura SMCA como referência à saúde mental de crianças e de adolescentes.

⁹ A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu no final da década de 70, do século XX, em consonância com a Reforma Sanitária, movimento de origem internacional como consequência ao esgotamento de um modelo centrado no hospital e na figura do médico, objetivando o fim da violência asilar. Esse movimento consistia na luta pelo fim dos manicômios e a implantação de modelos substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); pretendia-se, assim,

2001, após a promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, foram discutidos os rumos para uma política de SMCA em um Seminário Nacional. Neste, reuniram-se representantes de todos os estados brasileiros de diversos setores públicos como saúde pública, educação, assistência social, justiça, promoção e saúde mental, para imprimir a intersetorialidade como um dos pilares da SMCA (COUTO; DELGADO, 2015). Este seminário culminou na inserção tardia da Política Pública de SMCA, considerando a criança e o adolescente como pessoa em situação peculiar de desenvolvimento, um ser que tem sentimentos, sofrimentos e não só um vir a ser (COUTO, 2008). Este movimento também vem a reconhecer as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e com necessidade de cuidado e atenção, que perpassa estes diversos setores. Neste mesmo ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)¹⁰ e, em consonância com o que foi discutido no seminário, alguns autores reforçaram nesta conferência a importância da intersetorialidade.

Os transtornos mentais e suas intervenções de promoção, prevenção e tratamento implicam numa pluralidade de necessidades que requerem uma riqueza de iniciativas intersetoriais não habituais em países como o nosso. A pálida presença de dispositivos sanitários e sociais, nos territórios, prejudicam a construção mental de uma rede regular nos seus nós e espaços intersticiais, com malhas pouco flexíveis para reter os “miúdos” com chances menores de vida em sociedade, pelos seus “déficits” e desvantagens (PITTA, 2001 p. 24).

Esta Conferência também definiu o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) como gestor em seu território de abrangência. Logo em seguida à III CNSM, foi publicada a Portaria n. 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, e a Portaria n. 1.608, de 3 de agosto de 2004, que institui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infantojuvenil. A publicação destas portarias foi a primeira resposta oficial do SUS à necessidade

romper com o modelo assistencial baseado na institucionalização da loucura, na estigmatização do portador de doença mental, nas práticas de maus-tratos e na cronificação da doença (BRASÍLIA, 2005).

¹⁰ A III Conferência Nacional de Saúde Mental teve como tema: “Cuidar, sim. Excluir, não” - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social, esta conferência marcou um novo momento para a saúde mental no Brasil, pois afinou-se com os novos preceitos de justiça social e equidade, inscritos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASÍLIA, 2001).

de cuidado para casos de maior gravidade e complexidade para este público (ANJOS, 2014).

Na Portaria n. 336/GM/MS foi destinado um capítulo exclusivamente para a criação dos CAPSi, constituindo-o como um serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com transtornos mentais, em serviço de caráter ambulatorial de atenção diária, estruturado segundo a lógica do território, ofertando atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a integração da criança e do adolescente na comunidade e sua inserção familiar e social também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência, no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002).

Em 2011, foi promulgada a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se destina à ampliação de serviços e dispositivos de atenção em saúde mental, com articulação nos diferentes pontos de atenção¹¹ e cuidado de pessoas, em sofrimento ou com transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Com essa portaria, o CAPSi deixa de ser o gestor do território e passa a configurar-se um ponto de atenção estratégico; com isso, o cuidado às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico pode ser operado nos diferentes dispositivos da RAPS, mas que ainda devem prover a atenção e o cuidado mediante ações intersetoriais (BRASIL, 2011). Em outros termos, a organização da cobertura em SMCA deve ser potencializada pela articulação de diferentes setores públicos dirigidos ao cuidado do segmento infantojuvenil, não ficando restrita à oferta de serviços de saúde mental (COUTO, 2012). Para tanto, a ação estratégica proposta por essa política pública não diferencia o CAPSi da articulação intersetorial, mas propõe que opere com sequência e correlação.

Quanto ao mandato de cada setor, Anjos (2014) refere que, na promoção do atendimento, cada campo tem seu objetivo específico; no entanto, de

¹¹ Os pontos de atenção da RAPS se constituem em sete componentes, a saber: 1. Atenção Básica em Saúde; 2. Atenção Psicossocial Estratégica; 3. Atenção de Urgência e Emergência; 4. Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5. Atenção Hospitalar; 6. Estratégias de Desinstitucionalização; e 7. Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

acordo com as diretrizes do ECA, é o mandato primeiro que vai gerar vínculo entre estas instituições, para promover um atendimento adequado às demandas das crianças e dos adolescentes. Dito de outra forma,

[...] pode-se dizer que se o mandato da saúde mental é clínico, o da justiça é a tutela, o da assistência social é a proteção, o da educação é a formação, e assim para muitos outros. Cada um destes campos é constituído por teorias, conceitos, diretrizes, protocolos e códigos de comunicação próprios que intervêm no diálogo intersetorial, constituindo-se, muitas vezes, como barreiras à parceria (COUTO; DELGADO, 2010, p. 4).

Assim, nesse grande sistema, perante as especificidades dos mandatos de cada setor, os atores podem colaborar ou competir. Entretanto, diante dos objetivos particulares de cada instituição, a competição institui uma barreira para o trabalho em rede, pois a maximização dos resultados assume um valor secundário. Dentro da política em SMCA, os atores interagem em prol da resolução de problemas, formando um sistema em que as instituições são portadoras de um mandato comum, do qual o CAPSi faz parte (ANJOS, 2014).

Taño e Matsukura (2019) destacam que a elaboração de outras propostas e estratégias de atenção de forma conjunta e não somente à troca de informações podem aproximar com arranjos mais coletivos de trabalho, além da imaginação, criação e sustentação do trabalho, priorizando e incorporando o cuidado com as famílias e a comunidade. A corresponsabilização entre os diversos setores encaminha as ações para a efetivação da clínica ampliada que é defendida pela clínica de atenção psicossocial. A clínica ampliada é também denominada por Campos, 2002 como Clínica do Sujeito. Para o autor, a instituição deste modelo implica o enfrentamento de alguns desafios. Campos (2002) faz algumas críticas à clínica tradicional pelo reducionismo das práticas focadas somente na enfermidade ou no indivíduo de forma fragmentada, justificando que essas abordagens são voltadas demasiadamente à cura ou eliminação de sintomas. Outro aspecto negativo citado é o aumento do número de especialidades, fator que impossibilita a construção de projetos terapêuticos coerentes, em razão de que cada clínico tem sua capacidade de atuação reduzida. Para o autor, a ampliação da clínica tradicional coloca como centro da intervenção o sujeito, mas sem excluir a doença, ou seja, o objeto da clínica ampliada é o sujeito na sua integralidade, considerando os aspectos biológicos, subjetivos e sociais interligados. “[...] Uma crítica que se pretenda dialética da clínica obrigada a desconstruir, reconstruindo

alternativas concretas de saberes e de práxis: uma clínica reformulada e ampliada” (CAMPOS, 2002, p. 9).

Com a responsabilidade mútua, a atenção psicossocial não fica sob a responsabilidade exclusiva de um só órgão, o processo de inclusão da criança e do adolescente nos serviços de saúde mental se dará de forma mais ágil e fácil, com a união dos sistemas integrados pelos setores da Rede Básica de Saúde, Escola/Secretaria de Educação/Ensino de Jovens e Adultos (EJA), Conselho Tutelar, Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social - (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e Justiça. A sobrecarga de trabalho é aliviada, quando a comunicação é ampliada, há troca de saberes, pensamentos e experiências. Estas ferramentas também auxiliam na sustentação e duração das intervenções (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Pelos diferentes atores que circulam nas redes socioassistenciais e intersetoriais de atenção às crianças e aos adolescentes, os saberes e as ações que circulam na atenção psicossocial são, em até certo ponto, complexos, elaborados e possivelmente de difícil compreensão, pois são contrários a lógica da produção de doença e de patologização da vida e do social, no sentido de que muitas vezes se colocam em contracorrente. A atenção à SMCA deve considerar suas características específicas, bem como respeitá-las como sujeitos de direitos (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

A produção de resultados mais efetivos para o cuidado deste público é possibilitada através do enfrentamento das adversidades, a implicação das pessoas e a criação de espaços de negociações por meio da intersetorialidade, como possibilidade de compartilhamento de saber e construção de novas formas de agir. O acesso à saúde, à educação, à proteção social e garantia de direitos deve ser assegurados a esse público, em espaços compartilhados e articulados, fundamentado na ideia de que esse modelo de cuidado garante a esses sujeitos de direitos todos os cuidados essenciais e fundamentais (NUNES *et al.*, 2016).

De acordo com Couto (2012), o problema maior referente à SMCA não é a ausência de dispositivos e serviços, mas a desarticulação e a falta de orientação para os recursos existentes; desta forma, sem direção para o trabalho intersetorial, não veremos mudanças no cenário que se pretende superar.

[...] o principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos. [...] há no país base concreta para construção de caminhos consequentes e efetivos em prol de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental das crianças e jovens. A transformação desta matéria bruta, mas potencial, em realidade assistencial depende, no entanto, de que as estratégias de cuidado à saúde mental infantil e juvenil possam ser expandidas e articuladas nas diferentes ações setoriais, considerando as diferenças regionais e os mandatos próprios a cada setor. **Constitui, assim, um desafio central**, relacionado diretamente ao fundamento intersetorial do sistema de cuidados, **a necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços e programas existentes com as ações de saúde mental** (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, grifo nosso).

Pitta (2001) refere que seria ideal o estabelecimento de novas redes setoriais articuladas para toda demanda ou necessidade, sem a existência de hierarquias ou prioridades. Outro ponto destacado é a conexão com as pessoas, os cuidadores e cuidandos, com os recursos necessários para cada sujeito. Assim, em consonância com a autora,

[...] estamos utilizando a imagem de “teia”, pequena ou grande conforme a existência de recursos maiores ou menores, respeitando a flutuação dos mesmos nos distritos, nos bairros, nos municípios. [...] As teias são frágeis ou grandiosas conforme os atributos e possibilidades de sua aranha mãe. Mas cumprem todas a mesma função de articular esforços, viabilizando presas e alimentos para perpetuar a vida. Resistem às tempestades e vendavais, e, embora vazadas mantêm a função articuladora de conexões para uma competente aliança de pontos que asseguram suas funções. Teia, no seu segundo sentido de juntar fios dispersos e articulá-los, como num tear, para lhes dar sentido, transformando-os em vestimentas, agasalhos protetores para enfrentar intempéries e resguardar intimidades, deixando mais fortes e protegidos os seus usuários [...] (PITTA, 2001, p. 24, grifo nosso).

Deste modo, a fim de reforçar o trabalho em rede no âmbito dos territórios, seguindo a lógica da política de SMCA, em consonância com a política do Sistema Único de Saúde (SUS) e também das políticas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Educação, no modelo de trabalho intersetorial, como forma de viabilizar o encontro e a busca de soluções para as fragilidades locais, tomando como premissa as particularidades de cada espaço e a potência do território, o Município de Bento Gonçalves - RS implantou as microrredes. Conforme orientação sugerida, essas “[...] teia/rededeirão surgir, na dependência da cultura e das necessidades de cada

lugar ou região, recebendo inclusive nomeação e características que mais sentido façam aos sistemas locais de cuidados” (PITTA, 2001, p. 24).

As microrredes constituem-se em dispositivos, em que representantes de serviços das políticas públicas reúnem-se mensalmente para discussão de situações pontuais de casos, intervenções possíveis nos serviços, bem como ações conjuntas que possam ser implementadas e/ou implantadas nas instituições da área de abrangência. Inicialmente, para a organização e definição das diretrizes destas, foi criado o Comitê Gestor Intersetorial, formado por um representante de cada uma das respectivas políticas: saúde, educação e assistência social.

A partir disso, ficaram definidas algumas proposições:

- **apoiador:** cada um dos representantes do comitê foi designado como apoiador de uma das microrredes para acompanhar as reuniões por pelo menos três meses, e após este período, sempre que fosse requisitada sua presença, com o objetivo de assessorar e contribuir para a continuidade da proposta;

- **pessoa de referência:** toda microrrede implantada deve definir uma pessoa de referência entre os integrantes das equipes referidas de cada uma das três políticas supracitadas, ainda que possam participar mais de uma pessoa de cada setor, que atue nas equipes de referência do território. Além disso, podem ser convidadas pessoas de outros serviços, que estejam realizando intervenções nos casos discutidos, e/ou outras pessoas também podem solicitar para participar de alguma reunião, mesmo que não façam parte do território. A sugestão inicial era a representação dos dispositivos territoriais: escolas, CRAS e Estratégia Saúde da Família (ESF). Em todas as reuniões, posteriormente, definiu-se a representação do Conselho Tutelar, sendo que poderia ser escolhido um membro deste órgão para representar cada uma das microrredes.

- **relator:** cada microrrede deve definir um relator que será responsável pelos registros em ata dos compromissos e das estratégias elaborados nos encontros, bem como delegar a execução dos planos e prazos estipulados aos participantes;

- **organizador:** cada microrrede deve escolher um organizador, responsável pela organização do local, a convocação dos participantes e convidados e a comunicação da pauta que deve ser feita com uma semana de antecedência.

No ano de 2016, foram implantadas as três primeiras nos territórios de maior vulnerabilidade social do Município, posteriormente até o ano de 2020 foram implantadas outras três, totalizando seis microrredes.

Assim sendo, o propósito desta pesquisa é analisar como é operada a intersetorialidade nas microrredes do Município de Bento Gonçalves - RS, visto que a amplitude e a complexidade do cuidado se tornam impraticáveis apenas no âmbito da saúde. Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a construção de conhecimento para o campo da saúde mental infantojuvenil.

A escolha deste tema surgiu a partir de minha trajetória profissional como assistente social, desde 2017. Durante toda a graduação, sobretudo, nos estágios, tive resistência em trabalhar com o público infantojuvenil, por acreditar que não suportaria me deparar com o sofrimento das crianças; no entanto, ao ingressar no CAPSi, muitas dúvidas e inquietações começaram a surgir, desta forma, escolhi mergulhar nesse tema.

A rotina no CAPSi despertou minha atenção logo que ingressei no local. O serviço implantado em 201 ainda apresentava características de cuidado da clínica tradicional, centrada no médico e na doença; os atendimentos eram prioritariamente individuais; havia poucas oficinas terapêuticas e grupos e, principalmente, as articulações com a rede ocorriam esporadicamente.

Para tanto, no cotidiano de meu trabalho, me propus a desbravar esta rede e conhecer todos os serviços e dispositivos da cidade, relacionados à SMCA. Nesta busca, descobri este modelo de trabalho em rede, na perspectiva intersetorial, organizado pelo Município, denominado microrrede. Até o ano de 2018, o CAPSi não havia participado das reuniões de microrredes, neste ano comecei a participar dos encontros como representante do CAPSi e aceitei o convite para integrar o Comitê Gestor Intersectorial do Município.

A partir deste momento, percebi as inúmeras possibilidades de trabalho para além dos muros institucionais, numa perspectiva de cuidado ampliada; então, lembrei do provérbio africano que diz: "É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança". Assim, considerando a relevância do tema no campo da política de SMCA, o presente estudo apresenta a seguinte questão-guia: **Como as microrredes de Bento Gonçalves - RS operam a intersectorialidade?**

1 Percorso metodológico

A pesquisa é de natureza quali-quantitativa, do tipo exploratório-descritiva por meio de análise documental. Na análise documental, o pesquisador avalia e sintetiza as informações levantadas, objetivando determinar o direcionamento e encontrar os resultados. Para o manuseio desses documentos, foram utilizadas técnicas apropriadas, conforme as seguintes etapas de procedimentos: organização e análises das informações a serem categorizadas e elaboração de sínteses (SILVA *et al.*, 2009), ampliando assim o entendimento do objeto de estudo.

Os documentos analisados foram as Atas das reuniões de microrredes, que ocorreram entre os anos 2016, ano de implantação das primeiras microrredes, a 2019, nos territórios de maior vulnerabilidade social do Município de Bento Gonçalves - RS.

O acesso às Atas efetuou-se a partir da autorização do Comitê Intersetorial e, posteriormente, da coordenação dos serviços que compõem as microrredes. Importa salientar que, no ano 2020, não foram realizados encontros devido à pandemia Covid-19, que afetou em todos os aspectos os encontros presenciais possíveis em nível mundial. Além disso, devido à rotatividade de profissionais de todos os cargos neste ano, enfrentamos dificuldades para acessar os documentos, sendo disponibilizados apenas os livros de Atas de quatro territórios, após longo processo de esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho. Em dois territórios, os livros não foram encontrados.

Destinou-se neste artigo analisar aspectos relativos à articulação entre os serviços que compõem as microrredes (assistência social, saúde, educação e Conselho Tutelar) nas ações voltadas à SMCA. Os livros de registros de Atas de reunião de microrredes foram lidos, integralmente, pela própria pesquisadora. Os dados levantados foram: total de encontros, número total de participantes, número de participantes de cada política, número de discussões de casos e assuntos prevalentes nos territórios voltados à saúde mental infantojuvenil.

2 Resultados e discussão

Para melhor apresentação do material analisado, optou-se por dividir os resultados em três categorias: fluxos e conexões¹² – um panorama geral; arranjos Intersectoriais – o compartilhamento do cuidado no território; e para além do território – a rede ampliada.

2.1 Fluxos e conexões: um panorama geral

Essa categoria pretende analisar a constituição das microrredes no município, como ficaram estabelecidas e as principais temáticas discutidas. Estes dados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Panorama geral das microrredes de Bento Gonçalves – RS: 2016 a 2019

		Micro rede 1		Micro rede 2		Micro rede 3		Micro rede 4	
2016	Temáticas	Total de encontros	-	Total de encontros	-	Total de encontros	3	Total de encontros	-
		Discussões de casos	-	Discussões de casos	-	Discussões de casos	6	Discussões de casos	-
		Violência	-	Violência	-	Violência	-	Violência	-
		Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-
		Campanhas	-	Campanhas	-	Campanhas	-	Campanhas	-
		Automutilação	-	Automutilação	-	Automutilação	-	Automutilação	-
2017	Temáticas	Total de encontros	-	Total de encontros	-	Total de encontros	11	Total de encontros	-
		Discussões de casos	-	Discussões de casos	-	Discussões de casos	28	Discussões de casos	-
		Violência	-	Violência	-	Violência	4	Violência	-
		Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-
		Campanhas	-	Campanhas	-	Campanhas	1	Campanhas	-
		Automutilação	-	Automutilação	-	Automutilação	-	Automutilação	-
2018	Temáticas	Total de Encontros	-	Total de Encontros	10	Total de Encontros	10	Total de Encontros	12
		Discussões de casos	-	Discussões de casos	54	Discussões de casos	27	Discussões de casos	29
		Violência	-	Violência	1	Violência	1	Violência	3
		Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	1	Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	5
		Campanhas	-	Campanhas	4	Campanhas	1	Campanhas	-
		Automutilação	-	Automutilação	2	Automutilação	-	Automutilação	-

¹² Conceito utilizado por Franco (2006), que se refere ao trabalho em rede como altamente relacional, neste processo, os trabalhadores operam o cuidado, como, “[...] um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades [...]”, com ou sem um pacto prestabelecido, mas via fluxos de alta densidade.

2019		Total de encontros	5	Total de Encontros	5	Total de encontros	10	Total de Encontros	10
		Discussões de casos	19	Discussões de casos	19	Discussões de casos	65	Discussões de casos	41
	Temáticas	Violência	-	Violência	-	Violência	-	Violência	-
		Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	1	Substâncias psicoativas	-	Substâncias psicoativas	-
		Campanhas	-	Campanhas	-	Campanhas	-	Campanhas	-
Automutilação		-	Automutilação	-	Automutilação	-	Automutilação	1	

Fonte: Atas de reuniões de microrredes de Bento Gonçalves - RS (2020).

Este item refere-se a eventos/ações relacionados à infância e adolescência, em nível nacional ou municipal.

Os primeiros registros de reuniões encontrados datam do ano 2016, especificamente no mês de setembro e foram realizadas na microrrede 3. Nestas primeiras reuniões, discutiram-se assuntos gerais, como organização dos próximos encontros, local, horário, representação de cada setor, dentre outros. Importa ressaltar que foram analisados quatro livros, dentre os seis territórios onde foram implantadas as microrredes. Nestes documentos foi verificada a prevalência de quatro temáticas: violência, substâncias psicoativas, campanhas e automutilação.

Como se pode perceber, a violência foi a temática mais pautada nas reuniões de microrredes, representando 40% da incidência, este efeito é justificável pelo crescente número de homicídios no município. De acordo com o Atlas da Violência 2019, o Município de Bento Gonçalves - RS ocupa a 9ª posição no estado, dentre as cidades com maior quantidade de homicídios registrados e o mais violento da Serra gaúcha no comparativo *per capita* (IPEA, 2019).

O segundo tema mais pautado, substâncias psicoativas, com percentual de 28%, também aponta para uma realidade enfrentada no Município. Conforme dados coletados na base de dados do Datasus, no período de 2016-2019, foram registradas 43 internações de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Constam 13 internações em 2016; 14 em 2017; 7 em 2018 e 9 em 2019 (BRASIL, 2021). No relatório da vigilância epidemiológica de Bento Gonçalves - RS, publicado em setembro de 2019, foram contabilizadas 65 internações para crianças e adolescentes entre a faixa etária de 10 a 14 anos e 490 para adolescentes entre 15 a 19 anos, na incidência média por 100.000 habitantes no período de 2002 a 2018. Além disso, as incidências médias mostram que adolescentes do sexo feminino, nas faixas

etárias de 15 a 19 anos, são as principais abusadoras de álcool (BENTO GONÇALVES – RS, 2019). Vale ressaltar que os dados de internações podem apontar para outro problema, que é a abertura de leitos psiquiátricos e não uma maior incidência de uso de substâncias psicoativas. Contudo, não foram encontrados dados neste sentido, mas há uma preocupação expressa neste relatório com este fato.

A temática nomeada como campanhas aparece em terceiro lugar como a mais pautada e representa um percentual de 20%. Atenta-nos a elevada ocorrência desta temática, interpretada aqui como estratégia de cuidado em rede, visto que estas campanhas são formas de mobilização dos trabalhadores e de responsabilização conjunta de todos os setores da sociedade com a SMCA.

A automutilação aparece, frequentemente, nas reuniões, representando 12% de incidência e é trazida pelos trabalhadores de todas as políticas envolvidas. Esta temática é vista com preocupação, devido ao aumento da frequência de casos entre crianças e, principalmente, entre adolescentes. Conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada é crescente em todas as faixas etárias no Município. Em 2011, foram notificados 326 casos, em 2012 foram 438 casos e, em 2018, saltou para 732 casos (BRASIL, 2020).

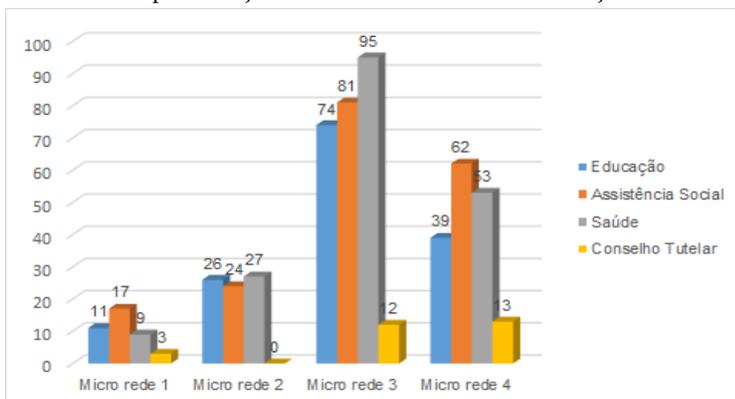
Além destas temáticas, foi verificado nos livros de Atas discussões sobre: o acesso a benefícios eventuais¹³; a vinda massiva de imigrantes haitianos para o município, o que trouxe apreensão aos profissionais, devido à dificuldade de comunicação, e o acesso destes às políticas públicas; a falta de recursos humanos e materiais nos serviços das três políticas; a dificuldade de acesso dos jovens ao mercado de trabalho, principalmente vagas para o Programa Jovem Aprendiz e trabalho infantil. Todos os temas têm extrema importância, visto que as condições de vida e o acesso às políticas impactam direta ou indiretamente na SMCA.

¹³ Benefícios eventuais são provisões suplementares e provisórias prestadas aos indivíduos e as famílias em virtude de: nascimento, morte, situação de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, estão normatizados pela Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS); Resolução CNAS n. 33 de 12 de dezembro de 2012 (NOB SUAS); Decreto n. 6.307, de 14 de dezembro de 2007. Classificam-se nas seguintes modalidades: auxílio natalidade; auxílio por morte; auxílio em situações de vulnerabilidade temporária; auxílio em situações de desastre e calamidade pública e são destinados a pessoas e famílias com renda igual ou menor que meio salário mínimo per capita e que preferencialmente, estejam inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico.

2.2 Arranjos intersetoriais: o compartilhamento do cuidado no território

No campo da saúde mental infantojuvenil, as ações devem ir além dos limites da sua estrutura física e articular-se às esferas que entrecruzam na vida do sujeito, buscando recursos no território. O território é aqui entendido como lugar de potência, lugar de saber e forças concretas da comunidade. No território é possível compreender a dinâmica familiar, como é o domicílio, a rede de apoio, a cultura, as atividades de lazer, vulnerabilidades, os fatores de risco e de proteção, dentre outros aspectos (BRASIL, 2004). Para visualização, nesta categoria, são apresentadas as composições das microrredes representadas pelas respectivas políticas, bem como os dispositivos territoriais presentes.

Gráfico 1 - Total de representações nas microrredes de Bento Gonçalves - RS 2016-2019



Fonte: Atas de reuniões de microrredes de Bento Gonçalves - RS (2020).

Quanto à presença nas reuniões, é possível verificar, no Gráfico 1, uma presença mais expressiva de representantes da política assistência social na microrrede 1 e na microrrede 4, sendo que a presença das políticas de educação e saúde equiparam-se nesta microrrede, variando na microrrede 4, em que a presença da educação é menor. Observa-se maior equilíbrio de presença entre as três políticas na microrrede 2; na microrrede 3, destaca-se a presença de representantes da política de saúde, seguida da assistência e educação, respectivamente.

Lamentavelmente, a presença do Conselho Tutelar é inexpressiva nas quatro microrredes analisadas. A interação do Conselho Tutelar em arranjos intersetoriais com os demais setores visa garantir a proteção integral e

defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, contudo, frequentemente, este órgão decide as situações, a partir de seu mandato isoladamente. Para tanto, a articulação com os demais setores é imprescindível como mencionado na introdução deste artigo pelos autores: Anjos (2014); Couto (2008); Couto; Delgado (2010, 2015); Nunes *et al.* (2016); Pitta (2001), e Taño e Masukura (2019).

No Quadro 2 estão representados os dispositivos territoriais concernentes a cada política.

Quadro 2 - Dispositivos territoriais

	Educação		Assistência Social		Saúde
	Educação Básica	Educação Infantil	CRAS	SCFV	ESF
Microrrede 1	1	1	1	1	1
Microrrede 2	2	2	1	1	1
Microrrede 3	1	2	1	1	1
Microrrede 4	2	1	1	1	1

Fonte: Atas de reuniões de microrredes de Bento Gonçalves - RS (2020).

Pode-se constatar que, no território da microrrede 2, há mais escolas, o que supostamente justifica o maior índice de presenças, se comparado aos demais territórios. Nos dados das microrredes 3 e 4 o percentual de representações se assemelham e a quantidade de escolas é igual, comparados aos dados da microrrede 1, em que há menos escolas para o mesmo percentual de representações. Nota-se que a representação das escolas é menor em todas as microrredes; entretanto, são estes dispositivos que trazem as principais queixas relacionadas à SMCA. Tendo em vista que a escola é um ambiente privilegiado por concentrar a maior parte do público infantojuvenil e é um dos principais espaços de convívio e de socialização das crianças e dos adolescentes, consideramos o papel da escola um espaço estratégico na promoção da saúde mental, podendo ser uma grande aliada no compartilhamento de informações, na redução de riscos e até mesmo na detecção precoce de sinais que demandam atenção.

Quanto aos dispositivos da política de assistência social, o número de dispositivos é o mesmo em todos os territórios, o que não justifica maior representação desta política na microrrede 1; uma explicação plausível é a

presença de um representante do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)¹⁴ em todos os encontros, diferentemente das outras microrredes, em que a presença deste serviço não é frequente.

2.3 Para além do território: a rede ampliada

O cuidado em saúde mental infantojuvenil abrange uma rede ampliada que vai além do território, para tanto, esta categoria pretende analisar os demais dispositivos representados nas microrredes.

Conforme as orientações para a organização das microrredes, representantes de outros serviços, sejam estratégicos, no caso dos CAPS ou especializados, no caso dos CREAS, além de outros que se façam necessários para as discussões dos casos ou das temáticas, podem ser convidados a participar dos encontros. A presença de participantes de outros dispositivos está representada no Quadro 3.

Quadro 3 - Presenças de outros dispositivos

	Educação		Assistência Social		Saúde		
	SMED ¹⁵	16 CRE ¹⁶	CREAS	SEMHAS ¹⁷	CAPS I	CAPS II	CAPS AD
Microrrede 1	0	1	1	0	1	0	0
Microrrede 2	11	0	4	5	3	0	0
Microrrede 3	5	5	7	0	7	0	0
Microrrede 4	4	0	9	1	15	5	2

Fonte: Atas de reuniões de microrredes de Bento Gonçalves - RS (2020).

¹⁴ O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço da Proteção Básica do SUAS, regulamentado pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS n.109/2009) (BRASÍLIA, 2017). No Município de Bento Gonçalves prestam atendimento a crianças e adolescentes na faixa etária de 6 aos 17 anos, priorizando a inserção de usuários em situação de vulnerabilidade ou risco social. Os atendimentos são prestados quatro vezes por semana no contraturno escolar, com oferta de quatro refeições diárias e transporte. As atividades são voltadas ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

¹⁵ Secretaria Municipal de Educação (SMED).

¹⁶ 16ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE).

¹⁷ A Secretaria Municipal de Habitação e Assistência Social (SEMHAS) foi extinta no ano de 2019 advindo como Secretaria de Esporte e Desenvolvimento Social - SEDES, sendo criado o Departamento de Habitação que ficou vinculado a esta secretaria.

Além dos dispositivos apresentados no Quadro 3, observamos, em alguns encontros, a presença de representantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM); Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA); Centro de Referência da Mulher que Vivencia Violência (REVIVI); Secretaria de Segurança (Semseg) e Brigada Militar.

Observa-se no Quadro 3, embora o objeto deste estudo seja a infância e a adolescência, a presença exígua dos 3 CAPS. Como já referido, os CAPS podem participar mediante convite ou solicitação, assim como de outros serviços. Porém, especificamente em relação ao CAPSi, percebe-se que está pouco representado, com exceção da microrrede 4, em que o representante do CAPSi é membro do Comitê Gestor Intersetorial e opera também como apoiador desta microrrede. O CAPSi é um ponto de atenção estratégico na organização da RAPS; com isso atribui-se a ele a tarefa da ordenação do cuidado, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (BRASIL, 2011). Dessa forma, o CAPSi opera com responsabilização conjunta no território, buscando parcerias com os recursos na comunidade. A baixa representação do CAPSi nas reuniões pode ser interpretada como se o cuidado em SMCA estivesse sendo operado de forma satisfatória com os recursos encontrados no território pelos serviços ali dispostos. Outra interpretação pode ser analisada pela lógica do encaminhamento, ou seja, são encaminhados os casos com maior gravidade, para que sejam tratados por especialistas, como forma de não responsabilização, que também pode acontecer no sentido inverso, quando o CAPSi devolve o usuário para o território, após a eliminação dos sintomas. Esta forma de operar leva à fragmentação, à perda de potência do trabalho conjunto e à limitação de possibilidades de cuidado. Deste modo, o CAPSi deve operar no território, utilizando todos os recursos ali presentes, mesmo que haja o encaminhamento (BRASIL, 2011). Contudo, há que se observar que existem outras formas de articulação além das reuniões de microrredes: matriciamento, contato telefônico, aplicativos de mensagens ou outros encontros intersetoriais.

Conforme visualizado nos livros de Atas, a participação da SMED, 16º CRE e SEMHAS é representada por membros do Comitê Gestor Intersetorial. Como já descrito, foi definida a presença fundamental destes, principalmente nos três primeiros meses de implantação das microrredes. Entretanto,

conforme apresentado no Quadro 3, isso não ocorreu. Além disso, observa-se a ausência definitiva de um membro da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em todas as reuniões.

Importa mencionar que, com a pandemia Covid-19, no ano de 2020, todos os encontros presenciais foram suspensos, restringindo as articulações de rede aos meios tecnológicos: contatos telefônicos, aplicativos de mensagens e encontros virtuais em plataformas de videoconferência, este último, foi uma nova estratégia de comunicação encontrada pelos profissionais. No entanto, desde o início da pandemia até a finalização deste artigo, as reuniões de microrredes não foram retomadas nem mesmo virtualmente.

Considerações finais

Constatou-se com este estudo que as microrredes são um importante dispositivo para as práticas intersetoriais na SMCA; percebeu-se o engajamento e o empenho dos profissionais para promover a atenção e o cuidado ao público infantojuvenil, construindo parcerias com co-responsabilização e utilização dos recursos da comunidade. Entretanto, a despeito da diligência dos trabalhadores, observou-se a ausência absoluta das famílias. Apesar de, na atualidade, os princípios éticos clínicos que nos guiam e a própria legislação trazer a ideia de cuidado compartilhado entre estado, família e sociedade e, historicamente, a família ter sido a responsável pelo zelo à criança e ao adolescente, esta é frequentemente excluída da formulação dos projetos terapêuticos. Assim, faz-se necessário repensar com a SMCA a inserção da família no cuidado e atenção, tirando-a do lugar de grupo de cuidadores passivos e submissos para sujeitos proativos e buscando a criação de estratégias intersetoriais, articulando esta instituição com os demais setores.

Além disso, destacou-se a ausência dos próprios usuários nas reuniões, visto que, por vezes, o cuidado é confundido com tutela, sobretudo, quando se trata do público infantojuvenil. Desta forma, não há escuta, mas sobreposição de vontade e de desejo sobre o outro, trazendo a perspectiva do usuário como o paciente, ou seja, aquele que não participa da ação, mas recebe passivamente. Este formato contrapõe-se ao modelo biopsicossocial e faz emergir o modelo biomédico e centrado na doença. Este último tem como objetivo a eliminação dos sintomas daqueles que não se encaixam nos padrões aceitáveis, para que possam frequentar certos equipamentos sociais, como:

escolas, serviços de convivência, dentre outros. Convém aqui uma mudança de paradigma para atingir o real reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos, construindo possibilidades para que alcancem protagonismo.

A ausência de órgãos da justiça e defesa de direitos, diga-se, Justiça da Infância e da Juventude, representada pelo Ministério Público e Poder Judiciário é outro fator intrigante, visto que, geralmente, os casos de violação de direitos às crianças e adolescentes são encaminhados pelos dispositivos territoriais. Portanto, faz-se necessário que a articulação entre estes serviços seja efetuada com mais frequência e fluidez.

Embora encontremos nestas redes alguns nós críticos, importa ressaltar o esforço dos profissionais que persistem no cotidiano do trabalho, para encontrar estratégias de articulação em rede, mesmo com a burocratização do trabalho, com demandas cada vez mais duras, dispositivos de controle de produção de viés quantitativo e escassez de recursos humanos e materiais. Estes, dentre outros aspectos, levam ao adoecimento dos trabalhadores, que se veem muitas vezes engessados em suas práticas, tendo que responder a demandas que não atendem às necessidades dos usuários, refletindo, negativamente, de forma direta ou indireta na capacidade de ofertar cuidados em saúde mental ao público infantojuvenil.

Com isso, vale destacar que experimentamos nessas duas décadas da implantação das primeiras políticas públicas à SMCA, momentos de avanços e retrocessos; desta forma, inquieta-nos a possibilidade de que a proposta da intersetorialidade impressa inicialmente, bem como outros aspectos relacionados a este campo, tenha o risco de sofrer interrupções. Desta forma, faz-se necessário que os trabalhadores e toda a sociedade continuem lutando, a fim de encontrar estratégias e possibilidades mais efetivas, não só na política de saúde, mas em todas as esferas ligadas ao público infantojuvenil.

Referências

ANJOS, C. S. N. dos. *Redes e ação intersetorial: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Município do Rio de Janeiro*. 2014. 122 p. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) – Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37452/2/ve_Cintia_Santos_ENSP_2014. Acesso em: 7 set. 2020.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Trad. de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. ISSN 2316-9141. v0i117p181-186. DOI <https://doi.org/10.11606/>.

BENTO GONÇALVES. Bento Gonçalves, setembro de 2019. Disponível em: <http://www.bentogoncalves.rs.gov.br/downloads/Saude/Epidemiologia/Intoxicacoes/SMSIntoxicacoes-Alcool-Drogas-1999-2018.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BERNARDES, S. M. *Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*. 2015. 123f. (Mestrado em Saúde Mental) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135810>. Acesso em: 10 de fev. 2021.

BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, n. s, abril 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. *Brasil/Sul/Rio Grande do Sul/Bento Gonçalves*, 2020. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/cidades/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 2002. *Diário Oficial da União*, fev. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 7 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil, dezembro 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011rep.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Caderno Informativo/Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde SUS. TABNET - Datasus*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrRS.def>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. *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, nov. 2005.

CAMPOS, G. W. de S. *A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. 1996/1997*. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

COUTO, M. C. V. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira*. 2012. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.nuppsam.org/page6.php>. Acesso em: 7 set. 2020.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. Considerações preliminares. In: LAURIDSEN RIBEIRO EL TANAKA, O. I. (org.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 271-279. Disponível em: <http://www.nuppsam.org/page6.php>. Acesso em: 7 set. 2020.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. Clín.*, Rio de

- Janeiro, v. 27, 22, n. 1, p. 17-40, jul. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.
- COUTO, M. C. V. ; DUARTE, C. S. ; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.
- DELFINE, P. S. S. ; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, [on-line]. 2012, v. 28, n. 2, p. 357-366. ISSN 0102-311X. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATOS, R. A. *Gestão em redes*, Lappis-IMS/UERJ-Abrasco, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.
- GIUSTI, J. S. *Automutilação*: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. 184f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php. Acesso em: 10 fev. 2021.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Atlas da violência - 2019*, Rio de Janeiro. ISSN 978-85-67450-14-X.
- KLEIN, L. R. Cadê a criança de Ariès que estava aqui? A fábrica comeu... In: SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL”, 2012, Pessoa, Universidade Federal da Paraíba. *Anais eletrônicos* [...], João Pessoa, 2012. ISBN 978-85-7745-551-5.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Tipificação nacional de serviços socioassistenciais*. 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.
- NUNES, C. K. ; KANTORSKI, L. P. ; COIMBRA, V. C. C. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>. Acesso em: 9 set. 2020.
- NUNES, C. P. S. *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente*: aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência. 2012. 169f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade dos Açores, Ponta Delgada, 2012. Disponível em: <https://repositorio/DissertMestradoNunes2013.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- PERES, J. R. R. ; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 40, n. 140, p. 649-673, ago. 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000200017>. Acesso em: 9 set. 2020.
- PITTA, Ana. *Reorientação do modelo de atenção*: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Caderno de Textos / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf. Acesso em: 1º mar. 2021.

SILVA, J. R. Sá; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Universidade Federal do Rio Grande (Furg), Rio Grande, n. 1, julho de 2009. ISSN 2175-3423. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SOUZA, I. S. de. *Determinantes da institucionalização de crianças e adolescentes em tempos de doutrina da proteção integral*. 2017. 125 p. Dissertação (Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/20739/1/Souza%20Isadora%20TM%202017.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>. Acesso em: 7 set. 2020.

Reabilitação psicossocial em CAPS: uma imagem cata-vento para pensar esse espaço a partir dos ideais da reforma psiquiátrica

Adriana Fernanda da Silva Pavão
Margareth Lucia Paese Capra

Resumo: Este artigo aborda a Reabilitação Psicossocial em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como objetivo tecer reflexões teóricas sobre a reabilitação psicossocial, e suas perspectivas técnico-operativas no cotidiano da atenção psicossocial deste serviço. O estudo contempla uma revisão documental e bibliográfica, que buscou identificar noções sobre a reforma psiquiátrica brasileira, reabilitação psicossocial, modelos assistenciais de reabilitação, e outros temas circunscritos ao objeto de estudo. Verificou-se que o CAPS possui um modelo de cuidado, contudo o campo teórico e metodológico da reabilitação psicossocial permanece em aberto para novas construções, precisando de problematização permanente, para não se recair às práticas psiquiátricas tradicionais. Dessa maneira, mediante a revisão do aparato jurídico-teórico-metodológico da reabilitação psicossocial brasileira em CAPS, foi possível construir a imagem do Cata-vento da Reabilitação Psicossocial, destacando os principais elementos que a constituem: diagnóstico psicossocial, território, contratualidade, redes de cuidado e protagonismo das pessoas com transtorno mental.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial. Modelos assistenciais de reabilitação. Centro de atenção psicossocial.

Introdução

O ideário da Reabilitação Psicossocial das pessoas com transtorno mental é construído no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, na década de 70, do século XIX, momento de crítica ao modelo psiquiátrico de associação da loucura com desajustamento social e periculosidade, que resultava na segregação dos indivíduos em instituições, como medida de tratamento e controle. A reorientação do modelo de atenção em saúde mental proveu notáveis avanços na forma de tratamento e trouxe alternativas de cuidado em liberdade, mediante uma nova concepção e organização de serviços. Contudo, as raízes do modelo biomédico e da exclusão social são densas e ainda marcam as práticas assistenciais.

Muito se fala em reabilitação psicossocial, particularmente, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entendidos como os serviços reabilitadores.

Entretanto, na trajetória de trabalho como assistente social em um CAPS adulto, pela observação de processos de trabalho cotidianos, evidencia-se algumas inflexões teóricas e metodológicas nesse espaço, o que levou a construir este estudo, entendendo que ele poderia melhor elucidar o campo conceitual que ampara a perspectiva da reabilitação psicossocial. Para tanto, tomou-se, como referência, as seguintes questões norteadoras: No que consiste a perspectiva de reabilitação psicossocial? Existem modelos que a norteiam? Quais são as práticas assistenciais a determinam? Como elas operam no cotidiano de um CAPS?

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo tecer reflexões teóricas sobre a reabilitação psicossocial, e suas perspectivas técnicooperativas no cotidiano da atenção psicossocial de um CAPS. Para alcançá-lo, a investigação voltou-se para uma abordagem teórica, centrando-se na revisão documental e da literatura, em que se contemplaram temas e conceitos circunscritos ao objeto de estudo. Inicialmente, faz-se uma breve incursão sobre a história da saúde mental no País, para compreender o modelo assistencial nas suas origens e o caminho para sua mudança até a Reforma Psiquiátrica. Na sequência, problematiza-se os conceitos de reabilitação psicossocial e alguns modelos assistenciais mundiais. Ao final, foca-se no CAPS, sua organização, seus objetivos e modelo assistencial, o exercício foi explorar a possibilidade de aproximação dos conceitos com a prática assistencial; partiu-se então para a seleção dos principais elementos da reabilitação psicossocial em CAPS.

1 Do enclausuramento à liberdade

A história da assistência em saúde mental brasileira é marcada por uma intensa violação de direitos e de negação da cidadania, pautadas em condutas sociais de barbárie e de opressão, em relação às pessoas com transtornos mentais, produzindo processos de opressão, estigma, indiferença e apartação social. Para Amarante (1995, p. 491), o asilamento foi instituído como imprescindível para “[...] todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades”.

O tratamento psiquiátrico, em suas origens, era centrado no hospital e em práticas da psiquiatria, orientadas para o enclausuramento e a medicalização, como modo de controle e ajustamento de comportamentos, sendo os sujeitos vistos como perigosos, irracionais, desviantes e inaptos ao convívio em sociedade.

De acordo com Goffmann, os hospitais manicomiais podem ser compreendidos como *instituições totais*, um conceito formulado por ele, para explicar os estabelecimentos fechados, que estabelecem processos prolongados de confinamento, controle e segregação dos internados. Nas palavras deste autor, essas instituições são “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMANN, 1999, p. 11). Suas características mais comuns: o confinamento; todo fazer humano ocorre em grupo, no mesmo local, do mesmo modo; hierarquizado; por imposição; regimentos; e seguindo o plano institucional e não a singularidade do sujeito. Ou seja, tudo que perpassa a existência humana é regulado pela instituição.

Rotelli (s/d.), ao discutir a desinstitucionalização, refere que o equívoco não é a instituição, mas está no reconhecimento do objeto da psiquiatria:

[...] O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade”. Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, **o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social**. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade (ROTELLI, s/d., p. 1, grifo nosso).

Essas práticas assistenciais centradas no hospital psiquiátrico e no asilamento, permeadas pela violação de direitos, persistiram por longo tempo no Brasil. Ao final da década de 70, a crítica ao paradigma médico-psiquiátrico desencadeia a necessidade de mudança de modelo assistencial; a partir da

década de 80, em período de redemocratização do País, estabeleceu-se um campo fértil para a construção de uma política pública em saúde mental.

Em 1990, a Declaração de Caracas propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, na crítica ao modelo de assistência tradicional, que impossibilitava o atendimento em liberdade, de forma descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva, capaz de garantir serviços adequados às necessidades em saúde, considerando o usuário como agente ativo no direcionamento de seu tratamento, integrando a família e a comunidade.

O Brasil, como signatário da Declaração, instituiu com a Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, as primeiras diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental e o tratamento em liberdade. Mas foi em 2001, há exatos vinte e um anos, que se efetivou a Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei n. 10.216, de 6 de março de 2001, que firmou a proteção às pessoas com transtornos mentais e seus direitos, redimensionando o modelo assistencial brasileiro. Dentre as principais mudanças decorrentes dessa legislação, tem-se a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de políticas públicas a essa população e o direito do usuário ao melhor tratamento e em serviços comunitários. Hirdes (2001) traça três pressupostos deste novo paradigma:

- 1) Avaliação - mudança do olhar pelo diagnóstico da doença, para um olhar às histórias de vida, às singularidades humanas;
- 2) Prática - mudança no papel dos trabalhadores de saúde mental, como um agente terapêutico a conduzir sua prática profissional na responsabilidade com a pessoa em sofrimento psíquico;
- 3) Institucional - o manicômio não é conciliável com a ética e o desenvolvimento integral da reabilitação psicossocial.

Dessa maneira, o modelo assistencial, advindo da reforma psiquiátrica, desloca a atenção da doença para o sujeito e suas múltiplas interfaces da vida e em seu território, e o tratamento deixa de ser baseado no confinamento e na exclusão, para se tornar um espaço de sociabilidade e subjetividade (AMARANTE, 1995). Hirdes (grifo nosso, 2006, p. 5) discorre que “a desconstrução do manicômio implica a reinvenção da sociedade em que vivemos”, pois julga-se a possibilidade de cidadania àquele com razão, já o

louco não a tem, assim, o direito da pessoa com transtorno mental ao exercício de cidadania passa pela desmitificação da loucura.

Desse modo, essa mudança paradigmática tem uma evolução extremamente lenta no cotidiano dos serviços de saúde e na sociedade. Pois, como bem-explica Fagundes (2018, p. 20), “fazer caber a loucura na cidade sem excluir nem normalizar exige que a própria cidade modifique seus contornos, seus fluxos, seus modos de conviver e cuidar. Este foi o desafio ético-político de criar e ampliar espaços de liberdade [...]”. E, nesse sentido, torna-se importante lembrar com Bobbio (1992) que os direitos humanos, mesmo sendo direitos fundamentais, são históricos, acompanham as transformações sociais, com longo percurso para efetivação, ao mesmo tempo com possibilidades de desfazer-se.

Este é um dos desafios: fazer a loucura caber na cidade, com equidade e manutenção dos ideais da Reforma Psiquiátrica. Segundo Gonçalves e Sena (2001), da reforma espera-se que traga à pessoa com transtorno mental a retomada ou instauração da cidadania, seu retorno à convivência familiar e comunitária, o respeito à sua singularidade e subjetividade, sua autonomia e a seu protagonismo, não sendo, portanto, o único objetivo a cura.

2 Reabilitação psicossocial

Se o objeto da psiquiatria é a existência humana/sofrimento, e sua relação com o corpo social, como formula Rotelli (s/d.), pode-se dizer que o cuidado em saúde mental tem sua centralidade nas necessidades dos sujeitos; então a reabilitação psicossocial poderia ser pensada como o modelo de cuidado. Muito se fala em reabilitação psicossocial, sendo que, neste estudo, tomamos algumas referências teóricas que podem responder às nossas inquietações, tematizando a concepção e práticas que se amparam nessa vertente.

Uma referência brasileira em relação ao tema é a médica psiquiatra Ana Maria Pitta (2016, p. 27), que expõe a reabilitação psicossocial em seu sentido instrumental, tratando-a como “[...] um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental”. A mesma autora destaca a definição clássica formulada pela *Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (1985), que seria:

o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (PITTA, 2016, p. 27-28, grifo nosso).

Pitta (2016) destaca que as ações de reabilitação psicossocial sempre se voltam a diminuir a cronicidade e desabilitação provida pelos modelos tradicionais, destacando o conceito cunhado pela Organização Mundial da Saúde (1987 *apud* PITTA, 2016, p. 29): “uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados a pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados”. De acordo com seus estudos, a referida autora diz que a dimensão técnica de reabilitação consiste na interação de todas as técnicas, que tenham potência para criar melhores espaços de negociação, para atender às necessidades dos sujeitos, considerando os recursos existentes, nos diferentes contextos.

Na literatura sobre os modelos de reabilitação psiquiátrica, Saraceno (2001), um dos principais estudiosos mundiais sobre a reabilitação psicossocial, discorre sobre quatro modelos: Social Skills Training (SST), Spivak, Psico-Educativos e os estudos de Luc Ciompi, apresentados de forma sucinta nos Quadros 1, 2, 3 e 4, demarcando concepções, objetivos, fragilidades e estratégias de intervenção.

Quadro 1 - Modelo de reabilitação psiquiátrica social de Skills Training (SST)

PÚBLICO	OBJETIVO	FRAGILIDADES
Pacientes capazes de assimilar estratégias cognitivas e crônicos regredidos, com inabilidades sociais do paciente e déficit nos recursos ambientais	Proporcionar aquisição, generalização e permanência de habilidades necessárias nas situações interpessoais	O distanciamento do SST da vida real, a fragmentação e rigidez de tarefas, sem reorganização da intervenção e de pessoas, mostra inexistência do significado ontológico do aprender, exclui o desejo e encobre relações de poder e conflitos

ESTRATÉGIAS

Centralidade da atenção no paciente e orientação behaviorista (comportamental).

Lieberman, Anthony, Farkas, Bellak e Wallace são os principais expoentes da SST. Thornicroft (1992 *apud* SARACENO, 2001) define essa abordagem como o conjunto de métodos que se utiliza dos princípios da aprendizagem, a saber: coextensiva à própria vida, processo constante e contínuo, gradual, individual, cumulativo, integrativo e dinâmico.

Modelo conceitual é o biopsicossocial, onde a incursão, o decurso e resultado das doenças mentais são pela interação dos fatores de:

- vulnerabilidade psicobiológica, entendida como os sintomas psicóticos;
- momentos de *stress* familiar, social ou de trabalho, sobrecarregam as já frágeis habilidades de *coping* (enfrentamento) e as competências interpessoais e profissionais.

Fases da intervenção:

- avaliação das funções e dos recursos, associada ao diagnóstico individual dos danos e das desabilitações;
- adestramento.

Fonte: Elaboração da autora, baseado em Saraceno (2001).

Quadro 2 - Modelo de reabilitação psiquiátrica Spivak

PÚBLICO	OBJETIVO	FRAGILIDADES
Cronicidade psiquiátrica, que se dá pelos graves problemas existenciais devido às sistêmicas perdas pessoais e sociais, evidenciando um déficit na competência pessoal e social	Desenvolver competências pessoais e sociais, a fim de readaptar o paciente às normas de vida em sociedade e prevenção da cronicidade	Tratamento centrado somente na paciente não socializado, para readaptá-lo ao ambiente e não o contrário
ESTRATÉGIAS		
<p>Centralidade da atenção no paciente e modelo comportamental.</p> <p>Spivak se atém não ao diagnóstico, mas à descrição dos comportamentos em um dado contexto, e o processo de cronicidade. Avaliar o funcionamento atual pela revisão dos percursos que dizem respeito à progressão da dessocialização do paciente.</p> <p>A baixa competência pessoal e social, compreendida como um conjunto de expectativas e habilidades, que oportunizam ao paciente se posicionar com as normas sociais. As ações e reações das pessoas também contribuem para a incompetência nesse campo.</p> <p>Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenir para anular processos crônicos que levam à dessocialização e à resignação do paciente; • aumentar as articulações sociais do paciente com o ambiente; • avaliar os Comportamentos Sociais Competentes (CSC), deficitários e necessários para o funcionamento do paciente em sua casa e na sociedade, em cinco áreas: moradia, trabalho, familiares e amigos, o cuidado de si e a independência, atividade social e recreativa; • promover atividade de Grupo de Competência Social. 		

Fonte: Elaboração da autora, baseada em Saraceno (2001).

Quadro 3 – Modelos de reabilitação psiquiátrica *Psico-Educativos*

PÚBLICO	OBJETIVO	FRAGILIDADES
Pacientes com esquizofrenia e psicose, com inabilidade social e recidivos	Ampliar a capacidade das famílias e do paciente no enfrentamento dos fatores estressantes, diminuindo ou impedindo as recaídas psiquiátricas, pela identificação dos motivos que antecipam as recidivas.	Pode-se verificar que ter como maior objetivo a redução de recaídas traz a fragilidade do modelo, que não consideram os demais efeitos da terapia no funcionamento social do paciente
ESTRATÉGIAS		
<p>Centralidade da atenção na família.</p> <p>Base no método das Emoções Expressas (EE), de Brown e Wing, pelo qual são medidos os aspectos verbais e não verbais da comunicação entre paciente e familiar, referente a quatro componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comentários críticos; • hostilidade; • hiperenvolvimento emotivo; • empatia. <p>Descrevem dois tipos de famílias, as com altas e as com baixa EE, em que a taxa de recidivas liga-se à resposta emotiva das famílias.</p> <p>Leff, Vaughn, Hogarty, Anderson, Curran, Falloon e Libermann são os expoentes desse modelo e referem que as EE têm como modelo conceitual o biopsicossocial, situando a vulnerabilidade individual na relação ao <i>stress</i> ambiental.</p> <p>Leff e Vaughn estabelecem uma intervenção em três fases, realizadas no domicílio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • programa de educação dos familiares no domicílio, centrado no conhecimento etimológico, sintomatológico, decurso da doença e modalidades de tratamento; • grupo de famílias com baixa e alta EE, em que a primeira busca socializar suas formas de enfrentamento dos problemas; • família e paciente, com intervenções desde a interpretação das dinâmicas às intervenções comportamentais. <p>Falloon propõe intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mais comportamentalista com o grupo familiar a domicílio, para diminuir críticas e hiperenvolvimento da família; • déficits comunicativos no treinamento das habilidades de comunicação; • outras estratégias comportamentais, conforme a problemática. <p>Hogarty, Anderson e Reiss descrevem que esse modelo se liga aos fatores vulnerabilidade-stress-recaída, pelo treinamento da família para gerir sintomas, diminuir pressão sobre o paciente e a alta estimulação ambiental, em quatro fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • com a família, para diminuir reações à face negativa da doença, a culpa e o stress, por meio de contrato terapêutico e orientações práticas; • grupo de familiares e pacientes, para ampliar a compreensão da doença e as necessidades do paciente e ampliar a rede social; • técnicas para a família manter o paciente na comunidade, ampliar a tolerância da família e que o paciente gradualmente retome suas responsabilidades; • reinserção do paciente nos papéis sociais. 		

Fonte: Elaboração da autora, baseada em Saraceno (2001).

Quadro 4 - Estudos de Luc Ciompi

PÚBLICO	OBJETIVO	FRAGILIDADES
Pacientes com psicoses crônicas e distúrbios esquizofrênicos, com inabilidades sociais	Reinserção na vida social e produtiva. Modificação da posição do paciente no campo social	Não descritas
ESTRATÉGIAS		
<p>Centralidade da atenção no campo social.</p> <p>A cronicidade é consequência social e pessoal gerada pelo episódio psicótico. A síndrome do hospitalismo, a subestimulação ambiental e os eventos da vida desencadeiam os sintomas, e os rótulos diagnósticos e sociais; algumas formas de interação familiar cristalizam o papel do doente.</p> <p>Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avaliar no tempo o progresso no processo de reabilitação em dois eixos: casa e trabalho; • saber que as variáveis sociais têm peso fundamental no sucesso ou insucesso reabilitativo, se comparado às variáveis diagnósticas e psicopatológicas. • Correlação entre processo reabilitativo e estrutura do campo social: • haver relações interpessoais no trabalho; • manter expectativas de futuro pelo paciente, pela família e por profissionais, dentro do possível. <p>O decurso da psicose se conecta à estrutura e dinâmica do campo social, circulando expectativas do micro e macro-ambiente. O êxito na reabilitação somente é possível pelas modificações no campo material, ou seja, pobreza, relações, direitos, dentre outros.</p>		

Fonte: Elaboração da autora, baseada em Saraceno (2001).

Saraceno refere que a reabilitação psicossocial é uma exigência ética, pertencente a todo profissional, ou seja, é direito e dever de todos esse debate (SARACENO, 2001 *apud* PITTA, 2016). Para o autor, não se trata de uma tecnologia, mas de uma abordagem estratégica, um processo muito mais complexo do que a passagem da pessoa com transtorno mental da desabilidade para a habilidade, da incapacidade para a capacidade; trata-se antes de tudo, de cidadania.¹⁸ Ademais, o autor a considera num conjunto de ações voltadas a ampliar as oportunidades de trocas de recursos e afetos, havendo, somente fertilidade reabilitativa nesse espaço de trocas, em uma abertura para as relações e para a negociação do paciente com os familiares, sociedade e serviços que utilizam. Para ele, não significa uma forma de intervenção pontual, mas sistemática, pela multiplicidade de atores e locais

¹⁸ A cidadania da pessoa com transtorno mental, segundo Hirdes (2006, p. 4), é uma construção histórica que resulta de contestações concretas da sociedade, caminhando em um processo de ativa luta social pela emancipação dos considerados mais frágeis, circulando pela tomada de consciência sobre a exclusão das pessoas com transtorno mental, na via das lutas cotidianas para a restauração da contratualidade dos sujeitos, direcionando a avanços na efetiva inserção social.

envolvidos; complementando que, nesse plano, a reabilitação psicossocial é a ampliação da capacidade da contratualidade em três eixos:

1. morar: a contratualização se faz quando o estar corresponde a insuficiente ou inexistente propriedade, sem poder de decisão material ou simbólica. Torna-se um habitar, pela apropriação material e simbólica do espaço, no compartilhamento afetivo com o outro, seja ele qual for o lugar, a casa de sua família, sozinho, institucionalizado ou na rua;
2. trocar as identidades: importância do fortalecimento da rede social para troca de afetos, reconhecendo que a desabilitação também é pela fragilidade dessa rede social, seja familiar ou comunitária;
3. produzir e trocar mercadorias e valores: diz respeito ao trabalho em sua função econômica, social e psicológica, havendo reabilitação quando no horizonte da inserção laborativa, na articulação da área dos interesses, nas necessidades e nos desejos.

O trabalho de Saraceno (2001) destaca o direito do paciente de exercer seu direito à relação familiar e comunitária, aumentando a participação e a contratualidade com o meio social, não no objetivo em si da autonomia, mas da participação, na ideia de que não são as pessoas com transtorno mental que precisam deixar de ser “fracos” para se tornar “fortes”, mas sim que sejam modificadas as regras sociais impostas, de modo a abrir a possibilidade real de participação.

Assim, em ambos os modelos de reabilitação psicossocial apresentados, se destaca a importância da passagem do modelo tradicional da psiquiatria à saúde mental. O primeiro modelo refere-se ao biomédico, centrado na doença psiquiátrica, as desordens mentais e comportamentais explicam-se e alteram-se pelo conhecimento neurofisiológico e bioquímico do sistema nervoso central, na prática essencialmente farmacológica e médica; o segundo concerne ao modelo biopsicossocial, na abordagem integral do ser humano e pluridisciplinar (SARACENO, 2001). A saúde mental introduziu uma abordagem integral, que o autor conceitua como

[...] o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da Saúde Mental de uma população. [...] A noção de Saúde Mental inclui a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e a avaliação das instituições e das pessoas que a usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a

organização e a programação dos serviços de tratamento e de prevenção das doenças, e de promoção da saúde (SARACENO, 2001, p. 144-145).

Com base nos pressupostos apresentados, pode-se melhor entender algumas concepções e modelos de reabilitação psicossocial, que auxiliam na orientação dos processos de trabalho em saúde mental. Sobressai-se a definição de Saraceno (2001), de reabilitação psicossocial como exigência ética e abordagem estratégia, muito além da passagem de desabilitado a habilitado, de incapaz a capaz, é oportunizar as trocas de recursos e afetos. Ou seja, é o exercício da cidadania, democracia e liberdade dos sujeitos. Mas esses modelos de reabilitação se apresentam na atenção psicossocial brasileira?

Pitta (2016) sustenta que o sucesso da Reforma Psiquiátrica consiste na compreensão da necessária construção de uma rede de cuidados em saúde mental, para amparar as pessoas com transtornos mentais na sociedade, sem isso estariam à mercê do abandono na rua ou trancafiados em instituições. Para isso, no decorrer da História foram implantados serviços de saúde mental e, em 2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, atualizada pela Portaria n. 3.588, de 22 de dezembro de 2017, para a atenção psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS é formada por diferentes serviços de saúde, contando com os seguintes componentes e pontos de atenção:

Quadro 5 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO
Atenção básica	<ol style="list-style-type: none">1) Unidade Básica de Saúde2) Núcleo de Apoio à Saúde da Família3) Equipe de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços componentes. Atenção Residencial de Caráter Transitório4) Centros de Convivência
Atenção psicossocial especializada	<ol style="list-style-type: none">1) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a) Adulto - CAPS I, CAPS II e CAPS III; b) Criança e adolescente - CAPS II Infantil; c) Álcool e drogas - CAPS II, CAPS III e CAPS IV2) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas
Atenção de urgência e emergência	<ol style="list-style-type: none">1) SAMU 1922) Sala de Estabilização3) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde

Atenção residencial de caráter transitório	1) Unidade de Acolhimento 2) Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas
Atenção hospitalar	1) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral 2) Hospital Psiquiátrico Especializado 3) Hospital-dia
Estratégias de desinstitucionalização	1) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) 2) Programa Volta para Casa
Reabilitação psicossocial	1) Iniciativas de geração de renda e trabalho 2) Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Elaborado pela autora, baseado nas Portarias n. 3.088/2011 e n. 3.588/2017.

Na RAPS destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviço estratégico de cuidados permanentes à pessoa com transtorno mental, e o dispositivo selecionado para nosso estudo sobre reabilitação psicossocial, que iremos discutir a seguir.

3 O CAPS enquanto reabilitador psicossocial

O arcabouço legal dos CAPS foi se constituindo ao longo dos tempos no Brasil, onde a legislação embrionária desse serviço inicia pela Portaria n. 189, 19 de novembro de 1991, estabelecendo o financiamento das ações e dos serviços nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Posteriormente, a Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, estabeleceu a oferta de atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, caracterizando a carga horária, a equipe multidisciplinar e as atividades nos NAPS/CAPS; com a Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, foi feita a atualização das normas, tipificando nacionalmente o equipamento como CAPS, e o caracterizando como:

- a) principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica, como um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos;
- b) um serviço ambulatorial especializado em saúde mental;
- c) realiza atendimento à população de sua área de abrangência;
- d) espaço de referência e tratamento prioritário a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses, neuroses graves e outros, diferentes ciclos de vida;
- e) onde a severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo de atenção diária, aberto, comunitário, personalizado e promotor de vida;

- f) realiza acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Logo se pode evidenciar que compete ao CAPS uma atenção voltada à reabilitação psicossocial. Nesse sentido, surgem algumas indagações: Os modelos de reabilitação apresentados se evidenciam no cotidiano do CAPS? O que significaria a reabilitação psicossocial em um CAPS? Este serviço tem operado cotidianamente práticas assistenciais de reabilitação psicossocial, ou tem reiterado formas de institucionalização, de tutela e controle das pessoas com transtorno mental?

Os modelos de Reabilitação Social: Skill Training (SST), Spivak, Psico-Educativos e os Estudos de Luc Ciompi se apresentam de maneira fragmentada e coexistem, nas práticas profissionais cotidianas dos CAPS. E, para elucidar essas questões à luz da atuação do CAPS, apresentamos, a seguir, os principais elementos que o constituem, com o objetivo de subsidiar, posteriormente, a discussão sobre a reabilitação psicossocial neste serviço. A modalidade ou tipo de serviços dos CAPS são definidos de modo ascendente, considerando o porte e abrangência populacional, como demonstrado no Quadro 6, abaixo.

Quadro 6 - Tipos de unidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2021

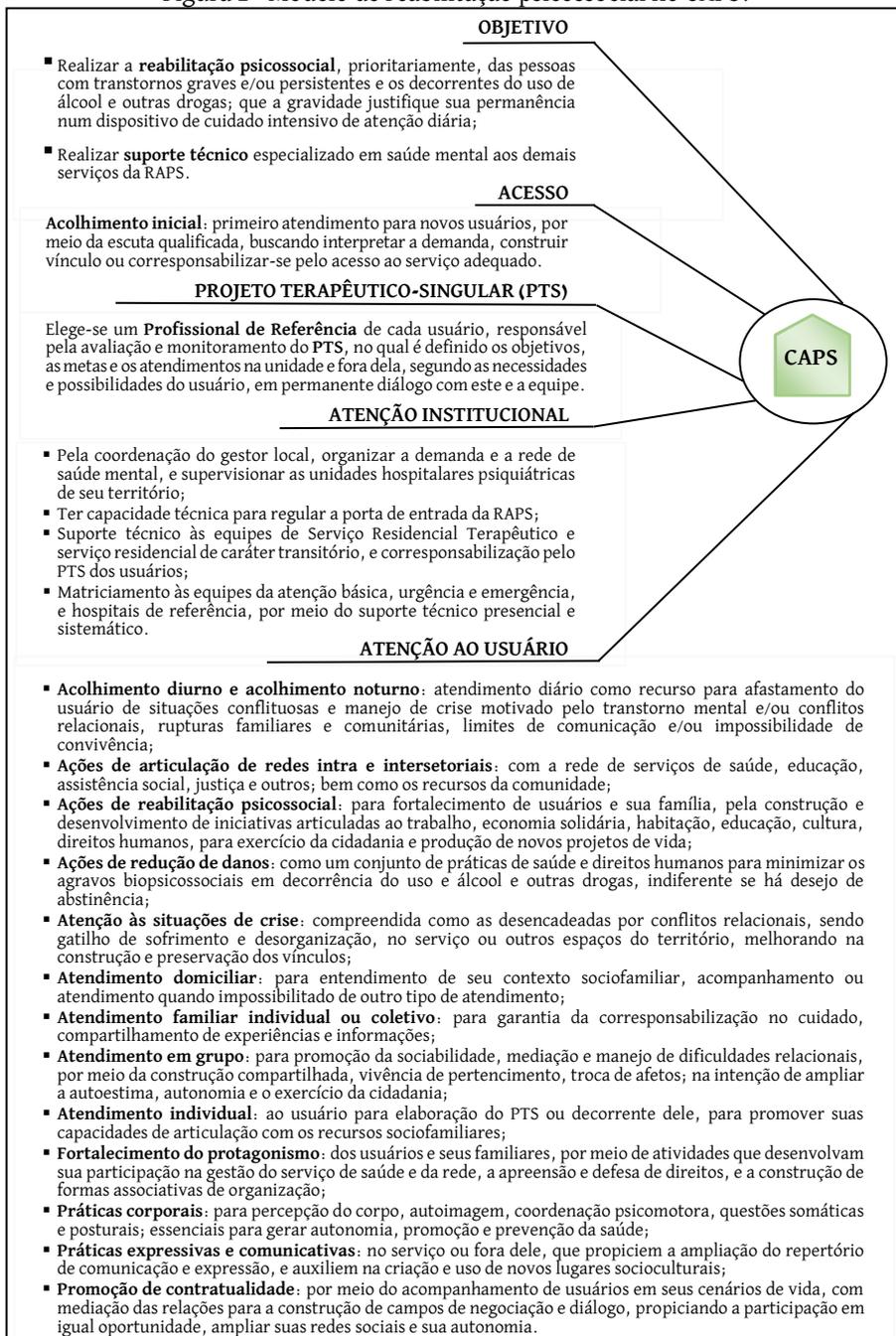
	PÚBLICO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	PORTE MUNICÍPIO
CAPS I	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento de pessoas a partir de 18 anos de idade; Preferencialmente, com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas 	Segunda a sexta-feira 08h às 18h	População entre 20.000 e 70.000 habitantes.
CAPS II	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento de pessoas a partir de 18 anos de idade Preferencialmente com transtornos mentais severos e persistentes 	Segunda a sexta-feira 08h às 18h Podendo funcionar um terceiro turno até às 21h	População entre 70.000 e 200.000 habitantes
CAPSi II	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento a crianças e adolescentes Preferencialmente, com transtornos mentais graves e persistentes 		
CAPSad II	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento a crianças, adolescente e adultos Com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas 		

CAPS III	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de pessoas a partir de 18 anos de idade • Com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas 	Segunda-feira a domingo 24h	População acima de 200.000 habitantes
CAPSad IV	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas 		População acima de 500.000 habitantes e de capitais do estado.

Fonte: Elaboração da autora, baseada na Portaria n. 336/2002 e n. 3.588, de 21/12/2017.

No que concerne aos recursos humanos, o quantitativo mínimo de profissionais depende do tipo de CAPS, e, partindo da premissa de que o adoecimento psíquico é multicausal, ou seja, é resultante de fatores biopsi-cossociais. A equipe de trabalho é multidisciplinar, segundo as Portarias n. 336/2002 e n. 854, de 22 de agosto de 2002, as categorias são: nível superior-médico psiquiatra, enfermeiro com especialização em saúde mental, assistente social, fonoaudiólogo, musicoterapeuta, neuropsicólogo, pedagogo, psicólogo clínico, psicólogo social, terapeuta ocupacional, outras especialidades médicas; e, de nível médio - agente de ação social, artesãos, auxiliar de enfermagem, cuidador em saúde, educador social, técnico administrativo e técnico de enfermagem. As ações desenvolvidas pelo CAPS estão representadas a seguir:

Figura 1- Modelo de reabilitação psicossocial no CAPS.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado na Portaria n. 336/2002, n. 854/2012 e n. 3.588/2017.

Podemos observar na figura, a diversidade de atividades a serem executadas pelo CAPS, nos eixos de acesso, atenção institucional e atenção ao usuário; é importante citar as modalidades de atenção, as quais posicionam o serviço para atenção a situação aguda de crise, ou seja, o espaço aberto ao acolhimento da demanda espontânea. Isso demonstra a complexidade e densidade de trabalho nesse equipamento em relação ao quantitativo mínimo de equipe de referência, por exemplo, em um CAPS II adulto, a indicação é de um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior de outras categorias e seis profissionais de nível médio, para desenvolver o trabalho nos três eixos.

Diante do que foi apresentado, quanto ao trabalho previsto para o CAPS e às nossas indagações iniciais sobre o significado de reabilitação psicossocial em CAPS e suas práticas cotidianas reabilitadoras ou manicomial, é possível reconhecer que há um aparato jurídico-teórico-metodológico, da reabilitação psicossocial brasileira e, a partir disso, construímos o Cata-vento da Reabilitação Psicossocial do CAPS, com os principais elementos que a constituem neste serviço:

Figura 2 – Cata-vento da reabilitação Psicossocial em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A escolha por esta forma simbólica do cata-vento é por ele ser um dispositivo que indica a velocidade e a direção do vento; a exposição dos elementos da reabilitação psicossocial, no CAPS, são um horizonte, que, sob o movimento dos ventos, acena para a necessidade da integração contínua dos elementos. Esse movimento permanente é exigido porque as questões psicossociais ligadas à pessoa com transtorno mental, em particular, a cultura excludente e incapacitadora permanece, e, dessa maneira, a reabilitação não é de uma vez por todas, nem toda de uma vez. Essas premissas são consideradas pela autora como fundamentais nas práticas assistenciais que almejam a reabilitação.

A atenção em saúde mental restrita ao diagnóstico médico com indicação de um CID e ao uso de medicamentos corre o risco de reduzir-se ao controle

dos sintomas, restringindo ao domínio comportamental do usuário, isso é insuficiente e incapacitante, pois a cada novo sintoma ou sua intensificação a fórmula “mágica” é aumentar a dosagem do medicamento, abafando com isso, a vitalidade dos sujeitos. O tratamento exclusivamente médico-farmacológico individualiza o sofrimento humano, culpa o sujeito e não modifica o ambiente interno e externo.

Não há como reabilitar sem intervenção efetiva no meio ambiente do sujeito, em seu âmbito sociocultural, afetivo-relacional e de trabalho, que por vezes sustentam os próprios sintomas psiquiátricos. Então, o conhecimento sobre as condições de vida do usuário e/ou sua família contribuem para desvendar a realidade, assim, um diagnóstico integral auxilia na construção do projeto terapêutico, e a atuação é potentemente mais assertiva.

Outra questão é o nulo ou rebaixado poder contratual da pessoa em sofrimento psíquico, que conduzem à cronificação da doença e ao empobrecimento das relações sociofamiliares. Em contrapartida, as práticas de promoção da contratualidade podem se constituir como vetores da (re)construção da autonomia, cidadania e democracia. O papel do CAPS é justamente o de articular a rede de serviços de saúde e outras redes e setores sociais, que podem fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que geralmente estão excluídos da sociedade.

Entretanto, vemos, na prática assistencial, grandes dificuldades para a materialização da reabilitação psicossocial, algumas possivelmente decorrentes das próprias condições de trabalho, que, muitas vezes, devido à escassez de recursos, tornam as práticas assistenciais reducionistas, resultando na cronificação dos transtornos mentais dos usuários (e não da reabilitação psicossocial).

As condições reais de trabalho nos serviços nem sempre permitem que se ponha em ação as intervenções recomendadas. Ainda padecemos da centralidade do hospital, de uma atenção curativa, não integral. Se verificarmos a distribuição de recursos disponibilizados no SUS, poderemos identificar que pouco se investe no CAPS; na própria RAPS há a ausência de uma rede estruturada e articulada com as demais redes de serviços. Ou seja, na estruturação dos serviços não são consideradas as necessidades plurais e intersetoriais:

Os transtornos mentais e suas intervenções de promoção, prevenção e tratamento implicam numa pluralidade de necessidades que requerem uma riqueza de iniciativas intersetoriais não habituais em países como o nosso. **A pálida presença de dispositivos sanitários e sociais, nos territórios, prejudicam a construção mental de uma rede regular nos seus nós e espaços intersticiais, com malhas pouco flexíveis para reter os “miúdos” com chances menores de vida em sociedade, pelos seus “déficits” e desvantagens.** [...] Bom seria se para cada demanda ou necessidade, novas redes setoriais se estabelecessem, articulando-se entre si. Justiça, Educação, Trabalho, Moradia, Previdência, sem hierarquias ou prioridades, deveriam também, em redes semelhantes, estabelecer conexões com as pessoas, cuidadores e cuidados, tecendo os recursos que a necessidade de cada sujeito possa determinar (BRASIL, 2001, p. 24, grifo nosso).

Além disso, ainda há práticas assistenciais, ao que Saraceno (2001) denomina de espaços de entretenimento para a pessoa com transtornos mentais, a exemplo das práticas artesanais e artísticas. Pois, como bem problematiza o autor, as práticas de reabilitação, o objetivo não é tornar esquizofrênicos pintores ou artesãos de cinzeiros, mas, sim, recuperar sua condição de sujeitos-cidadãos, para que possam de fato exercer sua cidadania. Ele não desfaz a importância de a reconstrução da contratualidade passar pelas artes, porém diz que: passe por, não termine em, quer dizer, o procedimento, ação, atividade, não deve ter um fim em si só, deve ser ancorado em objetivos reabilitadores. Também é preciso levar em conta que a grande demanda por consultas médicas e psicotrópicas é potente para capturar profissionais e usuários do CAPS, quando estão em processo de alta, pelo próprio receio da desassistência por parte da atenção básica, o que também denota a hegemonia do modelo médico. Esses determinantes apontam para a importância de se construir, constantemente, novas estratégias de cuidado em saúde mental.

Outra questão desafiadora, em relação ao CAPS, é a chamada nova cronicidade do usuário com transtorno mental, que diz respeito a pacientes que têm apresentado características comuns de severa dificuldade de interação social, com baixa adesão ao plano terapêutico, esgotando o tempo e a energia dos profissionais. Autores como Pepper *et al.* (1981), Desviat *et al.* (1986) e Rotelli *et al.* (2001) têm um olhar particular a respeito disso, ao discutir que os serviços de saúde mental podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo “manicomialização” (*apud* PANDE, 2009).

Para Desviat *et al.*, (1986 *apud* PANDE, 2009, p. 2), os novos serviços advindos da Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, os CAPS, mesmo com a desinstitucionalização e criação de estratégias de cuidado territoriais, têm lidado com uma gama de usuários cronificando, referindo que “é preciso aceitar a cronicidade e a limitação da eficácia reabilitadora”. O autor classifica os usuários cronificados em quatro tipos: os remanescentes institucionais e os crônicos externalizados, ambos de instituições totais; e os usuários crônicos dos ambulatórios e pacientes adultos jovens crônicos. Destacam-se os dois últimos, por serem usuários comuns nos CAPS:

- *usuários crônicos dos ambulatórios*: aquele que fazem uso permanente e com grande dependência do serviço; com extrema dificuldade de seguir tratamento regular, pela negação em deparar-se com seus conflitos, não sustentando o projeto terapêutico; são vistos como pacientes-problema e desafiam a equipe, fazendo parte em vários momentos na discussão de caso, quando tendem a patologizar suas ações;
- *pacientes adultos jovens crônicos*: usuários com comportamentos regredidos; dificuldade de adaptação social, com agressividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração; com problemas legais; com comorbidades clínicas e sem seguimento apropriado do projeto terapêutico; acabando por ter diversas internações e procurar excessivamente os serviços de urgência, circulando entre os serviços, mas sem adesão a nenhum.

Desviat *et al.* (1986 *apud* PANDE, 2009), relata que os serviços ainda apresentam práticas da psiquiatria clássica, possuem um ritual de atuação, entrevistas tradicionais, frequências inalteradas e uso prolongado de neurolépticos. Agregamos a essa avaliação o entendimento de Rotelli *et al.* (2001 *apud* PANDE, 2009) sobre a nova cronicidade, que reforça as práticas ali vinculadas ao paradigma tradicional, seletivas àquele que se adequa ao serviço, quando os usuários fazem um circuito entre os serviços especializados, com ações pontuais e fragmentadas, levando ao aumento de casos crônicos, da impotência dos serviços e das sucessivas internações, como única alternativa de intervenção. Nesse contexto, as situações tendem a cronificar-se, bem como as práticas profissionais.

No cotidiano do CAPS, esses casos são os mais delicados pela complexidade e necessidade de envolvimento constante da equipe. Em vista disso, reforça-

se a ideia do modelo de cata-vento da reabilitação psicossocial no CAPS, com maior investimento no usuário e seu entorno, de intervenções profissionais no/com o território. Mesmo que o nome do serviço seja Centro de Atenção, a atuação deve ser descentralizada, intensificando-se a interação da tríade usuário-família-território, ampliando com isso a capacidade de contratualização do sujeito, com o devido suporte da rede de cuidados.

Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica trouxe avanços significativos na atenção em saúde mental, defendendo novas premissas de cuidado às pessoas com transtorno mental, balizadas por um tratamento humanizado e em liberdade. O esforço investigativo empreendido neste estudo foi no sentido de tecer reflexões teóricas sobre a reabilitação psicossocial e suas perspectivas técnico-operativas, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial.

Percorremos os modelos de reabilitação internacionais, e elucidamos o mais importante, que é o modelo de reabilitação psicossocial do CAPS, apresentado na Figura 1, indicando, por meio das portarias e dos procedimentos, o modelo de cuidado neste dispositivo, reconhecendo que há um aparato jurídico-teórico-metodológico da reabilitação psicossocial brasileira. Como resultado disso, foi composto o Cata-vento da Reabilitação Psicossocial do CAPS, uma imagem simbólica de direção, movimento e integração dos elementos considerados essenciais nas práticas assistenciais, que almejam a reabilitação psicossocial: o diagnóstico psicossocial, o território, a contratualidade, as redes de cuidado e o protagonismo.

Visto que o diagnóstico ampliado possibilita aproximar-se da realidade social do usuário, e a atenção no território de vivência dispara, ao mesmo tempo, apoio ao diagnóstico e apreensão sobre as necessidades em saúde e potencialidades presentes na vida familiar e comunitária, permite qualificar a intervenção terapêutica. Além disso, as necessidades em saúde transcendem ao CAPS, devendo ser estendidas a uma rede de cuidados e, neste ponto, o CAPS possui papel essencial, como articulador dessa rede. Ora, ser um serviço estratégico de reabilitação psicossocial traz consigo a responsabilidade de mobilizar os recursos necessários ao cuidado em saúde mental, tão complexo e delicado, por envolver a busca pela cidadania da pessoa com transtorno mental. Contudo, para o exercício da cidadania, as intervenções profissionais

requerem atuação plena e sistemática no alargamento do poder de contratualidade do usuário com sua rede, buscando novas formas de contratualidade, no âmbito sociocultural, afetivo-relacional e de trabalho, fortalecendo sua participação, seu pertencimento e protagonismo nas relações estabelecidas.

A partir dessas reflexões, considera-se que os CAPS vêm se mostrando o equipamento potencialmente mais efetivo na reorientação das práticas em saúde mental, em substituição ao modelo tradicional. Um dos maiores desafios é justamente sua consolidação, pela exigência de investimentos físico-financeiros, pela necessidade constante de vigilância crítica, no que concerne aos modelos de cuidados propostos, pelo reconhecimento de seu objeto - a reabilitação psicossocial, evitando reproduzir as práticas do modelo psiquiátrico tradicional.

Por fim, avalia-se que a reabilitação psicossocial em CAPS é um processo complexo e inacabado, em vista do modelo de sociedade vigente. Trata-se da cidadania daquele excluído, sendo uma exigência ética a todos os profissionais; é preciso resistência, permanente afirmação e construção de modos de trabalho humanizado, participativo e integral.

Referências

- AMARANTE, Paulo. *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jhjMCKj7BPKGK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. *Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992*. Estabelece diretrizes e normas. Brasília, 1992.
- BRASIL *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.
- BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.
- BRASIL. *Lei n. 3.588, de 22 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.
- BRASIL. *Portaria n. 189, de 19 de dezembro de 1991*. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília, 1991.

BRASIL. *Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

BRASIL. *Portaria n. 854, de 22 de agosto de 2012*. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Política e gestão com pensamento estratégico no campo da saúde mental. In: PAULON, Simone Mainieri; OLIVEIRA, Carmen Silveira; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018.

GOFFMAN, Erving. *Manicônios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-americana de Enferm.*, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1551/1596>. Acesso em: 20 jan. 2021.

HIRDES, Alice. *Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim - RS: EdIFAPES, 2001.

HIRDES, Alice. *Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão*. 2006. p. 5. Disponível em: <file:///C:/Users/Adrii/Documents/artigo%20sm/Artigo/hirdes.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Caracas 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/declaracao_caracas. Acesso em: 20 jan. 2021.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel. *Desafios para os CAPS como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PITTA, Ana M. F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec. 4. ed. 2016.

ROTELLI, Franco. *Instituição inventada*. Disponível em: [file:///C:/Users/Adrii/Downloads/ainstituic3a7c3a30-inventada-franco-rotelli1\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adrii/Downloads/ainstituic3a7c3a30-inventada-franco-rotelli1(1).pdf). Acesso em: 29 jan. 2021.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Té Cora, 2001.

Transtorno mental e o cuidado na família: tendências na produção científica

Cristiana Silva de Almeida Scortegagna
Heloisa Teles

Resumo: O presente artigo tem por objetivo identificar as principais tendências que perpassam a produção da área da saúde coletiva, nos últimos dez anos sobre família, cuidado e saúde mental. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliométrica, em que foram analisados vinte e um artigos da base de dados da SciELO. Os resultados indicam a existência de desafios a serem enfrentados por todos os atores envolvidos, no que refere à consolidação da saúde mental como direito e com respeito às singularidades.

Palavras-chave: Família. Cuidado. Saúde mental.

Introdução

Pensar a família na contemporaneidade demanda levar em consideração as mudanças que vêm ocorrendo em nossa sociedade, por interferirem diretamente na construção das relações humanas e na dinâmica familiar como um todo e, de forma particular, em cada núcleo familiar, conforme sua composição, organização, história e pertencimento social (SZYMANSKI, 2002).

Deve-se levar em consideração, também, a existência de uma diversidade de arranjos familiares apresentados na atualidade, com novas formas de convivência entre os membros na família e na relação existente com a comunidade mais próxima e a sociedade, de forma mais ampla. Além disso, para apreender a família é necessário olhar para esse agrupamento humano como um espaço, onde os seus membros unem-se por razões afetivas, compartilham seu dia a dia e, a partir das trocas intersubjetivas e relacionais, transmitem tradições, planejam seu futuro e cuidam-se mutuamente (SZYMANSKI, 2002).

Diante disso, pode-se destacar que existe na sociedade uma representação simbólica acerca da estrutura, das funções e responsabilidades atreladas à família, entendida “como o locus potencialmente produtor de pessoas saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e equilibradas” (SZYMANSKI, 2000, p. 23). Portanto, definidora de um modelo considerado como “ideal” a ser perseguido, caracterizado enquanto “[...] família solidária, harmônica, constituída de pais e filhos unidos que dividem o mesmo espaço físico e relações cotidianas de vínculos ótimos afetivos” (OLIVEIRA; MINCATO, 2008, p. 15).

No entanto, essa representação simbólica acerca da família, que está associada ao modelo de família nuclear, distancia-se da realidade por desconsiderar que o âmbito familiar também pode representar um espaço de conflitos, insegurança, violência e profunda desigualdade. Além disso, acaba gerando na sociedade “[...] diferentes formas de discriminação e exclusão determinando a todos aqueles sujeitos que se encontram fora desse padrão preconceitos, estigmas, marginalização” (OLIVEIRA; MINCATO, 2008, p.14).

Esse preconceito, estigma e a marginalização se intensificam quando a família possui em seu meio um membro familiar com transtorno mental. Muitas vezes, a demanda de cuidado é sentida como uma sobrecarga financeira, de cuidado, física e emocional, que recai sobre os responsáveis pelos cuidados da pessoa em sofrimento psíquico.

Considerando que a loucura, historicamente, tem provocado sentimentos como medo, estranhamento e, por conseguinte, dificuldade em lidar com comportamentos que não se enquadram nos “padrões” construídos e impostos pela sociedade, a institucionalização em hospitais psiquiátricos tem servido como estratégia para “resolver” as sobrecargas de cuidado, enquanto uma alternativa para depositá-los nesses espaços institucionais e excluí-los das estruturas sociais.

No entanto, contrariando esse pensamento, com o objetivo de tirá-lo das quatro paredes do hospício, e possibilitar sua reinserção ao contexto familiar e social, o cotidiano dos usuários passa a ser modificado através da substituição do isolamento e da segregação por espaços e serviços substitutivos ao modelo manicomial. Estes surgiram como suporte e alternativa aos pacientes em sofrimento psíquico, apresentando-se de maneira especializada, disponibilizando de diversas especificidades de cuidados, com vistas à reinserção social do sujeito e à sua inclusão na sociedade.

O modelo manicomial propagava o entendimento de que o louco deveria ficar asilado e com a apropriação da sua condição pelo “modelo médico”, visando obter a cura do paciente, restando à família o papel de: identificar a loucura; encaminhar seu portador ao asilo para os cuidados médicos; visitá-lo e fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Havendo, portanto, uma ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar, caberia à família aguardar com paciência a devolução do louco recuperado ou curado (ROSA, 2003).

Contudo, a aprovação da Lei n. 10.206, em 2001, significou uma importante conquista para a defesa das pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Reconhecida como reforma psiquiátrica, a referida Lei redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos das pessoas com TM. A partir de sua promulgação, a Rede de Atenção Psicossocial foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos usuários e a seus familiares. Seguiram-se orientações das melhores práticas nacionais e internacionais para a reorientação dos serviços já existentes, criação de novos e qualificação do atendimento do indivíduo, que apresenta transtorno mental, bem como de seus familiares.

Diante disso e, contrariando o pensamento manicomial, várias ações têm sido realizadas com o objetivo de tirar os usuários das quatro paredes do hospício e possibilitar sua reinserção ao contexto familiar e social. Esse movimento tem impulsionado a mudança do cotidiano dos usuários através da substituição do isolamento e da segregação por espaços e serviços substitutivos ao modelo manicomial. A nova perspectiva de cuidado, no âmbito da saúde mental, surgiu para viabilizar um novo suporte e alternativa às pessoas em sofrimento psíquico, apresentando-se de maneira especializada, disponibilizando diversas especificidades de cuidados, com vistas à reinserção social do sujeito e à sua inclusão na sociedade.

Todavia, mesmo com todos os esforços e avanços empreendidos nas últimas décadas, o modelo hospitalocêntrico persiste enquanto modalidade hegemônica de atenção psiquiátrica, porém, agora, convivendo com serviços substitutivos voltados para uma abordagem orientada para a reabilitação psicossocial e para os direitos de cidadania da pessoa com TM (ROSA, 2003).

Considerando a relevância do tema que aborda a família como a principal responsável pelos cuidados da pessoa com TM e os desafios que permeiam seu cotidiano, enquanto cuidadora, se procurou, no presente trabalho, identificar a produção científica nos últimos dez anos sobre as principais tendências sobre os temas família, cuidado e saúde mental. Tendo como objetivos mapear e mensurar artigos acadêmicos, além de identificar e compreender os elementos comuns presentes na discussão científica sobre as temáticas propostas.

Para tanto, foi utilizada a pesquisa bibliométrica como método de análise, uma vez que os dados elaborados por meio dos estudos bibliométricos

viabilizam mensurar a contribuição do conhecimento científico, derivado das publicações em determinadas áreas.

Ao longo da pesquisa foram analisados vinte e um artigos acadêmicos sobre os temas: família, cuidado e saúde mental. Foram considerados os textos que abordaram a opinião dos familiares, usuários e profissionais sobre o tema que estava sendo tratado, referente ao acompanhamento e atendimento realizado no Centro de Atenção Psicossocial ou no CAPS e na Atenção Básica de forma intersetorial.

A base de dados utilizada foi a SciELO e o percurso metodológico consistiu, inicialmente, em realizar uma filtragem das informações referente a: todas as coleções, todos os periódicos, ao idioma português, ano de publicação de 2008 a 2018, a todas as áreas temáticas, todos os índices de citações, todos os citáveis e não citáveis e ao tipo de literatura artigos.

Para organizar os dados pesquisados, utilizou-se um quadro constando a área de publicação, as tendências principais apreendidas na pesquisa, o total de artigos encontrados e o ano de publicação.

Quadro 1 - Artigos acadêmicos sobre a temática: família, cuidado e saúde mental

Área de publicação	Tendências principais apreendidas na pesquisa	Ano de publicação
Enfermagem	- A sobrecarga da família que convive com o sofrimento psíquico; - O significado de vivenciar a doença mental na família - Ações de saúde mental desenvolvidas no CAPS voltadas para a família - Participação no tratamento de pessoas com transtorno mental severo	2008
	- Relação da família do portador de transtorno mental com o serviço - A inserção da família nos CAPS	2009
	- Características sociodemográficas dos cuidadores de pessoas que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica - O papel da família em relação ao portador de transtorno mental - Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental dado à família - Construção do projeto terapêutico de usuários no CAPS de Sobral/CE - A saúde mental de adolescentes no Brasil e as perspectivas do cuidado	2011
	- Características sociodemográficas e o grau de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes egressos de internação psiquiátrica	2012

	- Representações sociais sobre resolubilidade do cuidado em saúde mental, na Estratégia Saúde da Família	2014
	- As expectativas de familiares sobre uma unidade de internação psiquiátrica - Como se conformam o apoio matricial, projeto terapêutico singular e sua interface com a produção do cuidado em saúde mental	2015
Ciências e Saúde Coletiva	- As tecnologias psicossociais produzidas no contexto político, institucional e histórico da saúde mental	2009
	- Ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do CAPS	2012
	- Necessidades, elaboração de demanda e oferta, no processo de produção de cuidado - O lugar da família nos processos de cuidado e desinstitucionalização	2015
	- Perfil psicossocial e projetos terapêuticos para usuários com autismo e seus familiares	2017
	- Mudanças na vida social, familiar e sexual de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais	2018

Fonte: Elaborado pela autora Cristiana Silva de Almeida Scoretegagna.

A partir da categorização das temáticas evidenciadas nos artigos, estruturou-se o presente artigo de forma a explicitar as principais tendências que pautam a produção de conhecimento na área. Destarte, os próximos itens apresentam o resultado da pesquisa, considerando o panorama geral da produção de conhecimento sobre família, cuidado e saúde mental.

1 Panorama geral da produção de conhecimento sobre família, cuidado e saúde mental

Existe no imaginário coletivo a expectativa de que a família seja um espaço com capacidade e potencial para produzir e garantir os devidos cuidados, a proteção e o desenvolvimento dos seus membros, contribuindo, assim, para a formação de cidadãos saudáveis, felizes, emocionalmente equilibrados e com capacidade de participar de forma criativa e proativa da sociedade. Entretanto, “[...] essas expectativas são possibilidades e não garantias. A família vive num dado contexto que pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas possibilidades e potencialidades” (CARVALHO, 2000, p.13).

Considerando as expectativas vinculadas às famílias, cabe particularizar a questão da saúde mental, destacando-se as singularidades que perpassam as famílias, que possuem um integrante com transtorno mental. Além das demandas de proteção e cuidado comuns, há uma exigência acentuada dos

cuidadores por laços fortalecidos de solidariedade e proteção, na condução das situações cotidianas, que exigem capacidade de organização e manejo no cuidado necessário a esse membro.

Sendo assim, considerando a relevância do tema que aborda a família como a principal responsável pelos cuidados da pessoa com transtorno mental e os desafios que permeiam o seu cotidiano como cuidador, procurou-se identificar, na produção científica dos últimos dez anos, as principais tendências sobre os temas família, cuidado e saúde mental.

Partindo dos dados obtidos através da pesquisa bibliométrica, foi possível identificar que, dentre os 21 artigos pesquisados, se sobressaíram como tendência as expectativas dos familiares sobre uma unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral, em apenas um artigo pesquisado.¹⁹ No texto, os autores buscaram identificar, através dos relatos dos familiares, o desejo de melhorias no estado de saúde do paciente, no período posterior à internação, além disso apontaram outros elementos relacionados ao cuidado à família.

Na ótica dos familiares, é elementar a atenção à família nas práticas em saúde da unidade de internação psiquiátrica, considerando necessária a existência de um ambiente acolhedor, de abertura ao diálogo e que auxilie no enfrentamento do sofrimento psíquico do familiar.

Já no que se refere à tendência sobre as características sociodemográficas dos cuidadores de pacientes egressos, que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica, foi possível identificar a publicação de dois artigos.

Um deles aborda²⁰ sobre as características sociodemográficas dos cuidadores de pessoas que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica. O segundo²¹ reflete também sobre o grau de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes egressos de internação psiquiátrica.

¹⁹ OLIVEIRA, Gustavo Costa de; SCHNEIDER, Jacó Fernando; NASI, Cíntia; CAMATTA, Marcio Wagner; OLSCHOWSKY, Agnes. Expectativas de familiares sobre uma unidade de internação psiquiátrica. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 4, 2015.

²⁰ CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 45, n. 3, jun. 2011.

²¹ CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari; VIEIRA, Mariana Verderoce. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul. Enfer.*, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012.

Referente à tendência que trata sobre a sobrecarga sofrida pelo cuidador, foi identificado outro artigo²² que buscou estudar a sobrecarga da família que convive com o sofrimento psíquico e obteve como resultado a identificação da presença de três tipos de sobrecarga: a sobrecarga financeira, relacionada aos gastos com consultas e medicamentos; a sobrecarga do cuidado, pois este fica muitas vezes sob a responsabilidade de uma única pessoa; a sobrecarga física e a emocional representada pela tensão e pelo nervosismo.

Compreender a sobrecarga sofrida pelo familiar responsável pelos cuidados com a pessoa em adoecimento psíquico implica apreender qual o sentido ou a noção que esse familiar possui em relação ao seu ente ou à doença mental.

Na tendência que pesquisou o papel da família em relação à pessoa com transtorno mental, foi identificado um artigo²³ que teve como objetivo conhecer o papel da família em relação à pessoa com transtorno mental, e identificar a percepção da família com relação à saúde mental/transtorno mental, a pessoa com transtorno mental e ao tratamento em saúde mental. Constatando que o papel da família é cuidar, incentivar, estar presente, a saúde mental é identificada com a capacidade de se relacionar, desempenhar atividades sem sofrimento; já o transtorno mental é o inverso: as famílias percebem-se impotentes, e o internamento é percebido como sofrimento, onde se destaca a importância do tratamento farmacológico.

Ainda sobre a discussão da família da pessoa com TM destaca-se o artigo²⁴ que buscou compreender o significado da vivência da doença mental na família. Os resultados apontam as dificuldades de manejo da família em situações de crise, a culpa pela doença; a solidão e o desamparo, quando do aparecimento dos primeiros sintomas, sentimentos como medo, tristeza, vergonha e raiva, assim como afeto e cuidado presentes.

²² BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 45, n. 2, abr. 2011.

²³ BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 45, n. 2, abr. 2011.

²⁴ NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v.17, n. 4, out./dez. 2008.

Na tendência que abordou as representações sociais das famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental destaca-se o artigo²⁵ que investigou acerca de sua participação no tratamento de pessoas com transtorno mental severo. Conforme os resultados revelaram, os sujeitos da pesquisa consideram vantajoso o cuidado neste tipo de serviço e o apoio familiar essencial para o progresso no tratamento de pessoas com transtorno mental.

Cabe destacar que a participação dos familiares, no tratamento da pessoa com transtorno mental é de grande importância nesse processo de cuidado, vivenciado pelos mesmos a partir da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, que resultou na criação de serviços substitutivos vinculados a uma política pública.

Nesse sentido, um dos artigos²⁶ pesquisados objetiva compreender o lugar da família nos processos de cuidado e desinstitucionalização e a maneira como os arranjos familiares têm experienciado a proposta reformista e antimanicomial de oferta dos serviços substitutivos como política pública. Os resultados apontam que os cuidadores relacionam sua prática às ações de zelo, envolvimento, preocupação e responsabilização. A participação e o empoderamento dos cuidadores na interlocução com os usuários versam sobre a busca por autonomia, por projetos emancipatórios, por uma efetiva melhoria relacional e visão crítica do usuário, quanto à organização dos serviços de saúde e da realidade social.

Para compreender o lugar da família nos processos de cuidado e desinstitucionalização, é importante identificar e analisar a elucidação de necessidades, a elaboração de demanda e oferta, no processo de produção de cuidado, na relação entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. Este foi o objetivo de outro artigo²⁷ pesquisado, que teve como resultado a apreensão dos sentidos, significados

²⁵ JORGE, Maria Salete Bessa; RAMIREZ, Ana Raquel Alves; LOPES, Consuelo Helena Aires Freitas; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; BASTOS, Vanessa Barreto. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 42, n.1, mar. 2008.

²⁶ FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n.1, jan./mar. 2015.

²⁷ CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; ANDRADE, Angela Nobre de. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, fev. 2015.

e valores atribuídos às necessidades, demandas e ofertas, presentes nessa relação. Foi evidenciada a disparidade entre demanda e oferta, a desvalorização, o desconhecimento das necessidades e das demandas dos familiares relacionadas à lógica manicomial.

No âmbito da tendência que versa sobre as ações de saúde mental, desenvolvidas no CAPS, voltadas para a família no cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico e a inserção e a relação da família do portador de transtorno mental com o serviço, foram mapeados três artigos.

Em um dos artigos,²⁸ ficou evidenciada a constatação de que o trabalho no CAPS só se concretiza pela parceria e participação familiar. Dentre as estratégias destacadas para a efetivação da inserção da família no serviço, o texto destacou o atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar e as oficinas.

Além disso, apreender como os familiares de portadores de transtorno mental têm convívio com um serviço de saúde mental, e retratar a inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial, sob a ótica dos usuários, familiares e profissionais de equipe, foram os objetivos identificados em outro artigo.²⁹

Ainda nessa tendência, o terceiro artigo³⁰ chegou à conclusão de que os familiares que acompanham o usuário têm de lidar com um aprendizado que adquiriram na vivência cotidiana, sendo sujeitos à rejeição de membros da família e da comunidade.

Com relação ao Centro de Atenção Psicossocial, o artigo demonstrou que os familiares se sentem acolhidos em suas demandas, recebendo um atendimento singular; porém, desconhecendo os mecanismos para a sua participação social, apontando dessa forma, a existência de uma deficiência do serviço, à medida que este deve estimular formas de inserção na comunidade e de ampliação dos direitos de cidadania dos usuários.

²⁸ SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 42, n.1, mar. 2008.

²⁹ MORENO, Vânia. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 43, n. 3, 2009.

³⁰ BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado; KANTORSKI, Luciane Prado; BORGES, Luana Ribeiro; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger; WILLRICH, Janaina Quinzen; SOUZA, Afra Suelene de; HECK, Rita Maria. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v.18, n.1, jan./mar. 2009.

Os resultados apontam ainda que, das várias formas de inserção da família, a atividade de grupo surge como uma estratégia para contribuir no processo terapêutico. Sendo assim, a partir dos resultados apresentados no artigo, é possível constatar que o trabalho realizado pelos profissionais que estão inseridos no CAPS tem grande relevância para identificar as demandas e necessidades existentes na relação do usuário com a família, desses com o serviço e com a comunidade, na sua integralidade, com vistas a apontar estratégias de intervenção que consigam atender a essas demandas.

O cuidado da enfermagem voltado à família com um integrante em sofrimento psíquico, tendo em vista o modelo de assistência em saúde mental, pautado na atenção psicossocial, elaborado a partir do movimento da reforma psiquiátrica democrática, é o objeto de outro artigo³¹ pesquisado. Os resultados apresentados no texto indicam a necessidade de mudança conceitual, na implementação da educação em saúde, no trabalho interdisciplinar e na clínica ampliada, garantindo a integralidade e a autonomia dos sujeitos.

Além do trabalho interdisciplinar responsável por contribuir com a viabilização do modelo de assistência em saúde mental, pautado na atenção psicossocial, que abrange não somente a área da enfermagem, mas também outras áreas do conhecimento como psicologia, psiquiatria, dentre outras, é necessário considerar os meios e os instrumentos de trabalho necessários na execução desse modelo. Referente a isso, um dos artigos³² buscou investigar as tecnologias psicossociais produzidas no contexto político, institucional e histórico específico e concernente à reforma psiquiátrica brasileira, tais como a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos.

Outra tendência identificada, na análise dos artigos, foi a discussão sobre o projeto terapêutico singular. Dois artigos abordaram essa discussão, sendo que um deles³³ tratou sobre o processo de construção do PTS em um

³¹ SILVA, Kely Vanessa Leite Gomes da; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 45, n. 5, out. 2011.

³² SILVA, Martinho Braga Batista e. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan./fev. 2009.

³³ PINTO, Diego Muniz; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; FLORES, Ana Zaiz Teixeira; ANDRADE, Aristides Saboia de. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, jul./set. 2011.

CAPS de Sobral-CE. Percebeu que a construção do projeto terapêutico se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família, com o intuito de promover saúde mental.

O segundo artigo³⁴ que abordou o PTS objetivou compreender como se conformam o apoio matricial, projeto terapêutico singular, e sua interface com a produção do cuidado em saúde mental. Os resultados evidenciaram a existência do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização no cotidiano assistencial, responsáveis por promover o cuidado. Contudo, também revelaram excessivos encaminhamentos, atendimento médico-centrado, dependência do Centro de Saúde ao suporte da atenção especializada, deficiência de espaço físico, desarticulação da rede, terceirização e despreparo dos profissionais do Centro de Saúde, como dificuldades com a produção do cuidado.

Referente à tendência que tratou sobre o apoio matricial e o trabalho intersectorial entre a Atenção Básica e o CAPS, cabe destacar dois artigos que objetivaram analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes de ambos os serviços.

Como principais resultados, um dos artigos³⁵ evidencia que as atividades do matriciamento em saúde mental disponibilizam ampliação de acesso e diversificação da atenção à saúde, direcionada para a integralidade. Já o outro artigo³⁶ aponta que persistem entraves relacionados ao investimento em saúde, educação permanente e organização da assistência.

E, por fim, cabe destacar que os demais artigos pesquisados abordaram a questão dos adolescentes³⁷ em sofrimento psíquico e a política de saúde mental

³⁴ JORGE, Maria Salete Bessa; DINIZ, Alexandre Melo; LIMA, Leilson Lira de; PENHA, Jardeliny Corrêa da. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 24, n.1, jan./mar. 2015.

³⁵ PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Mardenia Gomes Ferreira; SAMPAIO, José Jackson Coelho; LIMA, Gláucia Posso; BASTOS, Valéria Carneiro; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012.

³⁶ JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; CASTRO JÚNIOR, Euton Freitas de; BARRETO, Levi Alves; ROSA, Lianna Ramalho de Sena; LIMA, Leilson Lira de. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 48, n. 6, dez. 2014.

³⁷ SANTOS, Danielle Christine Moura dos; JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires de; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 6, 2011.

infantojuvenil; atenção psicossocial³⁸ a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro; e cuidadores³⁹ de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual.

Numa análise geral dos principais resultados evidenciados nos diferentes artigos, é possível apontar a imprescindibilidade do reconhecimento das particularidades que pautam o cuidado de crianças e adolescentes com transtorno mental e os desdobramentos para os cuidados e a urgência em investimentos intersetoriais, como estratégia para a qualificação do cuidado prestado pela rede de saúde.

2 Os desafios no âmbito da relação entre família e saúde mental

Dentre os diversos objetivos e resultados que foram apontados no item anterior, considera-se importante destacar alguns assuntos que se sobressaíram, devido à sua relevância e frequência. Nesse sentido, cabe destacar o desejo manifestado pelo familiar, cuidador, de que a internação, em uma unidade de internação ou egressa, possa retomar as atividades do dia a dia comprometidas, em decorrência do seu quadro sintomatológico, desde as ações mais simples até as mais complexas, e de que possam ter uma vida com maior autonomia, com capacidade de construir ou reconstruir seu plano de vida.

Sobre a reflexão que aborda o processo terapêutico, destaca-se a questão da cura do paciente. Em um dos artigos pesquisados, as falas das famílias evidenciam representações relacionadas à cura na saúde mental, em que alguns “[...] acreditam em uma cura total, mesmo contrariando as perspectivas médicas” (JORJE *et al.*, 2008, s/p.). Essa perspectiva expressa a complexidade inerente à saúde mental, uma vez que demanda a superação de modelos idealizados de saúde e doença e, conseqüentemente, de normalidade e cura.

³⁸ LIMA, Rossano Cabral; COUTO, Maria Cristina Ventura; SOLIS, Fabiana Pimentel; OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 26, n.1, jan./mar. 2017.

³⁹ DALTRO, Manuela Carla de Souza Lima; MORAES, José Cássio de; MARSIGLIA, Regina Giffoni. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 27, n. 2, abr./jun. 2018.

Outro assunto que se sobressaiu foi a questão de gênero; a mulher foi identificada como a principal cuidadora, principalmente mães. Em uma das pesquisas, evidenciou-se que essas cuidadoras eram, em sua maioria, casadas e com mais de um filho, com uma sobrecarga ligada, sobretudo, ao desempenho das atividades relacionadas ao preparo da alimentação, à supervisão de comportamentos e à prestação de assistência, para que a usuária pudesse ocupar seu tempo.

Diante disso, cabe destacar o fato de que, na maioria dos casos, tratava-se de uma cuidadora. Fato relevante por estar atrelado a uma questão cultural de gênero, em que a mulher, historicamente, vem sendo considerada a principal, por vezes a única, responsável pela prestação de assistência e cuidados aos membros mais vulneráveis ou fragilizados do núcleo familiar, tais como as crianças, os idosos, pessoas doentes ou com transtorno mental.

Cabe apontar que a sobrecarga física e emocional ocorre devido a um aumento das demandas oriundas desta nova situação. Sendo comum, conforme aponta um dos textos, após o diagnóstico de transtorno mental em um de seus integrantes, o surgimento de agravos físicos e emocionais, tais como: problemas de coluna, hipertensão arterial, problemas cardíacos, estresse, tensão e nervosismo na família.

Outra sobrecarga a ser destacada é a financeira, que, quando recai em famílias que convivem com o sofrimento mental e em situação econômica desfavorável, o fato as torna mais vulneráveis, pois ocorre uma nova estrutura nas relações de trabalho, nas inter-relações e no orçamento familiar.

Além disso, a sobrecarga financeira é expressa também pela dificuldade da pessoa com transtorno mental manter vínculo empregatício ou ingressar no mercado de trabalho, devido ao preconceito e às limitações sofridas em decorrência da doença.

Destaca-se ainda a sobrecarga do cuidado, quando o núcleo familiar, que vivencia um processo de intenso sofrimento, muitas vezes não sabe como agir frente aos comportamentos adotados pelo familiar, em sofrimento mental.

Identificou-se, ainda, a importância dos serviços de saúde disponibilizados pelo CAPS: proporcionar aos familiares um espaço de escuta singular, enquanto sujeitos da ação e não simplesmente receptáculos de informações, com base no diálogo e nas trocas de conhecimentos e dúvidas existentes, na

relação que se estabelece com o transtorno mental. O grupo de familiares é visto pelos sujeitos objeto do estudo (os familiares) como uma estratégia de inserção da família no processo terapêutico.

Nesse sentido, cabe destacar que buscar um relacionamento interpessoal com a família através da comunicação efetiva é um instrumento de intervenção que precisa ser adotado no processo terapêutico, para serem construídos vínculos entre profissionais e a família, a comunidade e o usuário.

É importante destacar também que o cuidado se torna um fardo, à medida que o portador é considerado uma pessoa sem autonomia, sem mudança de atitudes, dificultando o relacionamento cotidiano. Esta forma de entendimento sobre o “[...] comportamento, advém do desconhecimento do processo de adoecer e das possibilidades da reinserção social, a partir de um tratamento alicerçado em projetos de vida” (MORENO, 2009, s/p.).

Alguns familiares apontaram a fragilidade dos vínculos afetivos por parte dos outros membros da família, ou mesmo rejeição, demonstrando, assim, que o preconceito em relação ao transtorno mental não ocorre somente por parte da comunidade, mas também por parte de pessoas ligadas por laços consanguíneos (MORENO, 2009).

Considerações finais

Diante da temática pesquisada e analisada, identificou-se que existem alguns desafios a serem enfrentados pelos profissionais da área da saúde mental, com vistas a trabalhar as dificuldades e limitações enfrentadas tanto pelos usuários quanto pelos familiares cuidadores, que também necessitam de acolhimento, vínculo e escuta singular para tornarem-se corresponsáveis do processo terapêutico no qual se inserem. Dando voz a esses familiares, entendendo sua história, compreendendo seu contexto, visualizando suas dificuldades e vivências, torna-se possível ofertar um trabalho com qualidade, garantindo o direito à saúde.

Além disso, o sistema de saúde, que tem por objetivo romper a lógica manicomial e adotar uma concepção ampliada de atendimento e cuidado, precisa olhar para o transtorno mental sem preconceitos, abandonando a concepção de cura, do atendimento centrado no tratamento farmacológico. Dessa forma, é possível contemplar um trabalho interdisciplinar e intersetorial

de forma humanizada, que procure apreender quais as demandas, necessidades e expectativas das famílias cuidadoras, em relação aos serviços de saúde.

A lógica vinculada à materialização da reforma psiquiátrica é expressa tanto no cotidiano de trabalho da saúde mental como na produção científica da área. Nesse sentido, destaca-se a relevância de estudos que permitam apreender as principais tendências que aparecem na área, como subsídio para compreender os movimentos que perpassam a saúde mental e reafirmar a corresponsabilidade dos atores envolvidos, pautada numa lógica integral que potencialize o cuidado para as pessoas com TM, bem como da própria família.

Referências

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org.). O lugar da família na política social. *In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org.). A família contemporânea em debate*. 3. ed. São Paulo: Educ/Cortez, 2000.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SciELO): Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php>. Acesso em: 10 set. 2018.

OLIVEIRA, Mara de; MINCATO, Ramone. Família e cuidados mútuos. *In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (org.). Família: novos horizontes*. Porto Alegre: EST Edições, 2008.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

SZYMANSKI, Heloisa. Teorias e teorias de famílias: o lugar da família na política social. *In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org.). A família contemporânea em debate*. 3. ed. São Paulo: Educ/Cortez, 2000.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. *Serviço Social e Sociedade, Famílias*, v. 23, n. 71, ano XXIII, set. 2002.

A negligência infantil e a diversidade de definições: um desafio para a prática profissional sob a luz do serviço social

Débora de Moura Amaral
Nilva Lúcia Rech Stedile
Margarete Isoton De David

Resumo: As definições apresentadas ao termo *negligência* demonstram a complexidade e amplitude desse termo, como consequência de diferentes concepções atribuídas ao mesmo, em diferentes contextos. O objetivo desta pesquisa é identificar os significados atribuídos ao termo *negligência* pelos profissionais que atendem crianças/adolescentes em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul. Trata-se de uma pesquisa documental, a partir da coleta de dados de uma pesquisa realizada nos abrigos e em casas-lares para crianças e adolescentes de Caxias do Sul. Nesse estudo, o termo *negligência* é referido por vários profissionais com diferentes significados, de forma semelhante ao que ocorre com esse conceito em diversos campos científicos, reforçando assim a importância da compreensão dessa problemática. Os resultados revelam que há uma diversidade de sentidos ao conceito, o que complexifica a designação dos casos como “negligência”. Essa diversidade dificulta a utilização do mesmo na atuação profissional, especialmente em ambientes, onde sua ocorrência é mais comum, o que evidencia a necessidade de qualificação desse conceito. Além do que, o conceito de *negligência* movimenta-se em uma coerência acusatória, de culpa, em determinadas situações. Portanto, conclui-se que há diversos fatores da e na sociedade que entrelaçam as situações de negligência; logo refletem as contradições da própria realidade na sociedade capitalista, a qual tende a individualizar e moralizar as expressões da questão social. Portanto, o tema da negligência traz desafios aos assistentes sociais, já que estes não devem priorizar suas análises em questões subjetivas, mas devem tentar buscar a relação do fenômeno com as determinações societárias, no sentido de ultrapassar a singularidade, e contribuir para a desconstrução das culpabilizações e dos moralismos entrelaçados aos conceitos de negligência.

Palavras-chave: Negligência. Negligência infantil. Família. Criança acolhida.

Introdução

O questionamento acerca do que é negligência, em relação a crianças e adolescentes, envolve, além da necessidade de compreensão do fenômeno e de seus possíveis impactos no desenvolvimento infantil, uma preocupação com o uso desse conceito, para qualificar determinados tipos de acontecimentos.

A investigação sobre o habitual uso do termo negligência pelos profissionais, com cunho moralista, para designar diversas situações de desproteção

contra crianças e adolescentes, se revelou tema de estudo emergente e relevante.

Vale ressaltar que as questões que estimularam a realização deste estudo partiram de um determinado contexto, a partir da coleta de dados de uma pesquisa realizada em instituições de acolhimento para crianças e adolescentes de Caxias do Sul. Nesse estudo, as pesquisadoras se depararam com o recorrente uso do termo *negligência* por vários dos profissionais entrevistados, aguçando ainda mais o interesse da autora em aprofundar esta temática.

Defere-se ainda que uma das preocupações é o fato de que os profissionais possuem suas próprias interpretações e precisam identificar e notificar os casos suspeitos de negligência, mas a incompreensão ou utilização inadequada desse conceito pode interferir na sua identificação e no próprio desfecho das situações vividas pelas crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente.

É notável a dificuldade de conceituar o termo *negligência*, uma vez que o mesmo apresenta uma pluralidade de elementos que dificultam a definição de uma situação como negligência. Neste Sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu art. 5º, aponta a negligência como uma situação a ser interrompida e notificada, porém não define o termo: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (grifo meu).

Minayo (2014) descreve que, para compreender o percurso e as reformulações de um conceito é preciso analisá-lo criticamente. De tal forma, que o conceito de negligência em si possui pontos a serem debatidos acerca do seu alcance e das transformações, no decorrer na história.

As pesquisas (bibliográfica e documental) para a realização deste artigo permitem constatar que o termo *negligência* é bastante complexo e que para conceituá-lo é fundamental considerar diversos aspectos objetivos (tais como as condições socioeconômicas) e subjetivos (tais como a experiência pessoal).

Nesse contexto, no decorrer dos estudos observou-se um direcionamento profissional que tende a desvalorizar as condições reais existentes que interferem na capacidade de as famílias de proteger suas crianças e, com isso, uma tendência a qualificar variadas situações como negligência, sem ao

menos refletir sobre o “peso” dos conceitos que envolvem essa temática, conforme problematizado por Fávero (2007, p. 161).

Deste modo, neste estudo pretende-se refletir sobre o uso do conceito de negligência de forma crítica, tendo em vista que um conceito não é fixo, “não é aquilo que é, mas aquilo que está” (FRANCELIN, 2015, p. 129). Assim, declara-se que a finalidade não é ir contra uma definição que está “estabelecida” na visão de alguns autores, tão pouco (re)definir o que é negligência na infância. Mas, sim, refletir criticamente na aplicação e reprodução desse conceito diante da nossa realidade social.

Assim, em concordância com Fávero (2007), salienta-se que o poder/saber profissional pode ter direcionamentos distintos, a depender da visão de mundo do profissional e de seu (des)compromisso ético. “[...] A culpabilização pode traduzir-se, em alguns casos, em interpretações como negligência, abandono, violação de direitos, deixando submerso o conhecimento das determinações estruturais ou conjunturais, de cunho político e econômico, que condicionam a vivência na pobreza por parte de alguns sujeitos envolvidos com esses supostos atos” (FÁVERO, 2007, p. 161).

Sendo assim, a necessidade de compreender esse conceito, sua inserção nas discussões, em laudos e pareceres, acerca das violações dos direitos das crianças/adolescentes e incentivar pesquisas sobre este tema no Brasil reforçam a importância deste estudo, que tem por objetivo identificar os significados atribuídos ao termo *negligência* pelos profissionais que atendem crianças/adolescentes, em situação de acolhimento institucional em Caxias do Sul, a fim de compreender o fenômeno da negligência e a complexidade de seus conceitos, bem como suscitar algumas reflexões sobre o uso do conceito de negligência na ótica do Serviço Social, considerando que os assistentes sociais possuem uma considerável inclusão de profissionais na área da infância e juventude. Logo se expressa como uma das profissões-modelo nesse setor e legitima-se para desempenhar suas atividades nessa temática, na luta pelo acesso e pelas garantias de direitos.

1 Considerações sobre a negligência e a complexidade de seus multifacetados conceitos

Com base na revisão de literatura para a produção deste estudo, salienta-se que é inevitável abordar o tema negligência desassociado de

família. Deste modo, refere-se que, no decorrer da História, a família sempre foi considerada a responsável pela proteção e pelo cuidado de seus membros. Atualmente, a família tem sido chamada para desempenhar papel central na execução das políticas sociais.

As famílias que são usuárias das políticas sociais, em muitas situações trazem suas vulnerabilidades, materializadas nas suas condições de vida (saúde, educação, trabalho, moradia, etc.). Dessa forma, fica evidente o quanto ela é responsabilizada pelos cuidados com seus filhos. Assim, algumas inquietações emergem conduzindo a uma reflexão crítica, de forma a indagar: O que é cuidado? Quais são as condições necessárias para exercer os cuidados adequados ao desenvolvimento de crianças/adolescentes? Quais são os suportes que as famílias precisam para desempenhar o lugar de proteção e de cuidado? E, afinal, o que é negligência?

Neste contexto, conforme o objetivo proposto, relata-se que se buscou “compreender”, através dos textos de diferentes áreas, a “compreensão” dos autores (na aplicação e interpretação do conceito), acerca da negligência na infância/adolescência. Todavia, a análise desse conceito, a todo tempo, ressalta tensões dessa temática em seus diversos contextos. Além disso, a tarefa da “compreensão” não é fácil, requer a atenção no que é dito (e não dito), no que é do outro (e para outro) e também no que é seu (preconceitos). Gadamer (1999) afirma:

[...] aquele que compreende já está sempre incluído num acontecimento, em virtude do qual se faz valer o que tem sentido. Está, pois, justificado que, para o fenômeno hermenêutico, se empregue o mesmo conceito do jogo que para a experiência do belo. Quando compreendemos um texto nos vemos tão atraídos por sua plenitude de sentido como pelo belo... Na medida em que compreendemos, estamos incluídos num acontecer da verdade e quando queremos saber o que temos que crer, parece-nos que chegamos demasiado tarde (GADAMER, 1999, p.708 *apud* MATA, 2016, p. 76).

Deste modo, alude-se que a problematização do conceito de negligência refere-se às tensões acerca da utilização do conceito, observadas nos relatos dos profissionais das instituições de acolhimento de crianças e adolescentes em Caxias do Sul. De fato, observou-se que o conceito permite um deslocamento de visões, o que, na prática, pode dificultar seu reconhecimento ou favorecer diferentes interpretações.

À vista disso, compreende-se que um conceito também é fruto do contexto social, de forma que o estudo de um fenômeno como a negligência pode ser desenvolvido através da compreensão de seu conceito.

Portanto, Minayo (2014), ao definir o que é um conceito, afirma:

Toda construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos. Conceitos são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podem ser considerados como operações mentais que refletem pontos de vista verdadeiros e construídos em relação dinâmica com a realidade (sempre dentro de um quadro teórico determinado). Os conceitos podem ser considerados um caminho de ordenação teórica dos fatos, relações e processos sociais, devendo ser, pelo confronto com o campo empírico, permanentemente recriados e reconstruídos (MINAYO, 2014, p.176).

Neste sentido, a literatura aponta que o tema da negligência, em algumas circunstâncias, é tratado como algo que se autorrevela, ao mesmo tempo, extremamente indefinido e generalizado, no qual “tudo se encaixa”, dificultando a realização de um diagnóstico preciso.

Desta forma, para se trabalhar com a categoria de significados de negligência, é preciso levar em conta uma série de ponderações. Segundo Correia (2015, p. 39), “a primeira delas é que não é possível construir um conceito universal; deve ser contextualizada as nuances culturais de modo a fazer com que o conceito faça sentido em determinado lugar ou cultura”.

A segunda ponderação está relacionada à classe social. É fato que a visibilidade é maior na classe popular, pois esta utiliza os serviços públicos, estando mais suscetíveis às identificações dos profissionais que atuam nestes serviços. Porém, não significa que situações de negligência não perpassem todas as classes sociais.

Outra ponderação a ser considerada é que, para a compreensão da negligência, deve-se ter em mente que este fenômeno é complexo e multifatorial, não podendo ser restrito à individualidade e à privacidade dos integrantes da família.

Nesta conjuntura, declara-se que, ao problematizar essas questões, não se tem por finalidade minimizar as violações praticadas pelas famílias, mas sim refletir sobre as condições de vida das mesmas. No contexto de vulnerabilidade e risco social, vivenciado pelas famílias brasileiras, “[...] as necessidades humanas se ampliam e se tornam cada vez mais complexas,

indicando uma drástica redução na capacidade protetora da maioria das famílias” (MIOTO; SILVA; SILVA, 2007, p. 217).

Neste contexto, de acordo com Piasan (2015), declara-se que são inúmeros os desafios impostos pela temática da negligência à investigação científica e à análise do problema, sendo um deles a ausência de uma definição consistente, que apreenda a complexa realidade referida. Consequentemente, ocorre uma dificuldade adicional, vivida tanto por pesquisadores como por profissionais, que é a de identificar casos considerados como “negligência”, devido à diversidade das situações associadas a essa modalidade de violência.

Sendo assim, analisando relatos de profissionais entrevistados, identificaram-se algumas categorias de significados relacionados ao uso do termo *negligência*, que serão abordados no próximo capítulo.

2 Trajetória metodológica

O presente artigo refere-se a um estudo qualitativo acerca do recorrente uso do termo *negligência* por profissionais das instituições de acolhimento institucional de crianças e adolescentes em Caxias do Sul, ou seja, casas-lares e abrigos, com base nos bancos de dados de pesquisa de campo. Optou-se por trabalhar com os dados qualitativos desta pesquisa, tratados neste recorte como documentos, acerca do conceito de *negligência*. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com os responsáveis pelas 12 casas-lares e três abrigos destinados a receber crianças e adolescentes na cidade de Caxias do Sul - RS. Essas entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo um banco de dados, em que o termo *negligência* foi analisado.

Deste modo, trata-se de uma análise das falas obtidas por entrevistas com os responsáveis pela totalidade de instituições de acolhimento de crianças/adolescentes. Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Caracterização Socio-Demográfica de Crianças em Situação de Acolhimento Institucional na Cidade de Caxias do Sul”, aprovada pelo CEP/UCS, com o n. 663227417.7.0000.5341. Dessa forma, caracteriza-se também como uma pesquisa documental, por utilizar-se do banco de dados da referida pesquisa.

Foi utilizada como referência metodológica a pesquisa qualitativa que se fundamenta na existência de uma realidade dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Como afirma Minayo (1994), trabalhar com o universo de signifi-

cados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis.

Como método de reflexão foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1979 *apud* MINAYO, 2014), compreende um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. A partir dos significados atribuídos por esses, procedeu-se à análise dos mesmos, a partir de conceitos apresentados na literatura disponível, de artigos pesquisados em bases de dados, teses e dissertações sobre esse tema. Da mesma forma, buscou-se trazer algumas reflexões acerca da prática profissional dos assistentes sociais, com vistas a compreender a(o) posição/entendimento dessa categoria profissional, em relação à tensa conceituação da negligência contra crianças/adolescentes, bem como suas intervenções profissionais em situações que envolvem esta temática.

3 Resultados e discussões: dialogando com os conceitos de negligência

De acordo com a literatura sobre a temática, é consenso entre os autores que dentre as modalidades de violência infantil, a negligência é a mais recorrente, em diversos países, incluindo o Brasil.

Em razão das dificuldades em sua definição e compreensão, muitos casos deixam de ser notificados pela comunidade leiga e/ou profissional e, também, não recebem a devida atenção dos próprios órgãos competentes, relacionados ao sistema de proteção infantil. Conforme assinala Martins (2006 *apud* PASIAN, 2015, p. 107), os profissionais que atuam no âmbito do sistema de proteção tendem a vivenciar grande dificuldade para conceituar negligência infantil, evidenciando, assim, a falta de precisão teórica. Em virtude disso, ocasiona dificuldades na avaliação de possíveis casos, delimitando seu acompanhamento e desfecho.

Neste sentido, reforça-se que, conforme apresentado anteriormente, uma das questões motivadoras para a produção deste artigo versa sobre a categorização da negligência. Quais são os critérios, as descrições e/ou características que são considerados relevantes, para que uma família seja

considerada negligente com seus filhos, a ponto de esses serem afastados de seu convívio?

Segundo a literatura, os estudos relativos à negligência não vêm tendo a mesma atenção como a violência física e sexual. Desta forma, refere-se que a produção teórica sobre o tema da violência intrafamiliar tem recebido atenção de diversos autores brasileiros renomados há décadas, dentre os quais merecem destaque: Azevedo (1998); Deslandes (1994); Guerra (1998), Minayo (2001). No entanto, a negligência e os desafios de sua conceituação apresentam-se de forma tímida, como objetos de pesquisa e estudos, de cunho mais recentes, enfrentando dificuldades em sua conceituação. Sua definição, por ser pouco clara, dificulta a imputação de causalidade em certas associações encontradas.

Neste contexto, com vistas a dar melhor visibilidade e compreensão desse termo, construiu-se o quadro que se segue, composto por relatos de profissionais entrevistados e as respectivas categorias de significados/associações referentes ao termo *negligência*.

Quadro 1 - Categorias de significados de *negligência*

FALA DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIAS DE SIGNIFICADOS/ ASSOCIAÇÕES
<p>“[...] Os pais negligentes, a maioria dependentes químicos, usuários de drogas, então o que acontece: essas crianças são acolhidas pelo Conselho Tutelar na sua maioria e, a partir daí, eles vão para o abrigo. E depois eles são encaminhados para as casas-lares.” (P1)</p> <p>“A grande maioria negligência familiar, e aí dentro da negligência entram outros fatores dos pais, que fazem com que eles sejam negligentes. O uso de drogas... tu é negligente, tu não cuida, tu não ampara...” (P3)</p> <p>“Em sua grande maioria acaba ficando a negligência. Geralmente são pais dependentes químicos, que negligenciaram o pré-natal, a gravidez...” (P8)</p> <p>“Também crianças e adolescentes que passaram por situações de risco por uso de drogas dos responsáveis familiares, violência física, abandono. Às vezes até situações de trabalho infantil, crianças usadas para mendicância. Violência física, violência sexual também, são estas as situações que, em geral, a gente tem.” (P11)</p> <p>“É bem comum virem bebês, filhos de usuários de drogas que negligenciaram na gestação mesmo, as mães não fizeram pré-natal, pra fazerem uso de drogas durante a gestação, então isso é de praxe nós recebermos crianças já com problemas de saúde, sífilis. Decorrente de uma gestação onde foi abusado o uso de substâncias.” (P11)</p>	<p>Dependência química</p>

<p>“Tem uma série de... isso começa pelo conselho tutelar, são crianças em situação de abandono, abuso, vulnerabilidade social e por aí vai”. (P1)</p> <p>“Pra mim como assistente social o mais grave são as crianças que retornam, não aquelas que retornam por negligência ou outras coisas, mas sim aquelas que voltam por devolução por uma adoção mal sucedida. A falta de preparação, a falta do olhar do Judiciário para estas adoções que acabam resultando... né... e a falta do acompanhamento. E uma avaliação mais minuciosa, porque hoje em dia o que a gente identifica, as pessoas querem suprir uma necessidade interior, elas não querem um filho. E isso não é bem-avaliado na hora da escolha do casal, e tem resultado num grande número de devoluções de crianças, e isso é o caso mais complexo pra nós”. (P2)</p>	<p>Abandono/abuso/ falta de afeto</p>
<p>Temos muitos casos de genitores com problemas mentais também. Então soma doença mental com uso de drogas e isso potencializa a negligência, a violência e tudo mais. Então, na verdade, são famílias que só vêm reproduzindo esse comportamento de geração em geração” (P2)</p> <p>“[...]Tem uma questão importante da família de comprometimento, tem até uma possibilidade de retardo mental por parte desses pais. É uma negligência sem ser negligente, pois eles não têm noção do quanto eles são negligentes. É uma família que está em acompanhamento pela rede há bastante tempo. E eles (jovens) estão acolhidos há quase dois meses aqui. Acho que esse é o caso que chama mais a atenção pela limitação; tem os outros irmãos por parte só de pai deles.” (P10)</p> <p>“[...] Então algumas situações assim que uma grave assim que a gente tem um grupo de cinco irmãos acolhidos, e os pais têm uma deficiência mental, tem déficit cognitivo, né. Então é uma negligência não intencional por parte deles que fizeram com que as crianças parassem conosco aqui.” (P13)</p>	<p>Doença mental</p>
<p>“A maioria das famílias são de baixa renda, são famílias que estão na grande maioria na pior da miserabilidade, estão envolvidos com tráfico, prostituição.” (P2)</p> <p>“É são famílias com uma estrutura bem disfuncional, com uma organização muitas vezes caótica. As crianças vivendo muitas vezes num ambiente sem rotina, onde elas não têm exigências, muitas vezes não têm limites, acaba se gerando transtornos psíquicos, em decorrência dessa falta de cuidados dos pais.” (P11)</p> <p>Às vezes até pela questão da desnutrição, ou uma alimentação que não é muito saudável, ainda existe essa questão da fome, tem situações bem graves que acontecem nesse meio. Famílias também com uma situação ali de ego-sintonia, elas não identificam que estão sendo negligentes; discordam, até quando as crianças são acolhidas elas não entendem o motivo, negam também.” (P11)</p>	<p>Vulnerabilidade Social</p>

<p>“Sobretudo a questão do rompimento dos vínculos familiares, sempre quando há uma medida de acolhimento, porque houve um rompimento ou um agravamento muito sério dos vínculos familiares. Via de regra, é por maus-tratos, seja os maus-tratos na questão da violência física ou sexual, ou em nível de negligência às vezes até por falecimento ou do pai ou da mãe, ou prisão do pai ou da mãe, ou da pessoa que era a responsável e acabam ficando sem ninguém que os acolha, mas, via de regra, é esta questão da violência e da negligência o forte que determina o acolhimento.” (P4)</p> <p>“Os pais né, ou os responsáveis. Na verdade, o motivo do acolhimento normalmente é negligência, maus-tratos, abandono e, dentro disso, a falta de cuidados, falta de estrutura, abandono, enfim. Abuso, alguns físico, sexual, são vários motivos, e a dificuldade dos pais aí sim é na maioria a dependência química ou problemas mentais”. (P5)</p> <p>“Geralmente são crianças/adolescentes de 0 a 18 anos, que são encaminhados por determinação judicial. Por estarem expostos a diversas situações de risco, situações de vulnerabilidade seja por violência, negligência ou maus-tratos.” (P6)</p> <p>“Aí tem a questão da negligência, maus-tratos”. (P7)</p> <p>“O perfil geral é negligência ou abandono, violência e maus-tratos”. (P12)</p>	<p>Violência (Física/Sexual) Maus tratos</p>
<p>“E acompanhamento do Conselho Tutelar né? A gente tem recebido bastante... o Conselho Tutelar acompanha a família, e bom, chega em um momento que não tem mais como manter, em função de toda essa negligência do básico como a gente diz.” (P9)</p> <p>“Um público bem grande de crianças que sofreram negligências graves, desde os cuidados básicos de saúde e cuidados educativos.” (P11)</p> <p>“Sim ele teve uma vivência bem difícil, assim uma mãe extremamente negligente, pouco se responsabilizava pelos cuidados, então ele ficava muito nas ruas com os traficantes, convivia com traficantes virava madrugadas com eles.” (P11)</p>	<p>Ausência de cuidados básicos</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com as falas analisadas, no que diz respeito à interpretação de significado atribuído ao termo *negligência*, identificada como **ausência de cuidados**, destaca-se que foi uma das categorias de significados bastante recorrente nas falas dos profissionais. Assim, relata-se que tal significado está de acordo com as definições apresentadas pela pesquisadora Minayo (2002), que, em seu trabalho sobre o significado social para a saúde da violência contra crianças e adolescentes, define negligência como sendo

[...] uma omissão em relação às obrigações da família e da sociedade de proverem as necessidades físicas e emocionais de uma criança. Expressam-se na falta de alimentos, de vestimenta, de cuidados escolares e com a saúde, quando as falhas não são o resultado de circunstâncias fora do controle e alcance dos responsáveis pelos adolescentes e crianças. Trata-se de um tipo de ação difícil de ser qualificada quando as famílias estão em situação de miséria (MINAYO, 2002, p. 106).

Em conformidade com Minayo (2002), Formosinho (2002) classifica a negligência infantil em duas categorias: (I) negligência física, sendo definida enquanto privação ou não provisão de recursos necessários e socialmente disponíveis à criança, traduzida por atitudes de rejeição por parte de adultos próximos desta, as quais criam o risco de danos permanentes no seu desenvolvimento; (II) negligência psicológica, e a define enquanto falta de resposta persistente por parte dos pais ou responsáveis pela criança aos sinais emitidos por esta (choro, sorriso), bem como suas expressões emocionais e comportamento de busca de proximidade e interação, sendo notória uma ausência de iniciativa do contato do adulto com a criança. Os participantes têm claras estas duas categorias, embora prevaleça a identificação da negligência física.

Sendo assim, relacionando a negligência com a ausência de cuidados das crianças/adolescentes, enfatiza-se que a caracterizada ausência de condições econômicas dessas famílias, muitas vezes, prejudica uma avaliação mais exata entre prática negligente e incapacidade de suprir cuidados. Esse aspecto é fundamental ao preenchimento de documentos que servem de orientação para a tomada de decisões quanto às necessidades das crianças/adolescentes e de sua família. Isso ocorre, por exemplo, quando os pais têm problemas mentais ou vivem em situação de vulnerabilidade, que os impedem de suprir necessidades básicas como alimentação.

Com relação ao uso do termo *negligência* pelos profissionais, “associada à **situação de vulnerabilidade social** (uma das categorias de significado que mais apareceu nas falas), salienta-se que a negligência não se faz presente somente nas famílias, em situação de vulnerabilidade social, porém ela é mais denunciada e mais evidente neste contexto, sendo relacionada com as condições objetivas de sobrevivência, além das questões da subjetividade. Neste sentido, e em divergência com os profissionais entrevistados, Freitas *et al.* (2010) apontam para a necessidade de reflexão sobre a negligência a que as famílias, geralmente pobres e excluídas de um padrão mínimo de proteção social, que lhes garanta qualidade de vida, são expostas em seu dia a dia. As autoras destacam ainda que classificar a negligência demanda um esforço e sensibilidade para identificá-la nos contextos em que se apresenta. Advertem para a necessidade de retirar os fatos e os sujeitos da imediatividade da situação em que se encontram, visto que, em muitos casos, a presença da

negligência demonstra a situação de vulnerabilidade social da população daquele território.

Seguindo essa lógica, conforme o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), o papel dos diversos atores de defesa do sistema de garantias dos direitos da criança e do adolescente é garantir seus direitos e não punir com atitudes arbitrárias pela condição de pobreza de suas famílias.

O conselho tutelar, o técnico, a autoridade judicial, ou qualquer outro ator institucional ou social, na sua missão de velar pelos direitos da criança e do adolescente ao se deparar com uma possível situação de negligência, ou mesmo de abandono, deve sempre levar em conta a condição socioeconômica e o contexto de vida das famílias, bem como, a sua inclusão em programas sociais e políticas públicas, a fim de avaliar se a negligência resulta de circunstâncias que fogem ao seu controle e /ou que exigem intervenção no sentido de fortalecer os vínculos familiares (BRASIL, 2006, p. 37).

Neste contexto, é possível notar que o discurso da pobreza se apresenta pela “enraizada” marca da “desestruturação”, em que a família pobre ganha um novo *status*: “Família negligente”, uma vez que o discurso claro de pobreza não é mais permitido legalmente, percebe-se nas falas desses profissionais a culpa das famílias.

Fernandes e Oliveira (2007, *apud* CORREIA, 2015) contribuem com outro ponto de vista relevante para a definição, no qual evidenciam a expressão “dispondo de condições para tal”, como uma maneira de ressaltar que, quando a negligência ocorre devido à falta de recursos materiais, ela deve ser contextualizada, de modo a não ser atribuída somente aos familiares, pois o Estado tem o dever de fornecer suporte às famílias que dele necessitem. Portanto, segundo as autoras, a negligência acontece quando os pais ou responsáveis deixam de prover (dispondo de condições para tal) os meios, recursos e cuidados necessários ao pleno e sadio desenvolvimento físico e mental de criança ou adolescente sob sua guarda e/ou responsabilidade (FERNANDES; OLIVEIRA, 2007, *apud* CORREIA, 2015). Cabe destacar que o papel do Estado não apareceu nas falas, associado ao conceito de negligência.

No concernente à negligência associada à **dependência química**, em respaldo aos profissionais entrevistados, Azevedo e Guerra (2000) declaram que a literatura registra, entre famílias consideradas negligentes, um consumo elevado de drogas ilícitas e de álcool e uma presença significativa de desordens

severas de personalidade. Sendo assim, com base nos estudos realizados, declara-se que a negligência, assim como outras formas de violência intrafamiliar, podem ser experiências comuns vivenciadas por crianças que residem com famílias usuárias de álcool e outras drogas. Deste modo, em conformidade com Pillon (2004, *apud* CORREIA, 2015), refere-se que o ambiente familiar é visto como parte importante na determinação do consumo de álcool e outras drogas, estando estes, consistentemente associados com a negligência contra crianças e adolescentes.

Diante disso, Bazon *et al.* afirmam que,

em um estudo com cuidadores notificados por negligência, no plano sociodemográfico, quando comparados a famílias não negligentes, as negligentes apresentariam um número maior de gestações, sendo estas, muitas vezes, resultado de concepções não planejadas, e se caracterizariam por ter maior dificuldade econômica, vivendo em condições mais adversas, geralmente com a ajuda de benefícios sociais. Em termos psicológicos, os cuidadores apresentariam uma autoestima menos elevada e uma maior impulsividade, sendo diagnosticados mais frequentemente pelo uso abusivo de álcool e outras drogas e, em termos psicossociais, viveriam mais intensamente uma falta de apoio social e se ressentiriam mais de estresse associado à vida cotidiana, incluindo aí o decorrente do cuidado da criança (2010, p. 73).

Neste sentido, refere-se que as questões psicossociais, culturais, políticas, estruturais, e, principalmente, econômicas aparecem constantemente nos relatos dos profissionais entrevistados, em associação ao termo *negligência*. Enfatiza-se que, segundo os mesmos, a presença do álcool e de outras drogas é constante no cotidiano das famílias de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional em Caxias do Sul, fator (de acordo com alguns relatos) que impulsiona a questão da negligência. Dessa forma, com base nos estudos realizados, e em concordância até certo ponto com os profissionais, destaca-se que o abuso de substâncias psicoativas pelos pais tem sido um grande fator estressor para o desenvolvimento infantil. Nessa conjuntura, entende-se que o uso abusivo de álcool e de outras drogas cria uma situação de vulnerabilidade, em virtude de que os familiares ficam impossibilitados de cuidar das crianças/adolescentes. E estes, conseqüentemente, vivenciam mais severamente a ausência de amparo familiar e social. Nestas situações, a negligência pode ocorrer por falta de alimentação, de encaminhamento para a escola, de cuidado e afeto.

Dito isto, refere-se que a concordância se dá até certo ponto com os profissionais, devido ao fato de que se entende que os discursos restritos ao uso de droga e álcool na família, sem a devida interpretação do contexto total da realidade, podem limitar as probabilidades de desvendar os múltiplos fatores causadores da negligência, como a falta de cuidado com os filhos; as precárias condições socioeconômicas, de moradia; o desemprego, o sofrimento psíquico, em que muitas famílias vivem, dentre outros. Desse modo, de acordo com Fávero (2008), atenta-se para o fato de que “a dependência de álcool e de outras drogas, muitas vezes, é uma estratégia, ainda que defensiva, para enfrentar a problemática vivenciada”.

Considera-se ainda, em relação à negligência, que a dependência química pode comprometer as condições físicas e, principalmente, mentais dos pais, o que pode ocasionar atitudes negligentes com relação aos filhos, como, por exemplo, ao invés de destinar os recursos financeiros para comprar alimentos, destinar para o consumo de bebida alcoólica. Ressalta-se que a dependência de substâncias psicoativas não deve ser considerada um problema moral dos indivíduos, mas uma doença que pode ser fatal e necessita ser tratada.

No tocante à **doença mental** associada à negligência, Maftum, Mazza e Silva (2013) ponderam que estudos mostram que famílias com abuso de substâncias pelos pais apresentam maiores taxas de doenças mentais, desemprego, violência doméstica, delinquência, e de maior dependência dos serviços sociais, conseqüentemente acarretando sofrimento, perturbação e prejuízos para o desenvolvimento das crianças.

A precariedade da condição socioeconômica a que essa população está submetida e as lutas árduas e cotidianas pela sobrevivência podem desencadear ou agravar os problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados à esfera mental (FÁVERO, 2008, p. 54). Nesse sentido Bowlby (1976, p. 83, *apud* CORREIA; OLIVEIRA, 2015) refere que “[...] a negligência física é causada, com maior frequência, por fatores econômicos, enfermidade da mãe e ignorância; a negligência emocional é resultante da instabilidade emocional e da doença mental dos pais.

Nessa perspectiva, para Fiorati, Pinto e Souza (2019), a saúde mental é determinada por fatores sociais, psicológicos e biológicos. Sendo assim, o sofrimento psíquico atinge maior amplitude, devido ao fato de as condições socioeconômicas terem grande impacto na qualidade de vida de famílias em

situação de vulnerabilidade social. As autoras atentam ainda para o fato de as condições de trabalho estressantes, bruscas mudanças sociais, exclusão social, violência, discriminação de gênero e violação dos direitos humanos acarretarem prejuízos na saúde mental. Em consequência disso, as famílias têm encontrado dificuldades para cumprir seus deveres no cuidado com suas crianças e adolescentes.

No que diz respeito à negligência associada a **maus-tratos/abandono**, em conformidade com Faleiros (2006), alega-se que, sendo a negligência uma das principais formas de violência contra a criança/adolescente, esta forma de maus-tratos pode ser definida como um tipo de relação entre adultos e crianças/adolescentes baseada em omissão, rejeição, descaso, indiferença, descompromisso, desinteresse e na negação da existência (FALEIROS, 2006).

Para Santos *et al.* (2010), crianças que sofreram abandono podem carregar marcas que tornarão mais dolorosas a vivência da perda, o que reforça a necessidade de atenção a isso. Essas marcas se expressam na dificuldade de criação de vínculos, que pode estar relacionada à perda de confiança nas pessoas, mesmo que temporária, pois o medo de ser ferida e abandonada novamente sempre reaparece.

Neste cenário, a literatura aponta para a amplitude e magnitude dos maus-tratos praticados contra crianças/adolescentes e enfatiza a importância de conhecer a natureza e a realidade acerca destes, com vistas a formar um diagnóstico que auxilie na elaboração e implantação de estratégias de prevenção e intervenção.

Segundo, Azevedo e Guerra, a negligência familiar representa

uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos etc. e quando tal falha não é o resultado de condições de vida além do seu controle. A negligência pode se apresentar como moderada ou severa. Nas residências em que os pais negligenciam severamente os filhos observa-se, de modo geral, que os alimentos nunca são providenciados, não há rotinas na habitação e, para as crianças, não há roupas limpas, o ambiente físico é muito sujo, com lixo espalhado por todos os lados. As crianças são, muitas vezes, deixadas sozinhas por diversos dias, chegando a falecer em consequência de acidentes domésticos, de inanição (AZEVEDO; GUERRA, 2000, p. 36).

Neste sentido, em conformidade com a literatura, salienta-se que a conceituação de negligência familiar apresenta várias interpretações, sendo associada a maus-tratos, omissão de cuidados e abandono.

Assim a família é cada vez mais colocada na Berlinda. Ora como culpada, ora como vítima, ora como violenta, ora como protetora, a família vai se transformando cada vez mais em objeto de intervenção de um número cada vez maior de profissionais das mais diferentes áreas. Esses profissionais, chamados a apresentar soluções para as situações de violência, nem sempre se dão conta que suas ações colocam em movimento determinadas formas de análises sobre a relação família e violência construídas a partir de diferentes concepções de sociedade e de família (MIOTO, 2003, p. 97).

Assim sendo, é importante reafirmar a relevância de considerar as determinações gerais que incidem sobre o cotidiano das famílias, de forma que possibilite ultrapassar a aparência das situações, dos aspectos singulares. Sobre isso, Álvares (2012, p.121) acrescenta

[...] a necessidade de serem realizadas análises mais ampliadas sobre quais os determinantes incidem sobre o complexo estudado, a fim de se perceberem os elementos que influenciam e incidem nessas matérias (conflito familiar, omissão, negligência ou falta de assistência de determinados sujeitos para com os seus familiares, entre outros), trazendo novos olhares que contribuirão para a compreensão de tais fenômenos, permitindo uma transposição da ótica dual do agente agressor e do sujeito vítima, dando visibilidade a possíveis necessidades desses sujeitos e apontando sugestões que possam ser apresentadas como alternativas para solucioná-las (ALVARES, 2012, p. 121).

Nesse universo, atenta-se que, nos relatos dos profissionais entrevistados, não raras vezes, a negligência aparece associada à miséria, pobreza, falta de perspectiva de vida de seus familiares, ou seja, vulnerabilidade social. Em vista disso, aparece também a responsabilidade do Estado como parte dessa situação. Destaca-se novamente que a intenção não é caracterizar a negligência como forma de violência exclusiva das famílias pertencentes à classe menos favorecida da população. Conforme já apontado, o que ocorre é que, devido à grande desigualdade social que expõe à miséria a maioria da população, a visualização da ocorrência desse fenômeno é muito maior dentro dessa camada populacional do que naquela composta pela minoria privilegiada economicamente.

Diante disso, ressalta-se o papel do Estado com relação ao sistema de Proteção Social, tendo em vista que o mesmo tem o dever de prover as neces-

sidades básicas das famílias. No entanto, algo fundamental neste processo é a desmitificação da lógica de que a família, quando não consegue suprir as necessidades de seus membros, é “desestruturada”, incapaz, negligente. Nessa perspectiva, de acordo com Batista e Volic (2005), as famílias só são suscetíveis de ser responsabilizadas por negligência, quando detiverem as condições para prover as necessidades básicas fundamentais de suas crianças e adolescentes e, opcionalmente, se recusarem.

Neste sentido, discorre-se que, quando a família passa a ser uma ameaça aos direitos básicos da criança/adolescente, deve desfrutar de uma rede de atendimento dedicada a intervir no sentido de atender às suas demandas. No entanto, quando as políticas públicas falham, percebe-se a dificuldade em cessar com a violência e a negligência familiar. Assim, a proteção e o cuidado não podem ser vistos como um atributo natural de todo e qualquer grupo familiar, desde que a sociedade garanta o mínimo necessário para suprir necessidades básicas dos seus membros.

Posto isto, pactuando com Mata (2016), alguns autores defendem que a negligência se insere na lógica da biopolítica e sociedade de controle, elementos fundamentados nos ensaios de Foucault. De maneira que, incontáveis interpretações do conceito revelam a falta de apoio e recurso do Estado, bem como sua intervenção junto às famílias, como formas de controle social. Portanto, pode-se dizer que as medidas de prevenção passam a regular um padrão de comportamento que, se contrariado, conseqüentemente conduz à punição. Possivelmente, por esta razão, as famílias que não cumprem os cuidados estabelecidos como ideais aos seus filhos são responsabilizadas (ou culpabilizadas) perante a legislação de proteção à infância.

Outro fator identificado remete-se ao fato de que alguns profissionais entrevistados baseiam sua compreensão acerca do que é negligência (e, com isso, sua atuação profissional), tendo como suporte sua história pessoal de cuidados. Nesse sentido, conforme Berberian (2015, p. 62), o conceito de negligência por si já tem, em seu conteúdo, um teor valorativo negativo, que, ao ser utilizado largamente, sem a perspectiva crítica, indica de alguma maneira um juízo de valor preconcebido, que tende a discriminar o sujeito.

Constatou-se ainda que alguns profissionais expressaram uma prática influenciada por valores ainda conservadores, para a identificação da negligência, principalmente, no que concerne à relação com as famílias das

crianças e dos adolescentes em acolhimento institucional. Neste sentido, direcionam para o predomínio da ótica, que remete aos pais a culpa pelas situações de negligência, principalmente quando se fala em omissão de cuidados, intencionalidade e de uma possível ação inconsciente.

Assim, neste enquadramento, através dos estudos realizados, observou-se a natureza histórica e política que perpassa o conceito de negligência. Todavia, essas exigências de melhor cuidado se esbarram com limites estruturais, os quais não fornecem apoio e condições apropriados para todas as famílias. Desta forma, afirmar que a omissão de cuidados em relação à criança seja somente da família é um mito, tendo em vista a complexidade de elementos que interferem nas possibilidades de cuidado no contexto brasileiro. Portanto, respaldada pelas pesquisas que antecederam este artigo, é possível argumentar que a família que manifesta conduta negligente foi, e/ou é, também negligenciada pela sua família de origem e pela sociedade. Assim, a problemática da negligência acomete o próprio contexto familiar e social.

Sendo assim, alega-se que, apesar de a maioria das falas dos profissionais indicar algum embasamento teórico, que contribua com a definição de negligência, tal conceito é utilizado por estes para caracterizar diversas outras situações de violência, inclusive a situação de pobreza, incorporando, de forma mecânica, a negligência no discurso profissional. Dessa forma, destaca-se que a capacidade de cuidado e proteção das famílias depende da qualidade de vida que eles têm no contexto social, nos quais estão inseridos.

Neste sentido, infere-se que, timidamente, identificou-se também nas falas de alguns profissionais entrevistados a relação entre a negligência e a responsabilidade do Estado, no sentido da proteção social. Deste modo, a análise das produções teóricas acerca da temática revela a preocupação dos autores em trazer à tona a problemática da negligência por parte do Estado e a existência de um sistema social, econômico e político que não oferece às famílias condições mínimas de sobrevivência, levando-as a uma situação de carência de recursos materiais e de precariedade de acesso aos serviços básicos. Compreende-se que a atuação do Estado deve ser ordenada, no sentido de concretizar as políticas públicas e adotar as medidas legislativas cabíveis, assegurando o pleno exercício dos direitos das famílias.

Sendo assim, o estudo indicou que a situação de negligência é um grave problema e necessita que pesquisas sejam realizadas, para subsidiar ações de

prevenção, proteção e assistência às famílias, através de políticas públicas. Compreende-se que as informações sobre esta questão, tanto do público em geral como de profissionais envolvidos no cuidado de crianças ou adolescentes que, supostamente, sofreram negligência, ainda são permeadas por falsas crenças, mitos e tabus, e precisam ser um pouco mais estudadas.

Neste contexto, destaca-se que, no decorrer da análise da fala dos profissionais, percebeu-se que o uso do termo *negligência* é expresso mais frequentemente por assistentes sociais. Berberian (2015), refletindo sobre o Serviço Social, entende que quando o assistente social é acionado para avaliar determinada situação, em que há suspeita de negligência, é necessário avaliar o grau de desproteção em que se encontram as crianças e os adolescentes que vivem em determinado contexto. A desproteção em seu sentido objetivo, ou seja, como falta de proteção, pode ser decorrência de uma situação intencional, ou não, dos responsáveis legais. Logo, entende-se que cabe ao Serviço Social conhecer o real no seu movimento: aprender a construir mediações, a partir da correlação de forças operantes na realidade; intervir de modo singular; não se deixar levar pelos valores do senso comum, mas olhar a família em sua totalidade e no contexto das relações sociais. Deste modo, tanto vítima quanto agressor devem ser considerados, em sua maioria, como vítimas de uma estrutura cultural, social e econômica. Todavia, é importante novamente reforçar que apontar as dificuldades enfrentadas pela família não significa que não possam existir situações de negligência da sua parte também.

Considerações finais

A análise acerca do conceito de negligência contra crianças e adolescentes, desenvolvida a partir de literatura científica da temática, mostrou a necessidade de maior compreensão teórica e prática sobre esse conceito. Logo se pode dizer que complexidade é a palavra-chave para descrever o conceito aqui estudado.

Declara-se que foi concordante entre os autores pesquisados que a negligência revela-se como a principal forma de violência, bem como o principal motivo para a institucionalização de crianças e adolescentes, e, portanto, constitui-se como um problema de ordem social grave, mesmo não tendo visibilidade expressa na sociedade, nem políticas públicas específicas para seu enfrentamento.

Considerando a utilização do termo *negligência* pelos profissionais que atuam nas instituições de acolhimento para crianças e adolescentes em Caxias do Sul, ficou clara a embrionária apropriação crítica do uso das suas definições. Dessa forma, destaca-se que esse termo é utilizado de forma ampla, para caracterizar diversas outras situações. Sendo assim, é possível afirmar que o conceito de negligência tem se revelado com intensa apropriação por diversas áreas do conhecimento, sendo utilizado corriqueiramente por diferentes profissões, demonstrando, assim, sua multiplicidade de sentidos e a necessária apropriação de seus significados em cada contexto.

Destarte, percebeu-se, durante os estudos, que as tensões do conceito de negligência na infância e na adolescência se dão tanto em função das características subjetivas contidas no próprio conceito, no que diz respeito aos modelos de cuidados, omissões, intencionalidades, concepções de família quanto em relação aos aspectos que se encontram em sua interface, tais como: a violência e questões estruturais, econômicas, sociais, políticas, jurídicas, familiares, morais, culturais, também de saúde e proteção à infância.

Destaca-se que a maior parte dos profissionais entrevistados, que referiram diversas vezes o termo *negligência*, atenta-se para a necessidade de esclarecer essa diversidade de conceitos e interpretações referentes a esta temática e trazer para o universo do Serviço Social, com vistas a contribuir de fato com a política de proteção integral instituída pelo ECA, e não reproduzir ainda mais a exclusão, bem como as preservações culturais de punição e culpa das famílias que são rotuladas como negligentes.

Nesse cenário, destaca-se que o serviço social é uma das áreas que mais aprecia fenômenos relacionados à garantia de direitos de crianças e adolescentes, em contrapartida, identificou-se que, nesse campo, há pouca produção científica em relação à negligência. Sendo assim, a tendência observada em relação à imprecisa correspondência atual entre as situações de pobreza vividas pelas famílias e a caracterização da negligência, assim como a admissão acrítica e imediata desse conceito, por grande parcela dos profissionais, sejam alguns dos indicadores que contribuem para a compreensão de uma forma precipitada de utilização do conceito dessa temática, na prática profissional. O discurso da negligência muitas vezes mascara a pobreza e culpa a família na mesma medida em que desresponsabiliza o Estado pela garantia dos direitos sociais da população.

Nesta conjuntura, os olhares dos assistentes sociais nas produções científicas analisadas também focavam no contexto social e estrutural, muitas das vezes abordavam sobre os recursos disponíveis à família e à necessidade de ajuda por parte do Estado. Desta forma, sugeriam o entendimento de que a escassez ou precariedade de recursos da família interfere em suas condutas e na capacidade de atender às demandas de cuidados das crianças. A maioria das famílias, vistas como negligentes, não recebe apoio social, familiar ou estatal, sendo assim, insinuam que há uma tendência equivocada de qualificação desses casos como negligência. Além disso, autores mencionam e, também, ficou clara, nas falas dos profissionais entrevistados, uma interpretação dessas situações baseada em vivências pessoais do intérprete (profissional).

Diante do exposto, considera-se relevante a inclusão do tema da negligência nas pesquisas acadêmicas, pois, embora tenha havido um avanço nesse campo, pode-se considerar que, entre o preceito legal do ECA e a prática desses profissionais, há ainda uma distância a ser vencida, pois é evidente a diversidade de entendimento de que o conceito suscita, não proporcionando uma definição única para orientar a todos os que trabalham dentro desta temática. Disso decorrem, muitas vezes, decisões equivocadas e desfechos que poderiam ser evitados.

Dessa forma, tendo em vista as limitações deste estudo, percebe-se a necessidade de dar continuidade nas pesquisas referentes à “negligência” e às suas complexidades conceituais, uma vez que a complexidade conceitual e de caracterização operacional da negligência contra crianças e adolescentes dificulta o adequado reconhecimento e a valorização desse tipo de violência, notoriamente nocivo ao desenvolvimento infantojuvenil.

Referências

- ÁLVARES, Luciana de Castro. *O estudo social: um processo capaz de viabilizar direitos?* 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2012. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106119/alvares_lc_dr_fran.pdf?sequence=1. Acesso em: 12 jul. 2020.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. Contribuições brasileiras à prevenção da violência contra crianças e adolescentes. *In: INTERNACIONAL VIOLÊNCIA E CRIANÇA*, 2000, Brasil / Israel, USP, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo, 2000.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em (des)construção*. Disponível em:

https://www.inesul.edu.br/professor/arquivos_alunos/doc_1280520336.pdf. Acesso em: 8 jul. 2020.

BATISTA, Myrian V.; VOLIC, Catarina. Aproximações ao conceito de negligência. 2005. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 83 especial, ano XXVI, 2005.

BAZON, Maria R.; MELLO, Ida. L. A.; BÉRGAMO, Lílian P. D.; FALEIROS, Juliana M. Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. *Temas em Psicologia*, v.18, n. 1, p. 71-84. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a07.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BERBERIAN, T. P. *Serviço social e avaliações de negligência contra criança e adolescente: debates no campo da ética profissional*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.013>.

BERBERIAN, T. P. Serviço social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. *Serv. Soc. Soc. [online]*. 2015, n.121, p. 48-65, 2015. ISSN 0101-6628. DOI <https://doi.org/10.1590/0101-6628.013>.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. *Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991*. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. *Presidência da República*.1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm. Acesso em: 26 jul. 2020.

CORREIA, Vera Lucia da Costa. *Negligência, acolhimento institucional e direito a convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes*. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2015. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/27194/27194.PDF>. Acesso em: 17 jul. 2020.

FALEIROS, J. M. *Crianças em situação de negligência: a compreensão do fenômeno e o estabelecimento de parâmetros de avaliação*. 2011. Tese (Doutorado) – Curso de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21102013-164934/pt-br.php>. Acesso em: 10 jul. 2020.

FALEIROS, J. M. *Formação de educadores (as): subsídios para atuar no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes*. Brasília: MEC/Secad; Florianópolis: UFSC/SEaD, 2006.

FÁVERO, Eunice Terezinha. *Rompimentos dos vínculos do pátrio poder: condicionantes socioeconômicos e familiares*. São Paulo: Veras, 2001.

FÁVERO, Eunice T.; VITALE, Maria Amália F.; BAPTISTA, Myrian V. (org.). *Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam*. São Paulo: Paulus, 2008.

FORMOSINHO, Júlia O; BARROS, Sara. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e pesquisa*, São Paulo, ano 2002, v. 28, ed. 2, p. 87-103, 2002. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=298/29828207>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FRANCELIN, Marivalde Moacir. A hipótese do progresso do conceito e a Ciência da Informação. *Transinformação* [on-line], v. 27, n. 2, p.123-132, 2015. ISSN 0103-3786. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-37862015000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tinf/v27n2/0103-3786-tinf-27-02-00123.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; BARROS, Nívia Valença; MESQUITA, Adriana; MOURA, Izabel. Famílias negligentes ou negligenciadas? Reflexões sobre proteção social. In: ABDALLA, Janaína de Fátima Silva *et al.* (org.). *Ações socioeducativas: municipalização das medidas em meio aberto do Estado do Rio de Janeiro*. Seeduc-Degase, 2010.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MATA, Natália Teixeira. *Afinal o que é negligência?* Um estudo sobre negligência contra crianças. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19468>. Acesso: em 10 jul. 2020.

MATA, Natália T. ; SILVEIRA, Liane M. B. da; DESLANDES, Suely F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 9, p. 2881-2888. ISSN 1678-4561. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O significado social para saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, Márcia Faria (org.). *Violência e criança*. São Paulo: Edusp, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, R. C. T. ; SILVA, M. J. ; SILVA, S. M. M. M. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. *Revista de Políticas Públicas* [online], Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 197-220, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3821/1950>. Acesso em: 3 ago. 2020.

PASIAN, Mara Silvia *et al.* *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre, n. 1, v. 28, jan./mar. 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528112>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000100106#B01. Acesso em: 3 ago. 2020.

SILVA, Daniel I. da; MAFTUM, Mariluci A.; MAZZA, Verônica de A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. *Texto Contexto - Enferm.* [online], n. 4, v. 23, Florianópolis out./dez. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001700013>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01087.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

SILVA, Sandra Alves da. *A compreensão dos profissionais da saúde na emissão dos pareceres*. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9504?locale=es>. Acesso em: 30 jul. 2020.

SOUZA, Larissa B. de; PINTO, Maria P. P.; FIORATI, Regina C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [online], 2019, v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019. Epub May 09, 2019. ISSN 2526-8910. DOI <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1812>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n2/en_2526-8910-cadbto-2526-8910ctoAO1812.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

VIVIANE Cristina Silva Vaz. *A negligência familiar sob o olhar das mães e de profissionais da APAE-Franca*. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social (Unesp). Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp132692.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

A escola e o fenômeno da “medicalização” na infância

Eliete Figueredo Leal
Margareth Lucia Paese Capra

Resumo: Este artigo trata do tema da “medicalização”, que se refere ao processo de transformar situações de origem política e social em questões médicas, enfatizando sua incidência na infância e no espaço da escola. Parte-se da inquietação, particularmente no âmbito do ensino, por evidenciar-se que esse fenômeno tem operado como dispositivo para justificar e/ou intervir nas dificuldades de aprendizagem e no fracasso escolar de crianças. Desse modo, o objetivo é identificar a conexão dos processos de “medicalização” na infância, com as práticas que operam no contexto escolar, tornando-se exigência *a priori* sistematizar conhecimentos sobre a concepção de “medicalização” para, em seguida, estabelecer as problematizações almejadas. O procedimento metodológico foi pesquisa bibliográfica, mediante a revisão de autores de referência, sendo identificadas e utilizadas as produções que melhor amparam as correlações entre a “medicalização” na infância e a escola. Conclui-se que a “medicalização” está presente em nossa sociedade, permeando as relações sociais, reproduzindo-se também nos espaços escolares, sujeitando crianças a adquirirem rótulos que, dificilmente, deixarão para trás. A escola tem o papel de contribuir para o pleno desenvolvimento das pessoas, precisando, para tanto, romper com a lógica de moldar sujeitos, de acordo com o ideário da sociedade capitalista e preparar crianças escolares para melhor conhecer, ser, saber fazer e conviver, valorizando a diversidade e respeitando as singularidades e possibilidades de cada um.

Palavras-chave: Criança. Escola. “Medicalização”. Dificuldades na aprendizagem.

Introdução

O estudo em tela decorreu da inquietação da autora, por identificar, no sistema de ensino, no qual atua cotidianamente, que os modos de ser e de se expressar das crianças que fogem dos padrões ditos normais têm sido por vezes alvo de interpretações equivocadas, atribuídos aligeiramente às condições de saúde fisiológica ou mental do estudante, sem levar em conta outros fatores que possam estar envolvidos, incentivando, com isso, a “medicalização”.

Como alertam Christofari, Freitas e Baptista (2015, p. 1080), “[...] a diversidade humana tem sido diariamente produzida por um amplo processo de medicalização, atribuindo aos indivíduos uma série de rótulos e classificações, os inserindo em uma rede de explicações patológicas”. Essa realidade também atinge crianças e escolares.

Na Educação, como destacam Signor, Berberian e Santana (2017), a “medicalização” tem atuado como mecanismo, para tratar o fracasso escolar daquelas crianças que apresentam dificuldades de apropriação de conteúdos, ocultando muitas vezes os condicionantes sociais, culturais, políticos, educacionais, afetivos e ideológicos envolvidos, como frequentemente observa-se nos casos tidos como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Nesse contexto, sabe-se que o uso de medicamentos frequentemente tende a ser a primeira alternativa para intervir nos problemas que comparecem à escola e culminam em dificuldades de aprendizagem. Tais problemas envolvem múltiplas determinações, nem sempre passíveis de tratamentos médico e farmacológico, os quais, incentivados por olhares reducionistas e ancorados na lógica da “medicalização”, poderão causar danos irreversíveis na vida das crianças.

Para tratar da temática da “medicalização” na infância e na escola, neste estudo foram eleitas duas questões norteadoras: a) No que consiste a “medicalização” e como ela tem incidido na infância e no espaço escolar? b) É possível pensar a escola como um espaço disruptivo dos processos de “medicalização”?

Tem-se, portanto, como objetivos: ampliar a compreensão quanto ao fenômeno da “medicalização” na infância, e sobre como opera na vida escolar. Além disso, construir problematizações que levem a pensar a escola numa perspectiva que não reproduza a “medicalização”.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, realizada a partir da seleção de publicações de autores considerados de referência na área temática, sendo que, inicialmente, no primeiro tópico, são apresentadas breves noções conceituais; no tópico seguinte, algumas considerações e problematizações acerca da “medicalização” que opera no espaço escolar.

Entende-se que a discussão sobre o assunto é atual e relevante, pois remete a reflexões importantes sobre as práticas de “medicalização” que se reproduzem na escola, e seus efeitos, na vida das crianças.

1 “Medicalização” na infância: de que se trata?

Neste item, são trazidas algumas vertentes conceituais para melhor compreender o fenômeno da “medicalização” e, por conseguinte, seus

reflexos na infância. O termo “medicalização” surge a partir de um processo histórico-social, à medida que os problemas de ordem cotidiana da sociedade e que apresentam um elevado grau de complexidade para sua solução são entendidos e tratados como uma questão de ordem médica.

Carvalho *et al.* (2015, p. 1252), com base em Zola (1972), informa que o conceito de “medicalização” se origina de estudos de investigadores da década de 70, do século XX, que tinham como orientação inicial as correntes marxistas e liberais humanistas, fazendo referência a Freidson (1970), Szasz (1970), Zola (1972), Illich (1975) e, posteriormente, a investigadores como Conrad (1975, 1992, 2005), Rose (1994, 2007a) e Clarke *et al.* (2003). Destaca que, no Brasil, esse debate alavancou-se, particularmente, na Saúde Coletiva, a partir de aula proferida por Michel Foucault em 1975 (*apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012), na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Sem pretensão de esgotar a complexidade que envolve a temática da “medicalização”, trazem-se algumas perspectivas conceituais para, com isso, embasar a discussão pretendida, abordando seus reflexos na infância. Conforme os autores citados, tradicionalmente, a “medicalização” teve o sentido de minimizar os problemas sociopolíticos, além de servir como recurso para moldar comportamentos considerados inadequados.

Inicialmente, com Ivan Illich (1975), que esse fenômeno, denominado “medicalização da vida”, teve início ainda no século XIX, quando a medicina passou a se apresentar como a principal detentora de saberes e soluções, para intervir amplamente na vida social das pessoas. Numa dimensão social e política, esse autor considera que a “medicalização” da vida foi impulsionada pela industrialização, que progressivamente determinou a profissionalização e a burocratização da instituição médica. No livro *Nêmesis da medicina*, faz forte crítica à medicina moderna, reportando-se à intensa interveniência desta nos processos do viver, denunciando que o poder médico estaria gerando, paradoxalmente aos propósitos da medicina (de proteger a saúde), a produção de doenças, o que seria, para o autor, uma forma de expropriação da saúde. Illich utiliza a noção de “iatrogênese” - *iatros* (médico) e *genesis* (origem) - para falar da nova epidemia de doenças provocadas pela medicina (ILLICH, 1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 26).

Gaudenzi e Ortega (2012) explicam que Illich (1975) aborda a iatrogênese em três níveis que, em conjunto, podem comprometer a capacidade autônoma

dos homens. O primeiro nível é a *iatrogênese clínica*, que diz respeito às doenças decorrentes dos próprios cuidados médicos, a exemplo de efeitos secundários dos medicamentos e de intervenções cirúrgicas desnecessárias. O segundo, enfatizado neste artigo, é o da *iatrogênese social* ou *medicalização social*, que consiste em efeitos sociais danosos, por produzir uma crescente dependência da população em relação às prescrições da medicina – o sentido de saúde como responsabilidade de cada indivíduo dá lugar à ideia de “papel do doente” (PARSONS, 1951 *apud* FERRARA, 2014): aquele de sujeito passivo e dependente da autoridade médica. O terceiro nível refere-se à *iatrogênese estrutural* ou *cultural*, que ocorre quando a medicina moderna retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal, e transforma a dor em problema técnico, minimizando o potencial cultural e a capacidade das pessoas de lidarem de forma autônoma com a enfermidade, com a dor e com a morte, tornando-as assujeitadas a instruções higienistas que ditam formas corretas de comer, dormir, amar, divertir-se, sofrer e morrer.

De outra parte, Foucault (1979), em sua obra *Microfísica do poder*, traz importante contribuição ao tratar do nascimento da medicina social: formula a noção de *biopoder*, em que discorre sobre uma mecânica de poder que, a partir dos séculos XVII e XVIII, se direciona para a gestão e maximização da vida. Seus estudos problematizam que a forma central do exercício do poder é a disciplina; nesse sentido, leva a pensar sobre os temas da “medicalização” e da normalização da sociedade moderna.

Foucault (2010) propõe que se busque entender a medicalização numa dimensão diferenciada daquela de Illich, desafiando a compreendê-la no contexto de “decolagem” sanitária e médica das sociedades de tipo europeu, a partir do século XVIII.

Foucault acolhe a expressão medicalização da vida, mas procura colocar em evidência o processo de funcionamento das instituições do saber e do poder médicos como um conjunto de procedimentos que inventam uma sociedade da norma. Foucault amplia o uso do conceito medicalização, pois fala da apropriação, pela sociedade, dos saberes médicos reconhecidos como discurso com efeitos de verdade nas mais diferentes esferas sociais, disciplinando e governando a vida de todos e de cada um. A essa tecnologia de poder Foucault chamou de biopoder (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1.079).

Na linha de pensamento de Foucault, a “medicalização” é um processo de produção de lugares, um dispositivo funcionando em forma de rede

disposta em um conjunto rizomático “heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”, de forma que “o dito e o não dito são os elementos do dispositivo”. O dispositivo “é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 2011 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 244).

É consenso entre Illich e Foucault o objetivo dessa medicalização desmedida que perpassa as relações sociais: o de moldar sujeitos segundo os ditames da sociedade capitalista. Foucault (2010, p. 181) faz crítica à lógica de dominação social, por meio dos saberes médicos, argumentando que “o que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade”. Nesse sentido, propõe refletir sobre o processo de medicalização como instituição de normas que regulam intensamente condutas e a própria vida cotidiana. Nas suas palavras, “[...] o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado” (FOUCAULT, 2010, p. 184).

Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida, a partir do qual os saberes médicos passam a permear todas as esferas sociais e constituem-se como relações de poder. Estas práticas conduzem, movimentam, se espalham, funcionam como uma maquinaria social que não está situada em um lugar e se dissemina por toda a estrutura social. Os saberes médicos foram historicamente produzindo discursos, resistências, formas de saber e de poder. O dispositivo de medicalização se engendra das mais variadas maneiras no contexto no qual estamos inseridos (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1.086).

Além dos autores citados, diversos outros têm se debruçado sobre esse tema, levantando a discussão sobre os riscos de medicalizar a vida como forma de resolver problemas que são de ordem social, a exemplo de Silva, Schafer e Bonfíglio (2013, p. 71) ao sintetizarem que a “medicalização” nada mais é do que a “apropriação dos meios de vida do homem pela medicina e da sua intervenção política no meio social que extrapola o seu campo tradicional de ação direta sobre as moléstias”.

Trata-se, portanto, de um fenômeno que tende a transformar maneiras de existência em doenças, lembrando sempre que o termo “medicalização” não está somente associado ao uso de medicamentos, mas se faz presente na iatrogenia da vida do homem (ILLICH, 1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012),

produzindo intervenções em relação às maneiras de vida dos sujeitos, retirando a autonomia e a capacidade de pensar e de produzir seus próprios cuidados, incentivando, com isso, o desfazimento da bagagem cultural que conteria em si potência para desencadear ações autônomas (MARTINS, 2013).

As reflexões que Foucault (2010) traz sobre a “medicalização” da sociedade abordam, principalmente, as práticas de poder que impõem a necessidade de se estabelecer padrões de comportamento e disciplina, o que germina com maior facilidade no espaço privilegiado de certas instituições, dentre elas escolas, hospitais, prisões, etc. Ou seja, essas instituições estabelecem relações de poder e disciplina que vão moldando os modos de ser e agir dos sujeitos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012 *apud* FERREIRA, 2015, p. 589).

Outra contribuição conceitual importante parte de Conrad (1992 *apud* HENRIQUES, 2012, p. 799), salientada por Henriques, cujas formulações também destacam que “a medicalização opera fazendo problemas sociais (frequentemente associados ao corpo e que colocam dilemas morais) passarem da competência jurídica àquela da medicina, novo *locus* privilegiado de controle social”. Nessa perspectiva, “as condutas desviantes são, cada vez mais, rotuladas e tratadas pela medicina, cujo mandato social autoriza e legitima a redefinição médica desses problemas sociais” (HENRIQUES, 2012, p. 799). Nas produções de Conrad (1992 *apud* HENRIQUES, 2012, p. 799), são discutidos três níveis distintos de “medicalização”, que correspondem, respectivamente, a três tipos de controle social médico:

1. **Nível conceitual:** trata-se de “ordenar” um problema usando um vocabulário ou modelo médico, não envolvendo necessariamente condutas médicas [...] diretas sobre esse problema [...].
2. **Nível institucional:** instituições podem adotar uma abordagem médica para tratar problemas organizacionais [...].
3. **Nível interacional:** nesse caso, a medicalização é parte da relação médico-paciente - quando um profissional diagnostica um problema qualquer como problema médico e adota uma conduta correspondente.

Esse processo nos leva a refletir que o fenômeno da “medicalização” incide nos modos de conceber e operar das instituições e nas mais diversas intervenções sobre a vida, não ficando a infância imune a esse contexto. Ao contrário, a infância é um dos seus principais alvos, já que, como assinalam Collares e Moysés (1996), é durante o período da infância que acontece a

preparação dos indivíduos, tanto nos aspectos emocionais e biológicos quanto na sua futura capacidade de trabalho e convivência social adequada.

Desse modo, estamos diante de um problema desafiante e multifacetado, que precisa ser enfrentado, pois tende a encobrir aspectos de origem política e social, reduzindo a vida de crianças a olhares e intervenções fundados em modelos médicos, engendrando motivos e soluções para tudo aquilo que não se enquadra nos ideais estabelecidos na sociedade. No nosso entendimento, seria como abafar a vida que pulsa na criança para impregná-la de certas idealizações, roubando-lhe o direito de crescer e se desenvolver livremente.

Convém salientar ainda que, embora os processos de “medicalização” não se reduzam ao ato de medicar, particularmente no caso da infância, sabe-se que esse é um dos principais instrumentos da “medicalização”. Como anunciam Christofari, Freitas e Baptista (2015), talvez seja o tentáculo mais visível e identificável:

[...] cada vez mais assistimos a um processo amplo de medicação para tratar, minimizar, aniquilar sentimentos e ações que fazem parte da vida: tristeza, euforia, preguiça, baixa autoestima, desânimo, falta de criatividade, agitação (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1.086).

Mesmo ao assumirmos a crítica à medicalização, com Guarido (2010 *apud* MEIRA, 2012), atentamos que isso não significa desvalorizar todos os avanços médicos em pesquisas e tratamento dos males físicos e mentais da sociedade. O que se deseja problematizar são as consequências que as abordagens “medicalizantes” e “medicalizadoras” podem trazer às pessoas, principalmente às crianças, a exemplo do uso excessivo de medicamentos.

A intervenção com medicamentos tem sido um aspecto preocupante para a área da saúde, assim como para as demais áreas sociais, considerando que o uso indiscriminado de medicamentos, muitas vezes, é apresentado como forma de oferecer soluções para o “melhor” desenvolvimento dos sujeitos, sendo eles introduzidos, não raro, desde os primeiros anos de vida, sob a justificativa de proteção. Desse modo, o medicamento surge como dispositivo de controle, tendo em vista que nada pode sair do padrão e das normas preestabelecidos (CUNHA; MELO, 2017).

Ferreira traz dados de pesquisa realizada em 2013 sobre o consumo da Ritalina no Brasil:

[...] um crescimento de 75% no consumo de metilfenidato (Ritalina) entre os anos de 2009 e 2011 entre crianças de seis a 16 anos. Em 2011 foram comercializadas 1.212.850 caixas do medicamento, já em 2009, 557.588 caixas. Se se considerar a comparação entre 2001 e 2011, esse crescimento passa de 1.600% (Correia Filho & Oliveira, 2011). Esses dados colocam o Brasil como segundo maior consumidor de medicamento no mundo, ficando atrás somente dos EUA (2015, p. 595).

Estudos de Moysés e Collares (2010) problematizam que a medicação mais usada por crianças e adolescentes, a Ritalina, atua com o mesmo mecanismo de ação que o da cocaína; segundo Toassah (2012, p. 431), consistiria em “[...] um dos riscos potenciais, a longo prazo [de] adição à cocaína, como modo de substituição da droga legal ingerida durante a infância/adolescência”.

Nos artigos pesquisados, encontrou-se referência à medicalização na infância a partir da idade escolar, quando certas práticas operam nas escolas ou por incentivo delas, principalmente entre crianças com dificuldade de aprendizagem. Pode-se inferir, com base nos autores pesquisados, que o fenômeno da medicalização age como instrumento de patologização da vida e da infância, tendendo a encobrir múltiplas necessidades e determinações envolvidas nos processos de andar da vida da criança, que exigiriam outras intervenções e soluções, não necessariamente, as medicamentosas. Nem toda criança agitada é hiperativa. Entretanto, a falta de escuta às singularidades faz com que a “medicalização” opere como dispositivo de silenciamento do mal-estar que as demandas da infância convocam, a exemplo dos sintomas de desatenção, hiperatividade, impulsividade e tantos outros manifestados dentro e fora da escola.

No próximo tópico, aborda-se mais especificamente o papel da escola ante o fenômeno da “medicalização” na infância, enfatizando particularmente o quanto essa instituição tem contribuído para a disseminação de padrões de comportamento previamente estabelecidos pelo sistema social.

2 A escola e a medicalização

O debate em torno dessa temática não é recente no Brasil, sendo realizado por profissionais de diversas áreas de atuação, destacando-se a medicina, a pedagogia e a psicologia. Podemos encontrar publicações de referência: o clássico livro *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia* (PATTO, 1990); o artigo “A história não contada dos

distúrbios de aprendizagem” (MOYSÉS; COLLARES, 1992); o livro *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização* (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Antes de entrar na seara da escola propriamente, como agente de reprodução e incentivo à prática da “medicalização”, buscou-se conceituar de modo breve o papel social da escola, objetivando conduzir a reflexão para as possíveis possibilidades de mudanças das práticas no processo de ensinar e aprender. Recorre-se a Penin e Vieira para contextualizar que,

independentemente de suas modificações no decorrer da história, a escola foi a instituição que a humanidade criou para socializar o saber sistematizado. Isto significa dizer que é o lugar onde, por princípio, é veiculado o conhecimento que a sociedade julga necessário transmitir às novas gerações. nenhuma outra forma de organização até hoje foi capaz de substituí-la. Para cumprir seu papel, de contribuir para o pleno desenvolvimento da pessoa, prepará-la para a cidadania e qualificá-la para o trabalho, como definem a Constituição e a LDB, é necessário que suas incumbências sejam exercidas plenamente. Assim, é preciso ousar construir uma escola onde todos sejam acolhidos e tenham sucesso (2001, p. 17).

Nesse sentido, atenta-se à necessidade de a escola acompanhar os processos de evolução da sociedade:

Em sintonia com um contexto de amplas mudanças que acontecem na passagem do século, a escola é chamada a responder a novas exigências impostas pela modernidade. Já não cabe à escola apenas ensinar, uma vez que o conhecimento é armazenado e transmitido facilmente em rede. Assim, ao lado de “aprender a conhecer”, espera-se que a educação torne possível outras aprendizagens, como “aprender a fazer”, “aprender a conviver” e “aprender a ser”. Nesse cenário, a escola é chamada a incorporar os avanços advindos das novas tecnologias, sem perder de vista a sua especificidade: apresentar às novas gerações as formas de convivência que tornam possível a cidadania e o pleno desenvolvimento do ser humano (PENIN; VIEIRA, 2001, p. 7).

Dentre as dificuldades encontradas pela escola, principalmente nos dias atuais, percebe-se que a questão da não aprendizagem assume centralidade em diversos debates. O aprendizado, em geral, é pensado em relação à forma de comportamento e à capacidade de concentração dos aprendizes, independentemente do modo como os conhecimentos estão sendo ofertados. Ou seja, crianças que apresentem desvios em seu comportamento, indisciplinadas, muito provavelmente não serão classificadas como aptas a absorver o conhecimento oferecido; muito provavelmente estarão à mercê de outra abordagem profissional: a da medicina (MOYSÉS, 2008 *apud* FERREIRA, 2015).

A escola, na maioria das vezes, atribui a dificuldade de aprendizagem às crianças e suas respectivas famílias, esquivando-se da responsabilidade de construir respostas para tal problemática. Além disso, a questão social e seus diversos desdobramentos não são levados em consideração; as saídas para o problema da aprendizagem reduzem-se a soluções centradas nas próprias crianças e em suas famílias (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

A “medicalização” se constitui em um inevitável desdobramento do processo de patologização da vida e da educação, que tem servido para justificar a manutenção da exclusão de contingentes de crianças, as quais, embora permaneçam longos períodos de tempo na instituição escolar, não chegam a se apropriar, de fato, dos conteúdos pedagógicos. As questões culturais, sociais e econômicas têm sido apontadas com frequência, mais para justificar as dificuldades do ensino do que propriamente para embasar novos modos de ensinar e aprender nas escolas. O discurso comumente usado no meio educacional é o de que, se o aluno não possui as condições ideais de alimentação, vestuário, higiene, saúde, etc., conseqüentemente não terá as mínimas condições para a aquisição do conhecimento (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Diante disso, observa-se que muitas vezes a escola transfere os problemas de aprendizagem, isentando-se da tarefa de buscar alternativas em seu próprio espaço profissional, remetendo as soluções ao campo da saúde. Com a presença de um diagnóstico, mesmo que fundado em percepções superficiais a respeito da realidade do aluno, simplificam-se as intervenções através da oferta de medicação.

Os medicamentos, muitas vezes, são utilizados para a resolução de problemas que poderiam ser tratados por meio de estratégias no âmbito social ou político, problemas que são reduzidos a patologias. Em larga escala, como sinalizam Collares e Moysés (2013 *apud* LEONARDO; SUZUKI, 2016), a medicalização na infância também pode ser lida como uma súplica ao silenciamento dos conflitos, negando-os como intrínsecos ao encontro humano e à subjetividade.

Com a medicalização dos processos escolares as soluções são transferidas para o campo da saúde e isenta-se o contexto escolar da responsabilidade por essa condição, [...] criando ou ampliando um novo mercado de trabalho para avaliar, diagnosticar e tratar doenças no processo ensino/aprendizagem (LEONARDO; SUZUKI, 2016, p. 47).

Diante disso, a demanda, por parte das instituições de ensino, de encaminhamento aos serviços de saúde vem aumentando de maneira progressiva, sendo cada vez mais frequentes queixas que relacionam dificuldades de aprendizagem à conduta comportamental com problemas de origem neurológica (COLLARES; MOYSÉS, 1994 *apud* MEIRA, 2012). Desse modo, ao se tratar do problema do alto consumo de medicamentos pelas crianças, como mecanismo auxiliar no processo de aprendizagem e no comportamento, buscam-se justificativas que corroborem esse alto consumo. A grande preocupação que surge é quanto ao consumo de medicamentos se tornar indiscriminado e abusivo, sendo usado, em alguns casos, sem a devida necessidade (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

Quando a escola realiza encaminhamentos aos serviços de saúde, em geral, dá início a longas trajetórias de avaliação psicológica, fonoaudiológica, neurológica, dentre outras. Quando o professor sugere o encaminhamento, parte do pressuposto de que o aluno tenha algum tipo de transtorno de aprendizagem porque, na maioria das vezes, já está internalizado o ideário da “medicalização”, sem levar em consideração outros aspectos: a relação entre professor e aluno, as condições da escola e a disponibilidade de apoio de um orientador pedagógico (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017).

Ressalta-se que há um retrocesso no campo pedagógico ao patologizar-se algo que é fruto das dificuldades vividas por um sistema de ensino que não consegue cumprir suas finalidades. Sendo assim, é preciso que a escola assuma seu efetivo papel na aprendizagem das crianças, criando meios e estratégias para que todos tenham condições de aprender, afinal essa é sua função; e não terceirizar à medicina àquilo que compete aos profissionais da educação: ensino e aprendizagem (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Destarte, é importante atentar que, quando o desempenho escolar não corresponde ao padrão esperado, o que está em jogo é um intenso processo de medicalização na infância, já que a escola muitas vezes se restringe a ensinar somente crianças ideais e, diante das crianças reais, coloca-se como vítima de um alunado considerado “inadequado”, entendido como sem condições de aprender (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Entende-se que, para transformar os espaços escolares, faz-se necessário torná-los lugares abertos e acolhedores às diversas singularidades, formas de expressão e ritmos de aprendizagem, ou seja, uma escola para todos(as).

Esse quadro somente poderá ser alterado quando a postura do professor, no que se refere à aprendizagem da criança, também for modificada; um bom início seria repensar a formação do professor, inicial e continuada, colocando em questão, inclusive, a temática da “medicalização” desde os cursos de formação, levantando hipóteses e construindo estratégias para seu enfrentamento (GARRIDO; MOYSÉS, 2010 *apud* LEONARDO; SUZUKI, 2016). Além disso, o sistema de ensino deve garantir as condições e os recursos necessários para que os profissionais da educação possam efetivamente assumir uma prática educacional capaz de acolher a diversidade, numa perspectiva emancipadora dos estudantes.

As mudanças não se referem somente a uma realidade particular, mas dizem respeito ao nível macro de uma política nacional, aos demais segmentos populares, bem como de todas as classes sociais, visando atender os interesses de todos (VIÉGAS; HARAYAMA; SOUZA, 2015). É momento de revisar a estrutura e a política do sistema educacional e pensar de modo aprofundado as questões que envolvem o fenômeno da “medicalização”, fundando a abertura de novos horizontes para a educação no País.

A sociedade atual tem buscado cada vez mais medidas artificiais, como os medicamentos, para solucionar situações que, muitas vezes, têm escopo social ou até mesmo pedagógico. A globalização trouxe à tona configurações de mundo, de pessoas, novas molduras, novos padrões e uma constante busca da perfeição, da ausência de frustrações e de dor. Entretanto, esse modelo de sociedade que cultiva a perfeição e o sucesso, a qualquer custo, resulta em frustrações, ansiedades, dentre outras conturbações, sendo que a responsabilidade e o peso do fracasso perante a trama desses padrões idealizados recaem sobre as pessoas (SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2017). Trata-se de uma conformação que traz consigo um ideário de normalização; assim, toda criança escolar que indaga de algum modo esse contexto homogeneizado deve ter TDAH, tem que se sujeitar quimicamente. A vida é interpelada nesse processo: como se não pudesse ter altos e baixos nem diferenças.

Evidencia-se, portanto, que a medicalização da vida das crianças está articulada com a medicalização educacional; são processos imbricados que forjam a invenção de doenças do não aprender, com a conseqüente medicalização comportamental. A medicina, conforme já se abordou no item anterior, historicamente inscreve problemas graves e crônicos da educação no espectro

das doenças que ela própria seria capaz de resolver, criando a demanda por seus serviços e ampliando a cultura e as práticas de “medicalização” (COLLARES; MOYSÉS, 2013 *apud* LEONARDO; SUZUKI, 2016). Melhor dizendo, com as palavras de Christofari, Freitas e Baptista (2015, p. 1081), as questões comportamentais, ou os chamados desvios de conduta, “[...] tornam-se sintomas patológicos na medida em que a racionalidade médica, sobretudo o discurso médico-clínico, se faz presente em todos os campos da vida e se expande pelas diferentes práticas educativas”. A escola, nesse sentido, “[...] torna-se o lugar onde os discursos pautados na racionalidade médico-higienista ecoam, se multiplicam, se atualizam e possibilitam uma ação extensiva sobre a população, incidindo sobre seus costumes [...]” (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1.090).

O discurso educacional não pode apenas reproduzir os discursos médicos, reiterando a “medicalização”, sem pensar em meios alternativos para sanar os conflitos escolares e o que se apresenta como dificuldade de aprendizagem. A escola não deveria transferir para o campo da saúde as questões escolares, mas trabalhar *com* a saúde, a fim de constituir propostas interdisciplinares e intersetoriais mais permeáveis às necessidades reais e concretas das crianças em cada território. Desse modo, *o uso de medicação* jamais deveria ser a primeira opção para a solução dos problemas existentes.

É preciso romper com os processos e práticas de “medicalização”. As possibilidades no campo pedagógico são múltiplas, desde que haja mais abertura e reflexão no sentido de realizar novos reconhecimentos sobre o papel da escola e de seus compromissos sociais, particularmente com a infância.

Considerações finais

Este estudo pretendeu refletir sobre importantes aspectos referentes à “medicalização” na infância no contexto educacional, alertando sobre o quanto esse fenômeno influencia, negativamente, o desenvolvimento de crianças e escolares, especialmente quando praticado o uso excessivo de medicamentos. Nesse sentido, o uso de tratamentos medicamentosos jamais poderá estar no topo das alternativas, nem nos casos considerados mais difíceis ou complexos. Sendo recurso para a aprendizagem apenas quando forem esgotadas todas as possibilidades, os meios e as estratégias por parte do professor e da escola.

O espaço escolar precisa se constituir como campo de pleno desenvolvimento das crianças, e não ser a via por onde se moldam sujeitos e se interceptam modos de ser e de viver. Assim, cabe aos profissionais que atuam no meio educacional conhecer a realidade de cada aluno, bem como suas potencialidades, para então definir qual a estratégia de ensino que melhor favoreça a aprendizagem.

Espera-se que a sistematização apresentada possa contribuir com o adensamento teórico dos estudos que tenham como pretensão desconstruir a medicalização na infância e na vida escolar, que tanto têm transformado questões culturais, político-sociais e pedagógicas em patologias. Entende-se que é preciso indagar, permanentemente, os discursos e as práticas que rotulam crianças e abafam a vida, dentro e fora do espaço escolar. A escola deve ser um espaço aberto, de muitos caminhos e horizontes, com a capacidade de valorizar a diversidade (e não a padronização), e de resistir ao fomento e à reprodução da “medicalização”.

Referências

- CARVALHO, Sérgio R.; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabrício D. da; ANDRADE, Henrique S. *Medicalização: 1251 uma crítica (im)pertinente?* 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-0401251.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.
- CHRISTOFARI, Ana C.; FREITAS, Claudia R.; BAPTISTA, Claudio R. Medicalização dos modos de ser e aprender. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, out./dez. 2015.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996.
- CUNHA, Janaína A. P.; MELLO, Lúcia M. L. Medicação/medicalização na infância e suas possíveis consequências. *Revista de Graduação em Psicologia da PUC Minas*, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 192-209, jul./dez. 2017.
- FERRARA, Agostino; SALVATI, Luca; BECAGLI, Claudia; BERTINI, Giada. Além da teoria de modernização: mudanças sócio-demográficas, estrutura econômica e transição florestal em uma análise multidimensional de séries temporais para a Itália. *Jornal Aberto de Ciências Sociais*, v. 2, n. 11, p. 183-194, nov. 2014.
- FERREIRA, Rodrigo Ramires. A medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 4, p. 587-598, out./dez. 2015.
- FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, São Paulo, n. 18, p. 167-194, ago./dez. 2010. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 28 ago. 2018.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

- GAUDENZI, P. ; ORTEGA, F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.
- GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio remediado está? *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, abr. 2009.
- HENRIQUES, Rogério Paes. A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. XII, n. 3-4, p. 793-816, set./dez. 2012.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 46-54, jan./abr. 2016.
- MARTINS, A. L. B. *O governo da conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea*. 2013. 330 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. *Revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (Abrapee)*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 136-142, dez. 2012.
- MOYSÉS, M. A. A. ; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, Campinas, n. 28, p. 31-48, dez. 1992.
- MOYSÉS, M. A. A. ; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 71-110.
- PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.
- PENIN, Sônia Teresinha de Souza; VIEIRA, Sofia Lerche. *Progestão: como articular a função social da escola com as especificidades e as demandas da comunidade?* Coordenação geral Maria Aglaê de Medeiros Machado. Brasília: Consed, 2001.
- SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 743-763, jul./set. 2017.
- SILVA, Jerto C. ; SCHAFER, Caroline; BONFÍGLIO, Mariane S. A medicalização da infância e o processo psicoterápico. *Revista Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 39, n. 39, p. 70-86, ago. 2013.
- TOASSAH, Gisele. Sociedade tarja preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP/SP); GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 429-433.
- VIÉGAS, Lygia de Sousa; HARAYAMA, Rui Massato; SOUZA, Marilene Proença Rebelo de. Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2683-2692, 2015.

Causas do acolhimento institucional: percepção dos coordenadores de instituições de acolhimento

Jéssica da Silveira Teles
Margarete Isoton De David
Nilva Lúcia Rech Stedile

Resumo: Este estudo objetivou conhecer e analisar as causas do acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Município de Caxias do Sul-RS, segundo percepção dos coordenadores da totalidade de abrigos (3) e das casas-lares (12) deste Município. Os dados apontaram diversas situações de vulnerabilidade associadas a problemas de saúde, pobreza e fragilidades sociais dessas famílias e a necessidade ações de prevenção, promoção e fortalecimento das funções protetivas das famílias.

Palavras-chave: Acolhimento institucional. Crianças e adolescentes acolhidos. Vulnerabilidades sociais.

Introdução

O Estatuto da Criança e do Adolescente, criado para garantir direitos na infância, possui parâmetros de prevenção, atuação e ações voltadas ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Uma das ações que são utilizadas para viabilizar o acesso a estes direitos está relacionada às medidas de proteção. A discussão aqui será pautada e vinculada prioritariamente à medida VII - Acolhimento Institucional - e às suas relações com as vivências de crianças e adolescentes que se encontram nesta situação.

Entende-se que, pelo fato de o acolhimento institucional ser uma medida excepcional, a utilização desta ação deve ser para casos mais graves, o que traz ao cenário abordado situações e vivências com diversas violações de direitos. Trata-se de crianças e adolescentes que possuem trajetórias de vida marcadas por situações de risco, violências, maus-tratos, negligência e abandono.

É essencial que seja realizada uma reflexão sobre o perfil das crianças e adolescentes que são atendidos pelos Serviços de Acolhimento Institucional. Trata-se de crianças e adolescentes vulneráveis, que passaram por situações degradantes, tanto no que se refere aos aspectos físicos como emocionais. Estas demandas são diversas e não se restringem às violências sofridas nem

tão somente ao afastamento de seus familiares, são prejuízos emocionais severos, causados por situações de negligências vivenciadas e pela própria condição de acolhido.

Essas crianças, em decorrência das vivências e experiências vulneráveis vivenciadas, tornam-se menos saudáveis, física e emocionalmente. Vulnerabilidades que, conseqüentemente, as tornam cada vez mais vulneráveis “estando mais expostas à negligência, ao abandono e aos maus-tratos” (ZAVASCHI, 2009, p. 24).

Assim, crianças e adolescentes em situações de grave negligência, em vários casos, são encaminhadas para instituições de acolhimento institucional: abrigos ou casas-lares. Sabe-se que a intenção é de que o Estado exerça a função protetiva que não foi executada pela família, porém, ainda que como uma medida protetiva, a própria condição de afastamento do convívio familiar torna-se uma nova violência, causadora de sofrimento.

Ocorre que estas relações familiares conflituosas e vulneráveis estão sendo cada vez mais “judicializadas”. “O ECA, por exemplo, abre espaço para a judicialização das relações entre os pais e os filhos menores de dezoito anos” (MOREIRA, 2014, p. 31). Muitas vezes, na urgência de oferecer proteção a crianças e adolescentes, esta medida acaba sendo utilizada como primeira opção, ainda que seja evidenciada sua excepcionalidade. Reforça-se a ideia de que as crianças estariam mais protegidas longe de sua família.

A retirada das crianças e dos adolescentes de casa, além de protegê-los dos riscos imediatos, é compreendida como uma estratégia para que as relações familiares sejam trabalhadas e revistas. No entanto, nem sempre se oferece o tempo necessário à construção de novas possibilidades. Frequentemente, a situação urgente e grave é tomada como justificativa para ações rápidas e impositivas (MOREIRA, 2014, p. 32).

Diante desse cenário, faz-se necessário ampliar a discussão sobre o perfil dessas famílias e crianças, e sobre os impactos da institucionalização sobre o desenvolvimento físico e mental dessas crianças. Também precisa haver espaços para aprofundamento dos conceitos adotados, quanto aos modelos de família, negligência e a relação que estes possuem com a questão social, que é a base de fundação do Serviço Social, como afirma Iamamoto: “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 2009, p. 27).

As expressões da Questão Social, que estão relacionadas às situações de vulnerabilidades, expressas nos casos de acolhimento institucional, resultam deste contexto contraditório. Torna-se necessário refletir: estão sendo ofertadas melhores condições de promoção e prevenção das situações de risco, vivenciadas pelas famílias na atualidade?

Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de intervenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado (IAMAMOTO, 2009, p. 28).

Diante das inúmeras dificuldades e da alta complexidade que é apresentada nestes casos, o desafio está nas ações que devem ser priorizadas, para que a medida de proteção de acolhimento seja utilizada apenas quando todas as outras medidas foram esgotadas, como preconiza o ECA. A prevenção e o desenvolvimento social nas comunidades devem ser mais explorados; a família merece maior cuidado e maior investimento das políticas públicas, prevenindo assim muitas vulnerabilidades decorrentes do afastamento de seus membros.

Afinal, crianças e adolescentes em abrigos têm um perfil; suas famílias têm características que os identificam como famílias vulneráveis, por este motivo é de extrema importância identificar quem são e quais seriam as alternativas necessárias para evitar o afastamento da convivência familiar, pois, se existem muitas crianças acolhidas, há indícios de que o sistema de proteção e garantia de direitos na infância possui falhas. Para que possamos melhorar o atendimento nesta área, é essencial compreender este público e melhorar a qualidade dos serviços prestados, evitando, assim, futuras medidas não tão excepcionais de acolhimento.

Diante dos aspectos levantados, o tema desenvolvido nesta pesquisa está relacionado a crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional (abrigos e casas-lares). Constitui-se como parte da pesquisa “Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento na cidade de Caxias do Sul-RS”. O objetivo deste estudo é conhecer e sistematizar informações sobre a vida de crianças e adolescentes, que vivem nesses espaços, com foco prioritário na identificação das causas que os levaram ao acolhimento, no perfil dos acolhidos e no de sua família.

1 Método

1.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa documental e exploratória, realizada a partir dos bancos de dados de campo denominada “Caracterização Sociodemográfica de Crianças em Situação de Acolhimento Institucional”, na cidade de Caxias do Sul, RS, a qual foi desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul e Fundação de Assistência Social (FAS), incluindo a totalidade de casas-lares e abrigos do Município, conforme quadro a seguir. O projeto foi submetido ao CEP/UCS e aprovado.

A pesquisa documental se caracteriza por “materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados, de acordo com os objetos de pesquisa” (GIL, 2008, p. 45 *apud* CECHINEL *et al.*, 2016). Ela permite a investigação de determinada problemática de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos, revelando o modo de cada um de ser, viver e compreender um fato social (SILVA *et al.*, 2009, p. 4557). O autor diz ainda que os documentos são estudados, a partir do ponto de vista de quem os produziu, necessitando ter cuidado para não comprometer a validade do estudo.

A pesquisa documental, enquanto método de investigação da realidade social, não traz uma única concepção filosófica de pesquisa, pode ser utilizada tanto nas abordagens de natureza positivista como também naquelas de caráter compreensivo, com enfoque mais crítico (SILVA *et al.*, 2009, p. 4556).

Ou seja, para obter informação é feito o uso de documentos, que podem ser utilizados em várias áreas de ciências humanas e sociais, aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural (SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, *apud* CECHINEL *et al.*, 2016).

1.2 Descrição da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul e da FAS

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Caxias do Sul. Sua missão é prestar atenção integral à saúde da população da cidade, envolvendo desde a atenção aos problemas e às necessidades básicas mais comuns até o atendimento aos casos mais complexos e assistência hospitalar (PREFEITURA DE

CAXIAS DO SUL, 2015). Foram levantados dados de saúde de 207 crianças e adolescentes, cujos cadastros estavam completos no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, RS.

A Fundação de Assistência Social (FAS), instituída nos termos da Lei n. 4.419, de 4 de janeiro de 1996, é a entidade da Administração Indireta do Poder Executivo Municipal, com personalidade jurídica de Direito Público. A FAS integra a Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente de Caxias do Sul: a RECRIA. Dos documentos da FAS foram obtidos dados sobre o perfil sociodemográfico das crianças e dos adolescentes institucionalizados durante o ano de 2017, na cidade de Caxias do Sul.

1.3 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em três (3) abrigos (A) e doze (12) casalares (CL), a partir da listagem das crianças e dos adolescentes, com os responsáveis pelos três abrigos e pelas 12 casas-lares de Caxias do Sul, conforme Quadro 1, perfazendo 15 entrevistados, o qual é o recorte selecionado para este artigo.

Quadro 1 - Caracterização das instituições de acordo com o perfil das crianças e dos adolescentes atendidos

Tipo de instituição	Idade	Gênero	Especificidades atendidas
Abrigo 01	0 a 18 anos	Masculino	-
Abrigo 02	4 a 17 anos	Ambos os sexos	Grupos de irmãos; crianças pequenas
Abrigo 03	0 a 18 anos	Ambos os sexos	Grupos de irmãos
Casas-lares grupo 01 (3 casas)	3 a 17 anos	Ambos os sexos	-
Casas-lares grupo 02 (3 casas)	4 a 17 anos	Ambos os sexos	A maioria é adolescente
Casas-lares grupo 03 (6 casas)	0 a 18 anos	Ambos os sexos	Prioritariamente para grupos de irmãos; crianças e adolescentes com perfil de longa permanência; pela idade têm menor chance de serem adotados; grupos de irmãos

Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

1.4 Variáveis de estudo

Para caracterizar o perfil de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul, foram utilizadas as seguintes variáveis:

causas do acolhimento; problemas de saúde das crianças e adolescentes em situação de acolhimento e o perfil das famílias das crianças e dos adolescentes que estão em situação de acolhimento institucional, segundo a percepção dos coordenadores dos abrigos e das casas-lares. Os dados qualitativos das entrevistas foram tratados por análise temática conforme Minayo (2006).

2 Resultados

O Quadro a seguir mostra as principais causas do acolhimento institucional, as quais estão organizadas em seis categorias: “Negligência e maus-tratos”; “Dependência química dos pais”; “Incapacidade de a família em lidar com adolescente/falta de estrutura familiar”; “Intervenção judicial ou do Conselho Tutelar”; “Dependência química dos pais”; “Problemas mentais dos pais”; “Exploração da criança pela família”.

Quadro 2 – Causas do acolhimento de crianças e adolescentes de Caxias do Sul, segundo relato dos coordenadores

Categorias de causas	Relatos
Negligência e maus-tratos	<p>“Na grande maioria são casos de negligência; maus-tratos” (A1). “Crianças que sofreram negligências graves, desde os cuidados básicos de saúde e cuidados educativos” (A2). “Crianças que sofreram violência física, abandono, violência sexual” (A2). “Abusos, físico, sexual” (A3). “Crianças em situação de rua” (A2). “Negligência; maus-tratos; abandono; falta de cuidados” (A3).</p>
Dependência química dos pais	<p>“Pais dependentes químicos” (A1). “Crianças e adolescentes que passaram por situações de risco, por uso de drogas dos responsáveis familiares (A2). Bebês, filhos de usuários de drogas, que negligenciaram na gestação; as mães não fizeram pré-natal, para fazerem uso de drogas durante a gestação” (A2). “A grande maioria das crianças acolhidas ocorre em decorrência de pais ou responsáveis com envolvimento com drogas” (A3). “Uso de drogas dos responsáveis, apontado como negligência” (CL2). “Pais negligentes (na sua maioria dependentes químicos)” (CL3).</p>
Problemas mentais dos pais	<p>“Pais com problemas mentais” (A3). “Algumas crianças são filhos de pessoas com deficiência mental leve ou moderada, mas que não conseguem oferecer os cuidados que a criança ou o adolescente precisam” (A3).</p>
Intervenção judicial ou por Conselho Tutelar	<p>“Alta demanda recebida pelo Conselho Tutelar” (A1). “[...] então o Conselho Tutelar acompanha as situações e não vendo melhoras retira a criança da família. (A1). “Tudo começa pelo Conselho Tutelar” (CL3). “Eles vêm através do Conselho Tutelar, mas vinculados a NAI, que é um núcleo de acolhimento e nós não recebemos crianças/adolescentes direto aqui; tem que vir direto do juizado da infância a determinação e passar pelo NAI” (A1).</p>

Incapacidade de a família lidar com a criança ou adolescente/ falta de estrutura familiar	<p>“Problemas de conduta dos adolescentes, quando a família não sabe lidar com o comportamento do filho” (A1).</p> <p>“Falta de estrutura na família” (A3).</p> <p>“Rompimento dos vínculos familiares” (CL1).</p> <p>“Falecimento ou do pai ou da mãe; prisão do pai ou da mãe, ou da pessoa que era a responsável” (CL1).</p>
Exploração da criança pela família	<p>“Situações de trabalho infantil, crianças usadas para mendicância” (A2).</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Os resultados mostram que as famílias possuem diversas situações de risco e de vulnerabilidades sociais, que se manifestam por meio da incapacidade de oferecer o cuidado e a proteção que as crianças e os adolescentes necessitam. Mostram ainda uma complexidade de variáveis presentes, cujo controle não depende apenas da família, tais como problemas mentais, pobreza, falecimento dos pais, prisão, entre outras. Calcing e Benetti (2014) também apontam em seus estudos que, entre os riscos e motivos potenciais que levam ao acolhimento institucional, a negligência e a dependência química são fatores frequentemente encontrados. Além destes, apontam como causas o abandono, a violência e até mesmo a pobreza.

O ECA, em seu art. 23, aponta que “a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar” (BRASIL, 2016). Os dados desta pesquisa demonstram que ainda ocorrem situações nas quais a vulnerabilidade financeira continua sendo apontada como uma das causas do acolhimento institucional. Essas manifestações podem ser percebidas nas falas dos coordenadores que apontam as situações de pobreza e a falta de condições da família em ofertar alguns cuidados básicos, como alimentação e higiene. A pesquisa aponta, também, as “situações de trabalho infantil”, casos de crianças que são utilizadas como mecanismo de enfrentamento dessa vulnerabilidade financeira.

A passagem do “problema sócio-econômico” para a “negligência” revela uma mudança de enfoque na visão da infância pobre e da sua família no Brasil. Se em 1985 considerava-se que motivos como “mendicância”, “maus tratos”, “desintegração familiar” e “doenças do menor” eram decorrência direta de “problemas sócio-econômicos”, hoje, mais do que nunca, a família pobre, e não uma questão estrutural, é culpada pela situação em que se encontram seus filhos. É ela que é “negligente”, maltrata as crianças, as faz mendigar, não lhes proporciona boas condições de saúde, enfim, “não se organiza”. Em suma, parece que

a família pobre - e não o “Poder Público” ou “a sociedade em geral” - é o alvo mais fácil de represálias. Cria-se então uma situação particular em que a noção de “criança cidadã” leva como complemento quase inevitável a de “pais negligentes” (MATA *et al.*, 2017, p. 2.884).

A ausência dos cuidados, muitas vezes apontada como negligência, se materializa por meio das ações ou omissões dos responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes. As ações estão relacionadas às violências e a maus-tratos praticados, enquanto as omissões estão relacionadas às ausências, como a falta de relações de afeto, falta de apoio no desenvolvimento infantil, seja social, emocional ou de saúde.

[...] não existe um único motivo, ou uma causa apenas, que determina a institucionalização de uma criança. As histórias narradas pelos familiares revelam contextos, acontecimentos, vivências, carências, violências, afetos positivos e desafetos, injustiças e descuidos, enfim, revelam uma gama de fatores - isolados ou acumulados, que indicam que, de fato, cada caso é um caso, tem suas particularidades, mas, ao mesmo tempo, cada caso não existe isolado, pois, para compreendê-lo em sua complexidade e totalidade, faz-se necessário inseri-lo na realidade histórico-social que o constrói (FAVERO *et al.*, 2008, p. 122).

Uma das causas apontada com maior frequência pelos coordenadores das casas de acolhimento institucional, entrevistadas, é a situação de “dependência química dos pais”. Segundo relatos dos coordenadores, os filhos de dependentes químicos acabam vivenciando diversas violências e passam por situações de risco, nas quais onde são negligenciados pela falta de capacidade dos pais em cuidá-los ou protegê-los. Além da situação de dependência química, em alguns casos o envolvimento com o tráfico de drogas também está presente.

Esses fatores, sozinhos ou associados, podem ser responsáveis por problemas de saúde das crianças e dos adolescentes em situação de acolhimento institucional, conforme pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 - Problemas de saúde das crianças e adolescentes acolhidos, segundo percepção dos coordenadores

Categorias de complicações de saúde	Relatos
Problemas Físicos	“Encoprese, enurese” (A1). “Desnutrição, ou uma alimentação que não é muito saudável” (A2). “Crianças com algumas comorbidades” (CL3).

<p>Problemas mentais</p>	<p>“Crianças com diagnóstico de deficiência mental e outras doenças” (CL2). “Transtornos mentais associados ao uso de e substâncias pelos pais” (A2). “Deficiência mental, leve a moderada” (A3). “Transtornos psiquiátricos como: <i>Borderline</i> e transtornos de Conduta” (A3). “Alguns têm transtornos psiquiátricos ou deficiência intelectual” (CL1). “Alguns fazem acompanhamento psiquiátrico pelos sintomas agressivos” (CL1). “Um menino com Autismo, três com deficiência intelectual” (CL1). “Saúde mental muito frágil, geralmente relacionada a familiares com ddependência química” (CL1). “Adolescentes com transtornos mentais, alguns com diagnósticos não fechados, mas com suspeita de diagnóstico” (CL2). “Prevalência de transtornos de conduta em meninos” (CL2). “Transtornos mentais associados ao uso de drogas” (CL3).</p>
<p>Problemas decorrentes da negligência nos cuidados</p>	<p>“Problemas de saúde relacionados à ausência de pré-natal” (A1). “Problemas de Saúde relacionados aos cuidados básicos negligenciados” (A2). “Bebês que são encaminhados diretamente do hospital, nos casos onde possuem uma situação de saúde fragilizada”. “Crianças com problemas sérios de saúde, possivelmente ocasionados pelas mães com o abuso do uso de drogas” (A2). “Crianças que passaram por longos períodos hospitalizados, por má formação de algum órgão em decorrência das ações de negligência na gravidez” (A2). “Bebês com sífilis, decorrente de uma gestação onde foi abusado do uso de substâncias” (A2). “Bebês filhos de dependentes químicos; a falta de cuidado dos pais que acaba gerando transtornos psíquicos” (A2).</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

A partir das falas sistematizadas no Quadro 1 acima foi possível identificar que os problemas se dividem em “problemas físicos”, “problemas mentais” e “problemas decorrentes de negligências nos cuidados”. Os problemas de saúde apontados com maior frequência são da categoria de problemas mentais. Além de maior incidência, esses problemas são apresentados também como a categoria que mais concentra complicações e estão, na maioria dos casos, associados às outras categorias.

Dentre os problemas mentais apontados estão os “sintomas agressivos”, “transtornos psiquiátricos”, “transtornos de conduta” e, de modo geral, situações onde a saúde mental das crianças e adolescentes é considerada frágil. Ocorre que as situações que levaram essas crianças e adolescentes à situação de acolhimento são situações que apresentam riscos para saúde mental destas e de todos os envolvidos e podem se materializar através de diversas formas:

Nas últimas décadas, avolumaram-se trabalhos reveladores de que vivências traumáticas na infância têm um intenso impacto sobre a adolescência e a vida adulta. Adultos que sofreram negligência, abuso físico e sexual, bem como perdas na infância, apresentam maior risco para o desenvolvimento de doença mental (BROWN *et al.*, 1999; EMDE, 1989; SAMERPF, 1989; SHENGOLD, 1979; CAPLAN, 1996 *apud* ZAVASCHI *et al.*, 2006, p. 24).

Não pode ser desconsiderada a bagagem emocional que as crianças encaminhadas às casas de acolhimento possuem: são histórias marcadas por vivências de “maus-tratos, negligência e vivências anteriores potencialmente traumáticas” (CALCING; BENETTI, 2014, p. 560), resultando em situações que exigem apoio técnico e social dentro destes estabelecimentos, pois as vivências, às quais essas crianças foram expostas, constituem graves riscos para o desenvolvimento saudável, com repercussão nas fases posteriores - a adolescência e a vida adulta (CALCING; BENETTI, 2014).

As crianças vulneráveis, em sua maioria, encontram-se nessa situação devido às inadequações na forma como se estabelecem as relações e o contato afetivo com os avós ou genitores as perdas ou as separações, assim como os maus-tratos, a negligência, o abandono ou as situações de carência parental, que podem ser aspectos centrais no processo de desenvolvimento de patologias (OLIVEIRA; RESENDE, 2016). As crianças submetidas a estas situações passam a desenvolver problemas de enfermidade mental. O sofrimento e a desproteção, quando intensificados, materializam-se em doenças físicas e emocionais, dificultando o estabelecimento de vínculos interpessoais saudáveis (OLIVEIRA; RESENDE, 2016), conforme também apontam os coordenadores dos serviços.

As conseqüências mais gritantes podem ser vistas a olho nu, porém, a maioria delas não deixa marcas físicas aparentes. Deixam, no entanto, terríveis cicatrizes de natureza emocional, que atingem não só a própria criança, mas toda sua família (ZAVASCHI, 2009, p. 24).

As situações traumáticas apontadas estão diretamente ligadas às causas que levaram a criança à situação de acolhida: as violências, as negligências e as fragilidades vivenciadas resultam em “prejuízo na saúde mental, ocasionando depressão, agressividade, isolamento e reduzida autoestima (CORRÊA; WILLIAMS, 2000; OLIVEIRA; RESENDE, 2016, p. 60).

Outra causa dos problemas de saúde das crianças e adolescentes, em situação de acolhimento institucional, relatada com frequência pelos coordenadores são os problemas de saúde que estão associados às negligências nos cuidados. Esses problemas se manifestam por meio da falta de cuidados básicos e, em alguns casos, iniciam precocemente devido à “ausência de pré-natal” e do uso de substâncias durante a gravidez, relacionado aos casos de “dependência química”.

Em suma, os problemas de saúde das crianças e adolescentes em acolhimento institucional aparecem de forma interligada, sejam eles problemas físicos, mentais, sociais ou associados a ausência de cuidados. De acordo com os relatos apresentados, muitos desses problemas possuem raízes nas situações vivenciadas pelos acolhidos. São problemas que estão diretamente relacionados às fragilidades da função protetiva dessas famílias e que passam a delinear o perfil das crianças e adolescentes que estão nestes espaços.

Essas famílias, assim como as crianças que foram acolhidas possuem um perfil, com suas especificidades. No Quadro 4 serão apresentados os perfis das famílias das crianças e dos adolescentes, em situação de acolhimento institucional, segundo percepção dos coordenadores.

Quadro 4 - Perfil das famílias das crianças e adolescentes acolhidos, segundo percepção dos coordenadores

Categorias de perfis de famílias	Relatos
<p>Famílias em situações de vulnerabilidade social</p>	<p>“Famílias em situação de vulnerabilidade e risco social” (A1). “Famílias com várias expressões da questão social, como: situação de desemprego, violência, pobreza extrema questão cultural” (A2). “Famílias onde os membros possuem escolarização bem precária” (A2). “Famílias que muitas vezes não apresentam perspectiva de futuro” (A2). “Famílias que não tiveram seus direitos garantidos” (CL1). “Famílias desestruturadas” (A1). “Famílias que não realizaram planejamento familiar” (A2). “Famílias numerosas” (A2). “Famílias desorganizadas” (A2). “Avós que não conseguem dar conta das condutas dos adolescentes” (CL1). “Famílias com situação de prostituição” (CL3). “Genitores em medida de privação de liberdade” (CL1). “Famílias de classe média baixa, com várias vulnerabilidades associadas à falta de emprego” (A3). “A maioria das famílias são de baixa renda” (CL3). “Famílias que se encontram em situação de miserabilidade” (CL3). “Famílias que apresentam a vulnerabilidades financeiras ainda existentes, através da fome” (A2).</p>

	<p>“Famílias com vulnerabilidades econômicas e sociais relacionadas à ausência de trabalho” (CL2).</p> <p>“Famílias com várias expressões da questão social, como: situação de desemprego, violência, pobreza extrema” (A2).</p> <p>“Famílias muito carentes, que passam por dificuldades financeiras e sociais e talvez não tiveram apoio” (CL1).</p>
Famílias com problemas de saúde	<p>“Algumas famílias também com problemas de saúde, que também não conseguem atender às demandas dos filhos, em função das limitações próprias” (A1).</p> <p>“Famílias com genitores portando deficiência mental” (A2).</p> <p>“Famílias com membros que possuem deficiência mental, leve a moderada” (A3).</p> <p>“Genitores com transtornos mentais” (CL1).</p> <p>“Famílias com saúde mental muito frágil” (CL1).</p>
Famílias que possuem envolvimento com o uso ou comércio ilegal de drogas	<p>“Famílias com situações de alcoolismo” (A3).</p> <p>“Famílias com situações de dependência química” (A1).</p> <p>“Famílias com envolvimento com drogas, através do uso ou tráfico” (A3).</p> <p>“Os genitores na sua grande maioria dependentes químicos” (CL1).</p>
Famílias com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos	<p>“Famílias que possuem condições de ficar com as crianças, mas se negam” (A2).</p> <p>“Núcleos com vínculos familiares fragilizados” (A1).</p> <p>“Famílias com crianças que estão acolhidos há bastante tempo” (CL2).</p> <p>“Famílias com histórico de muitos filhos que estão com os outros familiares (família extensa)” (A1).</p> <p>“Famílias que possuem apenas a mãe ou a avó responsável pelos cuidados deles” (A2).</p> <p>“Famílias com filhos que já passaram por acolhimento institucional” (A1).</p> <p>“Famílias que já encaminharam seus filhos para família extensa” (CL1).</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com relação ao perfil das famílias que possuem crianças e adolescentes em situação de acolhimento, o mesmo está dividido em quatro categorias: “famílias em situações de vulnerabilidade social”, “famílias com problemas de saúde”, “famílias que possuem envolvimento com o uso ou comércio ilegal de drogas” e “famílias com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos”.

As famílias em situações de vulnerabilidade social apresentam vivências marcadas por diversas violações de direitos, que estão relacionadas a privações, violências e carências em geral. Estão fortemente associadas às vulnerabilidades socioeconômicas, por meio dos prejuízos da “ausência de emprego”, “escolarização precária”, “desestruturação”, e até mesmo à fome em “situações de miserabilidade”.

[...] de maneira acentuada, constata-se que as famílias das crianças sob a medida de proteção abrigo são aquelas que na divisão social do trabalho situam-se na condição mais precária, ou seja, aquelas que, premidas pela desigualdade social, têm uma trajetória de trabalho infantil, pouco acesso à escolarização

formal, desemprego ou trabalho precário e/ou com baixa remuneração. [...] Enfim, a universalização de direitos, prevista constitucionalmente, não se realiza para esses sujeitos, praticamente em nenhuma de suas esferas, tampouco políticas focais lhes são asseguradas (FAVERO *et al.*, 2008, p. 76).

Ocorre que ainda existem parâmetros e conceitos que idealizam um modelo de família. Legalmente, os modelos de famílias foram ampliados, porém acredita-se que, culturalmente falando, ainda há muito que se evoluir neste sentido, “[...] percebe-se o enquadramento em modelos hegemônicos de infância e família”. Assim, as intervenções jurídicas e sociais continuam a punir os pobres, por exemplo, com a destituição do poder familiar, com abrigamentos apressados, com a imposição de normas de conduta (NASCIMENTO, 2012, p. 40).

Essas situações vivenciadas pelas famílias são expressões da Questão Social - “contradição fundamental da sociedade capitalista” (IAMAMOTTO, 2009, p. 27) que se manifestam nos dados apresentados de diversas formas: “baixa renda”; “prostituição”; “trabalho infantil”; “famílias desestruturadas”; “famílias numerosas”; “fome”; “violências”; entre outras situações que são vivenciadas por públicos, em situações de vulnerabilidades sociais.

Neste perfil das famílias das crianças e dos adolescentes acolhidas aparecem as situações de saúde, que nesses casos foram fatores que impulsionaram o acolhimento. De acordo com os relatos dos coordenadores, esses problemas de saúde limitaram as funções protetivas da família. Salienta-se que os problemas em saúde mental possuem maior incidência e são apresentados com frequência nas falas. As doenças e transtornos mentais, tanto de pais como de crianças e adolescentes, são entendidas como “limitações” na oferta do cuidado às crianças e adolescentes.

Segundo as observações de Musse (2006, p. 178), o maior ou menor tempo de convivência com uma doença implica questões econômicas, como o empobrecimento do indivíduo, ocasionado pelo desemprego, saída do mercado de trabalho, gastos com medicamentos, entre outros. A teoria do empobrecimento, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, aplica-se em maior medida aos quadros psicóticos (esquizofrenia, transtorno bipolar e dependência química).

Ainda dentro das demandas em saúde mental, o perfil das famílias apresenta uma característica relacionada aos problemas com dependência

química: são famílias que possuem envolvimento com drogas ilícitas e álcool. Nas falas dos coordenadores, as situações de uso e abuso de substâncias psicoativas estão bastante presentes. Assim, pode-se afirmar que o “alcoolismo” e a “dependência química a outras drogas” são fatores que, além de nortear o perfil desse público, encontram nesses problemas uma das maiores causas do acolhimento institucional. Além do uso dessas substâncias, o comércio ilegal desses produtos aparece na pesquisa, a partir de outra perspectiva, “famílias com envolvimento com drogas, através do uso e do tráfico”.

A precariedade da condição socioeconômica a que essa população está submetida e a luta árdua e cotidiana pela sobrevivência pode desencadear ou agravar os problemas de saúde, especialmente aqueles relacionados à esfera mental. A dependência de álcool e de outras drogas, muitas vezes, é uma estratégia, ainda que defensiva, para enfrentar a problemática vivenciada. Há de se ressaltar também a escassez de recursos para a realização do tratamento, o que resulta no agravamento ou cronificação das doenças já existentes e, possivelmente, gera outros problemas para o indivíduo e para a família, entre eles, a impossibilidade de trabalhar e também de cuidar dos filhos (FAVERO *et al.*, 2008, p. 55).

Assim, além do comércio ilegal de drogas ser uma atividade ilícita, esta ação possui impactos que estão relacionados a outros aspectos, como é o caso das violências e da falta de ambientes adequados para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. No perfil das crianças, das famílias e também nas causas do acolhimento institucional, observa-se que o termo negligência aparece regularmente.

Considerações finais

Com o objetivo de identificar o perfil das crianças e dos adolescentes que se encontram em situação de acolhimento institucional, e conhecer o perfil das famílias dessas crianças de forma associada às causas que levaram ao acolhimento, os dados apresentados apontam para um perfil bastante conhecido pelas políticas públicas, ou seja, famílias em situações de risco e/ou vulnerabilidades sociais decorrentes das contradições societárias.

Os dados apontam para diversas causas para o acolhimento institucional, as quais, na maioria das vezes, estão inter-relacionadas: “Negligência e maus-tratos”; “Dependência química dos pais”; “Incapacidade de a família lidar com adolescente/falta de estrutura familiar”; “Intervenção judicial ou

do Conselho Tutelar”; “Dependência química dos pais”; “Problemas mentais dos pais”; “Exploração da criança pela família”. Entre os problemas identificados, destacam-se os mentais em relação aos físicos.

Os dados apresentados trazem um delineamento do perfil das famílias, segundo percepção dos coordenadores das instituições de acolhimento, que acabam sendo afastadas de suas crianças e adolescentes: são famílias que possuem problemas relacionados às questões sociais e culturais advindas da privação de renda, emprego, educação e oportunidades de proteção social. Famílias marcadas pela pobreza, dependência química, problemas mentais e sociais que as impedem de executar função protetiva ao desenvolvimento físico, mental e social das crianças e adolescentes.

Evidencia-se a necessidade de compreender a origem e as fragilidades deste sistema de proteção social para a infância e suas famílias, assim como também se surge a necessidade de entender de que forma o cuidado vem sendo prestado ao outro, em especial às crianças e aos adolescentes vulneráveis.

Os dados apresentados trazem informações para além do perfil das famílias: revelam o sofrimento vivenciado por estas crianças e estes adolescentes, que precisam estar nessa situação de acolhimento-afastamento da convivência familiar e comunitária.

É urgente a necessidade de repensar as formas de atenção às famílias e as situações de vulnerabilidades sociais, bem como questionar a eficácia da proteção social ofertada atualmente. O contexto social atual dificulta a emancipação das famílias. Essa dificuldade aponta que as políticas públicas e instituições ainda apresentam deficiências nas ações básicas de prevenção e proteção. As confusões conceituais apresentadas se constituem em um empecilho a mais na efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Sabe-se que a medida de acolhimento institucional deve ser excepcional e, para casos onde foram esgotadas as alternativas de intervenção com as famílias, porém as falas dos coordenadores destes espaços retratam que, em alguns casos, os entendimentos sobre as vulnerabilidades e sobre a negligência são decorrentes da própria desproteção social e econômica nas quais estas famílias estão inseridas, culpando-as mais uma vez, por sua incapacidade de cuidar dos seus, de cuidar de si.

Referências

- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Câmara dos Deputados, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. DOU de 16/7/1990 - ECA. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- CALCING, Jordana; BENETTI, Silvia (2014). Caracterização da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional, *Psico Revista*, v. 45, n. 4, p. 559-567, 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/13629/12483>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- CECHINEL, Andre *et al.* Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. *Revista Criar Educação*, v. 5, n.1, jan./jun. 2016. Criar Educação - PETGE - UNESC Criciúma, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/view/2446/2324>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- FAVERO, Eunice Terezinha; VITALE, Amália Faller; BAPTISTA, Myrian Veras. *Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam*. São Paulo: Paulus, 2008.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- LUZA, D.; STEDILE, N. L. R.; DE DAVID, M. I. *Perfil de saúde de crianças e adolescentes em acolhimento institucional em Caxias do Sul*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, 2017.
- MATA, Natália Teixeira; SILVEIRA, Liane Maria Braga da; DESLANDES, Suely Ferreira. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2881-2888, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902881&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2018.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.
- MOREIRA, Maria Ignez Costa. Os impasses entre acolhimento institucional e direito à convivência familiar. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. especial 2 p. 28-37, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2018.
- MUSSE, L. B. *Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito: as experiências dos Estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da Lei n. 10.216/2001 e suas implicações*. 2006. Tese (Doutorado em Direito) - São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.
- NASCIMENTO, Maria Lívia do. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 24, n. especial p. 39-44, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2018.
- OLIVEIRA, Lorena de Melo Mendonça; RESENDE, Ana Cristina. Estudo de sintomas depressivos em crianças sob situação de acolhimento institucional. *Psicol.*

Pesq., Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 55-63, jun. 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.24879/201600100010047>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL. *Secretaria de Saúde, 2015*. Disponível em: <https://www.caxias.rs.gov.br/saude/apresentacao.php>. Acesso em: 2 nov. 2016.

REDE DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE CAXIAS DO SUL, 2014. Disponível em: <https://recria.org.br/conteudo/11>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da *et al.* *Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente*. PUCPR. Curitiba - Paraná, p. 4555-4566. out. 2009. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf. Acesso em: 2 nov. 2016.

ZAVASCHI, M. L. S. *Crianças e adolescentes vulneráveis*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora, 2009.

Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes: interfaces entre violência intrafamiliar e transtornos mentais

Morgana Navarini
Nilva Lúcia Rech Stedile

Resumo: Esta pesquisa discorre sobre a violência intrafamiliar e seus prejuízos ao desenvolvimento infantojuvenil, com ênfase na relação da situação de acolhimento com o desencadeamento de transtornos mentais. Assim, baseia-se em uma pesquisa maior denominada “Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul -RS” que, nesse recorte, utiliza dados obtidos com os coordenadores das casas-lares e abrigos de Caxias do Sul, cujo estudo segue critérios de análise de conteúdo elaborados por Laurence Bardin. Conseqüentemente, os principais resultados apontam que os transtornos mentais na infância têm relação direta com a violência intrafamiliar vivenciada.

Palavras-chave: Violência intrafamiliar. Transtornos mentais. Crianças e adolescentes. Instituições de acolhimento.

Introdução

O presente artigo aborda, dentre as diversas formas de manifestação da violência, a intrafamiliar e sua relação com os transtornos mentais na infância, analisados com base em dados obtidos por meio de uma pesquisa de campo, realizada nos abrigos e nas casas-lares do município de Caxias do Sul/RS no ano de 2016/2017. Este estudo foi elaborado com o intuito de contribuir com os entes públicos e gestores e apresentar informações que possam subsidiar decisões na implementação de políticas públicas protetivas e na qualificação dos atendimentos a crianças que vivem em situação de acolhimento institucional.

Nesse ínterim, nós utilizamos as terminologias “transtornos mentais” e “violência intrafamiliar”, segundo *American Psychiatric Association* na publicação DSM 5:

[...] transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento, subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (p. 20).

Dessa forma, entende-se por violência intrafamiliar a ação ou omissão, por parte de algum integrante da família, ainda que sem laços consanguíneos, em relação de poder, que cause danos ao outro indivíduo, portanto, prejudicando o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento (BRASIL, 2009).

Destarte, essa relação de poder do adulto com a criança, segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 29) consiste em: “[...] formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação”. Incluindo, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos (negligência).

Conforme veremos, a violência intrafamiliar repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas, configurando-se como problema de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Consoante Adorno (1988) ela

é uma forma de relação social que está diretamente relacionada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Ao mesmo tempo, ela é a negação de valores considerados universais, como liberdade, igualdade e a própria vida. Neste processo, a criança e o adolescente são as maiores vítimas de atos abusivos e maus-tratos, ocasionados por sua maior vulnerabilidade e dependência (*apud* FLORENTINO, 2015, p. 139).

Bukowski, Sippola (1998) e Sameroff (1993), citados por Halpern, Figueiras (2004), evidenciam que o ambiente social e o psicológico são fatores que estão associados à saúde mental da criança, e influenciam mais no seu desenvolvimento do que as características intrínsecas do indivíduo. Dessa forma, o desenvolvimento da criança em ambiente com eventos negativos oferece riscos para sua saúde física e mental. Esta influência não ocorre apenas em crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, mas também com quem as presencia. Conforme Emery (1989, *apud* KITZMANN, 2007), ao presenciar violência doméstica, as crianças podem apresentar diferentes reações: intervir; se isolar ou se tornar agressivas; com o risco de enfrentar problemas psicológicos, emocionais, comportamentais e sociais ao longo da vida.

Estudos evidenciam que os transtornos mentais atualmente ocupam os primeiros lugares entre as doenças incapacitantes. Conforme relatam Abelha e Rovisi (2010), frequentemente pessoas que sofrem com transtornos mentais

têm, em seus históricos, episódios de violência na infância, mostrando a importância de estudar os diferentes tipos de violência que atingem a criança e a família.

Por meio das legislações vigentes, no que se refere à criança e ao adolescente, no Brasil está disponível o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.068/1990 (BRASIL, 1990), que estabelece medidas de proteção, assegura direitos e garante o desenvolvimento em ambiente longe da violência, como, por exemplo, o encaminhamento para instituições acolhedoras, como é o caso das crianças e dos adolescentes participantes deste estudo.

Considerando os autores citados, a questão norteadora deste artigo é: *O desenvolvimento de transtornos mentais na infância tem relação com a violência intrafamiliar vivenciada?* Respondê-la favorece o desenvolvimento dos nexos causais entre estes dois temas complexos, auxiliando os profissionais na tomada de decisões quanto a ações protetivas e à produção de ambientes saudáveis ao desenvolvimento infantil.

1 Metodologia

Trata-se de um estudo documental e exploratório, que faz parte de uma pesquisa de campo intitulada “Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS”, no ano de 2016/2017. Para Marconi e Lakatos (2003, p.186): “[...] a pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”. O estudo é documental porque se utiliza do banco de dados com transcrição das entrevistas com os coordenadores da totalidade de instituições acolhedoras de Caxias do Sul.

A pesquisa supracitada, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o n. CAAE 66327417.7.0000.5341 e desenvolvida em duas etapas: a primeira com dados quantitativos, que são tratados por estatística, com base no banco de dados da Fundação de Assistência Social (FAS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul. Na época, o Município contava com três abrigos, 12 casas-lares e 170 crianças e adolescentes acolhidos. Já a segunda etapa realizou-se por meio de entrevistas não estruturadas, aplicadas aos responsáveis das instituições acolhedoras, com vistas a aprofundar aspectos

qualitativos. No total foram entrevistados 15 responsáveis, com entrevistas gravadas e transcritas. Por fim, os autores Marconi e Lakatos (2003) explicam que as perguntas abertas são respondidas informalmente, e o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação na direção que considere adequada, podendo, assim, a questão ser mais amplamente explorada.

As variáveis de interesse do estudo foram: a) razões do acolhimento; b) características familiares; c) tipos de situações atendidas; d) presença de algum transtorno mental/uso de medicações psiquiátricas.

Tendo em vista que a organização e o tratamento dos dados coletados foram baseados em Bardin (1979), a análise de conteúdo enquanto método é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Dessa forma, a avaliação consiste em etapas sucessivas que podem ser, assim, apreciadas: 1ª) pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem submetidos à verificação; a formulação das hipóteses, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final, bem como a leitura flutuante e preparação do material; 2ª) exploração do material; 3ª) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que consiste na análise dos resultados brutos coletados de maneira que se tornem significativos e válidos e proporcionem a interpretação dos dados, de acordo com os objetivos propostos.

2 Resultados e discussão

De acordo com a metodologia escolhida, os quadros abaixo contêm categorias de análise obtidas por meio das falas dos coordenadores das instituições de acolhimento, seguidas da interpretação dos dados. No Quadro 1 são apresentadas as razões do acolhimento, as quais estão organizadas em três categorias.

Quadro 1 - Percepções dos coordenadores sobre as razões do acolhimento

Categorias de análise	Transcrição das falas
Relacionadas a estrutura familiar	“Geralmente são pais dependentes químicos, que negligenciaram o pré-natal, a gravidez...” (E1) “Geralmente famílias em situação de vulnerabilidade e risco social...” (E1) “Pouca estrutura familiar, do cuidado, do afeto...” (E1)

	<p>“Uma desorganização, a parte de vínculos frágeis que se observa nessas famílias até nas tentativas de reintegração.” (E1)</p> <p>“Algumas famílias também com problemas de saúde, que também não conseguem atender as demandas dos filhos em função das limitações próprias.” (E1)</p> <p>“E famílias também com histórico de muitos filhos que estão com os outros familiares, filhos que já passaram por acolhimento institucional.” (E1)</p> <p>“O perfil geral é negligência ou abandono, violência e maus tratos.” (E2)</p> <p>“[...] é toda uma falta de planejamento familiar. Um grande número de filhos, gravidez mal planejada, famílias bem desorganizadas muitas vezes só a mãe ou a avó responsável pelos cuidados deles e numerosas [...]. (E2)</p> <p>“[...] bebês filhos de usuários de drogas que negligenciaram na gestação mesmo, as mães não fizeram pré natal, [...]” (E2)</p> <p>“E são famílias com uma estrutura bem disfuncional, com uma organização muitas vezes caótica.” (E2)</p> <p>“As vezes até pela questão da desnutrição, ou uma alimentação que não é muito saudável, ainda existe essa questão da fome, tem situações bem graves que acontecem nesse meio.” (E2)</p> <p>“Tem toda essa questão da negação, e da projeção nos outros, a culpa é sempre dos outros, sempre no exterior.” (E2)</p> <p>“As crianças vivendo muitas vezes num ambiente sem rotina, onde elas não têm exigências, muitas vezes não tem limites, acaba se gerando transtornos psíquicos em decorrência dessa falta de cuidados dos pais.” (E2)</p> <p>“Os pais negligentes a maioria dependente químicos, usuários de drogas [...]” (E3)</p> <p>“Os genitores na sua grande maioria: dependentes químicos, transtornos mentais, alguns no presídio. (E4)</p> <p>“A gente tem alguns que moravam com família extensa, tem vários que moravam com avós, e aí quando chegam à adolescência as avós não conseguem mais dar conta do manejo...” (E4)</p> <p>“Na verdade, o motivo do acolhimento normalmente é negligência maus tratos abandono, e dentro disso a falta de cuidados, falta de estrutura, [...]. Abuso, alguns físicos, sexual, são vários motivos, e a dificuldade dos pais aí sim é na maioria a dependência química ou problemas mentais.” (E5)</p> <p>“A grande maioria negligência familiar, e aí dentro da negligência entram outros fatores dos pais que fazem com que eles sejam negligentes. O uso de drogas [...]” (E6)</p>
<p>Relacionadas à criança ou adolescente</p>	<p>“Por estarem expostas a diversas situações de risco, situações de vulnerabilidade seja por violência, negligência ou maus tratos.” (E1)</p> <p>“E em relação aos adolescentes geralmente é em relação a conduta deles...” (E1)</p> <p>“Ele (adolescente) acaba se colocando em situações de risco, aí ele acaba no acolhimento.” (E1)</p> <p>“A própria questão da escola também né, eles já vinham de um contexto onde não eram cobrados ou estimulados então é bem complicado para eles aderirem.” (E1)</p> <p>“Um público bem grande de crianças que sofreram negligências graves, desde os cuidados básicos de saúde e cuidados educativos. [...] As vezes até situações de trabalho infantil, crianças usadas para mendicância.” (E2)</p> <p>“Uma saúde fragilizada, também, a gente já teve crianças com problemas sérios de saúde, possivelmente ocasionados pelas mães com o abuso do uso de drogas.” (E2)</p>

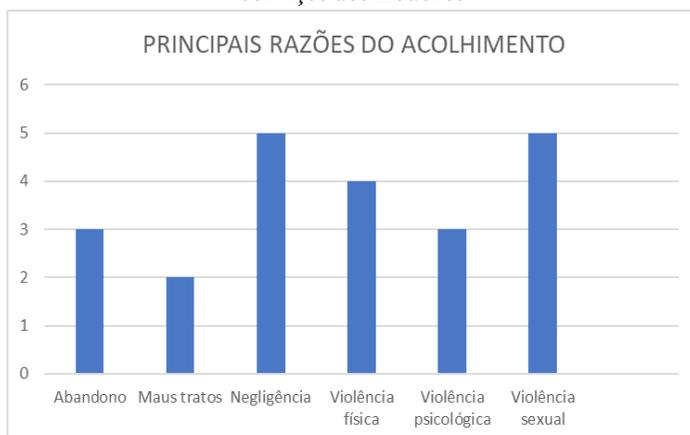
	<p>“[...] são crianças em situação de abandono, abuso, vulnerabilidade social e por aí vai.” (E3)</p> <p>“[...] pra uma criança chegar aqui ela já passou por inúmeras situações então é a última medida protetiva, e a criança chega numa situação extrema da sua vida.” (E5)</p>
<p>Relacionadas a Garantia de Direitos</p>	<p>“[...] são encaminhadas por determinação judicial.” (E1)</p> <p>“[...] o adolescente apresenta uma questão de comportamento e a família não sabe como lidar, aí eles procuram geralmente o Conselho Tutelar.” (E1)</p> <p>“[...] essas crianças são acolhidas pelo Conselho Tutelar na sua maioria e a partir daí eles vão para o abrigo. E depois eles são encaminhados para as casas lares.” (E3)</p>

Fonte: DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

O Quadro 1 mostra que a categoria “Relacionadas a estrutura familiar” é a que mais concentra as percepções dos coordenadores dos serviços de acolhimento. No que se refere às situações de violência intrafamiliar, que levaram ao acolhimento das crianças/adolescentes foram identificadas as seguintes manifestações: negligência no pré-natal, na alimentação; abandono, ausência de rotina, infrequência escolar; maus-tratos; abuso físico; abuso sexual; ex-ploração sexual; trabalho infantil e mendicância (vivência de rua da criança). Ainda, segundo os coordenadores, ocorreram situações de acolhimento devido à conduta das crianças e adolescentes relacionadas ao abandono escolar e uso abusivo de drogas.

Para melhor compreensão das razões do acolhimento, foi elaborado o gráfico a seguir.

Figura 1 - Razões do acolhimento institucional segundo coordenadores dos serviços acolhedores



Fonte: DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

A pesquisa revelou que as principais razões do acolhimento, segundo percepção dos entrevistados, são a negligência e a violência sexual, seguidas da violência física e psicológica. Todas são situações de vulnerabilidade e risco social. Essas razões, pela sua gravidade, colocam essas crianças e adolescentes em ambiente de risco e vulnerabilidade. Submetidos a essas condições, esses podem ter seu desenvolvimento comprometido, o que é uma razão importante na decisão de encaminhamento a instituições acolhedoras. Conforme Janczura (2012), a noção de risco não é somente a iminência de perigo, mas a possibilidade de, em um futuro próximo, ocorrer uma perda na qualidade de vida pela ausência de ações preventivas, que reduz, significativamente, o risco ou ainda faz com que deixe de ocorrer.

Adicionalmente, um fator de risco ao desenvolvimento psicológico e social, citado pela literatura refere-se a pais com deficiência mental. Segundo Williams (2003), assim como o indivíduo com deficiência apresenta riscos de ser vítima de violência intrafamiliar, pais com comprometimento intelectual, conforme as circunstâncias, têm maior probabilidade de agredir e negligenciar seus filhos.

Conforme Zambon *et al.*:

Experiências de violência ocorrida durante a infância poderão interferir de modo significativo no desenvolvimento futuro, produzindo desde comportamentos não adaptativos e déficits

emocionais, até transtornos mentais graves, como: comportamento impulsivo, transtorno de hiperatividade, problemas de aprendizado escolar, bem como transtornos da conduta e abuso de substâncias psicoativas, na adolescência (2012, p. 466).

Uma forma de romper com a iminência desses riscos contra a criança e o adolescente é o acolhimento institucional, que se sustenta em uma intervenção protetora de seus direitos. Cabe destacar que essa intervenção também influenciará no desenvolvimento dessas crianças e adolescentes acolhidos.

Destarte, o ingresso para essas instituições acolhedoras se dá através do Juizado da Infância Juventude, por determinação judicial - citado em uma entrevista - e pelo Conselho Tutelar - citado em duas entrevistas -, que são órgãos componentes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Segue-se que os demais entrevistados não se referiram à forma como se deu o acolhimento.

No Quadro 2, são exibidas as falas dos coordenadores sobre as características presentes nas famílias, as quais estão organizadas em três categorias.

Quadro 2 - Percepção dos coordenadores sobre características presentes nas famílias e que desencadearam o acolhimento institucional

Categorias de análise	Transcrição das falas
<p>Fragilização de vínculos familiares</p>	<p>“[...] identificamos é a desresponsabilização dos pais ou responsáveis, eles têm condição de ficar com a criança ou adolescente, mas eles se negam. Dizem que não conseguem mais cuidar, entregam [...].” (E2)</p> <p>“[...] rompimento dos vínculos familiares, [...] ou um agravamento muito sério dos vínculos familiares. Via de regra é por maus tratos, seja os maus tratos na questão da violência física ou sexual, ou em nível de negligência às vezes até por falecimento ou do pai ou da mãe, ou prisão do pai ou da mãe, ou da pessoa que era a responsável e acabam ficando sem ninguém que os acolha, mas via de regra é esta questão da violência e da negligência, o forte que determina o acolhimento.” (E4)</p> <p>“Um desafio também é trabalhar com essas famílias. [...] mostrar pra eles que se eles não mudarem algumas atitudes eles vão acabar perdendo o poder dessa criança e essa criança vai acabar indo para adoção.” (E5)</p>
<p>Expressões da questão social</p>	<p>“Situações assim várias expressões da questão social como a gente diz, situação de desemprego, violência, pobreza extrema, questão cultural em alguns aspectos porque eles tão reproduzindo isso né.” (E2)</p> <p>“Tem essa questão social, mas não são todos, a gente tem hoje casos bem diferentes, não é o comum, difere dessa descrição [...].” (E2)</p> <p>“A maioria das famílias são de baixa renda, são famílias que estão na grande maioria na pior da miserabilidade, estão envolvidos com tráfico, prostituição.” (E3)</p> <p>“Normalmente são famílias de classe média baixa com várias vulnerabilidades que não tem emprego fixo, que passam inúmeras dificuldades pra cuidar dos filhos e que tem sim um envolvimento com uso ou tráfico de drogas [...]. Alcoolismo.” (E5)</p>

	<p>"[...] possui a vulnerabilidade, o uso de drogas, a questão também da falta de trabalho, da situação da família estar em dificuldade econômica o que acaba trazendo outras questões. Uma coisa leva a outra..." (E6)</p>
<p>Transtornos mentais dos responsáveis</p>	<p>"Algumas famílias também com problemas de saúde, que também não conseguem atender as demandas dos filhos em função das limitações próprias." (E1)</p> <p>"[...] então eles tem bastante prejuízo e defesas psíquicas bem regredidas que a gente vê que não favorecem para que eles possam ter uma melhora no funcionamento, até pra, se possível receber essas crianças." (E2)</p> <p>"Temos muitos casos de genitores com problemas mentais também. Então soma doença mental com uso de drogas e isso potencializa a negligência, a violência e tudo mais. (E3)</p> <p>"Passa pela questão da saúde mental muito frágil e da dependência química." (E4)</p> <p>"[...] é uma família totalmente doente, a família toda, então os avós sem condição já numa idade avançada, a filha com problemas mentais, [...]." (E4)</p> <p>"[...] é uma família que ao contrário das outras teria condição financeira, mas a doença mental é tão grande que eles não conseguem..." (E4)</p> <p>"[...] a maioria dos pais são pessoas com problemas de saúde graves, com é a dependência química, como é o alcoolismo, e os transtornos mentais, e das deficiências." (E5)</p>

Fonte: DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

O Quadro 2 sugere que a categoria "Transtornos mentais dos responsáveis" é a mais citada. Nesse sentido, o relatório da Organização Mundial da Saúde sobre Violência e Saúde (KRUG *et al.*, 2002) indica que pesquisas têm associado a violência intrafamiliar a determinadas individualidades do responsável (peculiaridades psicológicas e comportamentais), bem como características do ambiente familiar.

Assim, o perfil traçado dos responsáveis pelas crianças acolhidas demonstra, em sua maioria: famílias numerosas (vários filhos); monoparentais (principalmente com a presença da mãe) ou extensas (criança/adolescente principalmente aos cuidados dos avós); fragilização ou rompimento de vínculos familiares; ausência de planejamento familiar ou pouca estrutura familiar; desempregados, em situação de extrema pobreza, com histórico de dependência química; e envolvimento com o tráfico de drogas; ainda com presença de transtornos mentais e deficiência intelectual.

Como atesta United States Department of Health and Human Services (USDHHS, 2004), alguns sintomas de extrema perturbação na criação dos filhos, geralmente agravados por outros problemas da família, como pobreza,

falta de instrução, alcoolismo, depressão ou comportamento antissocial, podem levar a violência intrafamiliar. Um número desproporcional de crianças vítimas de abuso e negligência se encontram em famílias grandes, pobres ou sem a presença de um dos genitores, que tendem a viver sob estresse e a ter dificuldade para atender às necessidades dos filhos.

A informação encontrada nas entrevistas e os autores citados anteriormente entram em consenso; Zambon *et al.* acrescentam outros fatores:

[...] condições sociais desfavoráveis (pobreza, promiscuidade, rede de apoio médico e social deficitária, desemprego, condições ruins de moradia), famílias com privação econômica, relações familiares desarmônicas, pais separados, baixo nível de escolaridade dos pais, famílias nas quais os pais abusadores ou negligentes foram abusados ou negligenciados na infância, pais (ou responsáveis) usuários de substâncias psicoativas, ou portadores de outros transtornos psiquiátricos (transtornos da personalidade, depressão, psicose etc.), [...] (2012, p. 466).

Os fatores supramencionados são expressões da questão social, as falas dos coordenadores identificam as seguintes expressões: violência, desemprego; renda e extrema pobreza; questões culturais (relacionadas ao cuidado); transtorno mental; prostituição; tráfico de drogas, e uso de substâncias psicoativas. Como exemplo, estudos revelam que o abuso de substâncias psicoativas tem relação com o crime e a violência; em pelo menos um terço dos casos o abuso de substâncias químicas é um dos fatores que leva à agressão e a negligência (USDHHS, 1999 *apud* PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Cabe frisar que algumas dessas características podem expor mais a criança/adolescente a episódios violentos, mas não se pode marginalizar a pobreza, embora grande número dos casos de negligência ocorra em famílias pobres, a maioria dos pais de baixa renda não negligencia seus filhos. Depreende-se que as situações de violência, nesse contexto, são mais notificadas, mas, independentemente de onde acontecem, a criança está vulnerável a esse cenário, já que é incapaz de impedir seu convívio, afinal de contas, depende do adulto para protegê-la (AVANCI *et al.*, 2009).

No Quadro 3, são apresentadas as falas dos coordenadores sobre os tipos de situações mais complexas presentes nas instituições, as quais estão organizadas em cinco categorias.

Quadro 3: Percepção dos coordenadores sobre os tipos de situações mais complexas presentes nas instituições

Categorias de análise	Transcrição das falas
<p>Transtornos Mentais</p>	<p>“Isto tudo é potencializado quando se usa medicação, quando se usa um tratamento, onde existe essa relutância do adolescente em ingerir o medicamento [...]” (E1)</p> <p>“A questão de aderir ao medicamento psicológico, a psicoterapia, [...]” (E1)</p> <p>“A grande maioria tem acompanhamento psiquiátrico, faz uso de medicação, alguns estão com atendimento psicológico também.” (E1)</p> <p>“Psiquicamente ele ta cheio de marcas que não sei se será possível reverter [...]” (E2)</p> <p>“[...] o menino tinha uma série de comprometimentos e a menina não tinha aparentemente problemas, mas tinha possivelmente a gente até alertou que poderia vir a se desenvolver ali uma questão de doença mental pelo histórico da família.” (E2)</p> <p>“O próprio ambulatório da UCS eles disponibilizam vaga pra nós pros abrigos, [...]. O Apoiar e o CAPS também... [...] o CAIS Mental também, [...]” (E2)</p> <p>“[...] o que é um desafio aqui pra nós, é a quantidade de crianças com doenças mentais e transtornos mentais, é muito grande, [...] nós precisamos dia após dias lutar pra que as casas lares não virem mini manicômios...” (E3)</p> <p>“[...] então a rotina da casa lar é escola, atendimentos que eles têm no apoiar, no CAIS, no CAPS Aquarela, [...]” (E3)</p> <p>“Eu já me deparei com a situação de uma casa onde tinham seis crianças e cinco tinham transtorno ou deficiência mental.” (E3)</p> <p>“Nós temos um caso recente de um menino com esquizofrenia, o que acaba estruturando um tipo de autismo que ainda estava sendo avaliado [...]” (E3)</p> <p>“[...] a gente tem adolescentes com problemas psiquiátricos que as vezes eles se desorganizam muito [...] é difícil trabalhar com transtornos, não é uma tarefa fácil.” (E4)</p> <p>“[...] alguns têm transtornos psiquiátricos ou deficiência intelectual, outros não [...]. Temos um menino com autismo, três com deficiência intelectual e alguns fazem acompanhamento psiquiátrico pelos sintomas agressivos.” (E4)</p> <p>“[...] pensarmos em uma perspectiva pro desacolhimento quando completarem a maioridade de adolescentes que estão aqui e tem transtornos [...]. Os transtornos de conduta e outros associados são os que mais nos causa preocupação.” (E5)</p> <p>“[...] se tem um transtorno e não fica na casa lar, eles acabam retornando pro abrigo porque eles ficam evadidos por muito tempo.” (E5)</p> <p>“[...] a criança tinha chance de ter um comprometimento mental [...]” (E5)</p> <p>“A gente tem alguns daí com outras doenças né, outros transtornos. Alguns com diagnósticos não fechados porque são adolescentes, mas com suspeita de diagnóstico. E a gente tem bastante meninos com transtorno de conduta também.” (E6)</p>
<p>Dependência Química</p>	<p>“[...] crianças e adolescentes violentos que se envolvem com uso e trafico de drogas e trazem drogas pra dentro dos abrigos até mesmo.” (E2)</p> <p>“[...] ele ficava muito nas ruas com os traficantes, convivia com traficantes virava madrugada com eles. Presenciou assassinato de um tio inclusive que era envolvido com tráfico então ele também usava drogas esse menino com dez anos.” (E2)</p> <p>“[...] temos um dependente químico e que convive com as crianças dentro de casa e saber que a maioria das crianças menores convivem com as situações dos pais então nos dá um conflito de o que nós estamos protegendo, na medida em que esse adolescente retorna pra nós, acaba não sendo fácil trabalhar até como exemplo pros demais [...]” (E5)</p>

<p>Comorbidades</p>	<p>"[...] Tem uma questão importante da família de comprometimento, tem até uma possibilidade de retardo mental por parte desses pais. É uma negligência sem ser negligente, pois eles não têm noção do quanto eles são negligentes." (E1) "Então dois tem diagnóstico de Retardo Mental Leve e o pequeno tem a questão da dificuldade na fala..." (E1) "[...] nós recebermos crianças já com problemas de saúde, sífilis." (E2) "[...] Uma saúde fragilizada, também, a gente já teve crianças com problemas sérios de saúde, possivelmente ocasionados pelas mães com o abuso do uso de drogas." (E2) "[...] os pais têm uma deficiência mental, tem déficit cognitivo né. Então é uma negligência não intencional por parte deles que fizeram com que as crianças parassem conosco aqui." (E2) "Ela tem deficiência intelectual então, a possibilidade de voltar pra casa é muito remota." (E4) "Chegam crianças pra nós às vezes com três anos de idade que não caminha direito, catatônico, que não brinca, não interagem..." (E5) "Nós temos algumas crianças filhos de pessoas com deficiência mental daí leve ou moderada, mas que não conseguem oferecer os cuidados que a criança ou o adolescente precisam [...]." (E5) "[...] deficiência mental, leve a moderada... [...]." (E5) "Algumas crianças com HIV [...]." (E5) "Nós temos dois diagnósticos de deficiência mental [...]." (E6)</p>
<p>Violência</p>	<p>"[...] tem a questão da negligência, maus tratos." (E1) "Violência física, violência sexual também [...]" (E2) "[...] e esse menino nosso que ta internado também em função do comprometimento do histórico. Sim ele teve uma vivência bem difícil, assim uma mãe extremamente negligente, pouco se responsabilizava pelos cuidados então ele ficava muito nas ruas com os traficantes, convivia com traficantes virava madrugadas com eles [...]." (E2) "No ambiente onde ele morava ele tava ameaçado de morte, com dez anos [...]." (E2) "E abuso também, até pelo ambiente onde ele vivia, ele tem todas as feições as marcas." (E2) "[...] Ele foi prestar contas lá e acabou dando um tiro que acertou numa criança de dois anos e meio." (E2) "[...] crianças em situação de abandono, abuso, vulnerabilidade social e por aí vai. Os pais negligentes..." (E3) "Ela veio morar com a gente com treze recém feitos, e ela tava numa situação de exploração sexual [...]" (E4) "[...] tem outro menino que chegou numa situação de extrema violência física, são inúmeros [...]." (E5) "[...] Hoje em dia a criança chega pro acolhimento com inúmeros tipos de vulnerabilidade, agressão física, psicológica, abuso sexual." (E6)</p>
<p>Reabandono</p>	<p>"[...] E a gente tem notícias de que mesmo casas lares quando vai para uma família, nós temos o caso de uma menina, que estava numa casa lar, foi fazer a experiência não deu certo e voltou ao abrigo, ela regrediu." "Uma nova rejeição, um novo abandono, um novo rompimento de vínculo." (E1) "E esse abandono ele vem a todo momento e daí onde ele repete essas crises recorrentes que ele tem é por causa dessa questão do abandono." (E2) "[...] o mais grave são as crianças que retornam não aquelas que retornam por negligência ou outras coisas, mas sim aquelas que voltam por devolução por uma adoção mal sucedida." (E3)</p>

	<p>“Então nós temos uma menina que ela vai ficar até os 21 na casa lar porque pra onde que ela vai? Ela não pode voltar para a família, não tem como ela se manter sozinha, pelas sequelas que ela tem [...]” (E3)</p> <p>“[...] retornaram ao convívio do avô, que acabou criando eles porque a mãe é dependente química. E depois retornaram pro acolhimento porque a experiência não deu certo, [...]” (E4)</p> <p>“Nós tivemos uma menina com sete anos de idade onde a representação da mãe pra ela era muito forte [...], ela fez uma tentativa, mas em menos de dois meses o casal desistiu. Mas uma das justificativas do casal foi de que ela não tinha os mesmos valores que o casal, [...]” (E5)</p> <p>“[...] temos uma menina que completou dezoito anos em maio, e se organizou do seu jeito porque não tinha para onde ir, e temos um menino que atualmente está nesta situação [...]” (E6)</p> <p>“Nós temos bastante adolescentes por isso a nossa realidade é um pouco diferente, não é porque eles fazem dezoito anos que eles estão maduros para a vida adulta. Parece que é o momento em que eles mais precisam de um apoio.” (E6)</p>
--	---

Fonte: DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

O Quadro 3 mostra que, na percepção dos coordenadores, a categoria “transtornos mentais”, no que tange às crianças e aos adolescentes, é a que aparece com maior frequência. Nas entrevistas não ficou claro o número de crianças e adolescentes que apresentam esse diagnóstico, mas todos os dirigentes relataram que atendem crianças com esse perfil; isso foi identificado através de quatro coordenadores que o citam, ou através das demais falas que mencionam o uso de medicação psiquiátrica, o acompanhamento psiquiátrico, o comprometimento mental, devido ao histórico, a deficiência mental e a internação psiquiátrica. Ainda cabe salientar às internações hospitalares em virtude de comorbidades, como doenças congênicas e infectocontagiosas (HIV, Sífilis).

Barnett (1997) afirma:

[...] nenhum outro fator de risco tem uma associação mais forte com a psicopatologia do desenvolvimento do que uma criança maltratada, ou seja, o abuso e a negligência causam efeitos profundamente negativos no curso de vida da criança. [...] as sequelas do abuso e da negligência abrangem grande variedade de domínios do desenvolvimento, incluindo as áreas da cognição, linguagem, desempenho acadêmico e desenvolvimento sócio-emocional. As crianças maltratadas, geralmente, apresentam déficit em suas habilidades de regular afeto e no comportamento geral (*apud* MAIA; WILLIAMS, 2005, p. 92).

A violência na infância causa grandes prejuízos à criança, como, por exemplo, o desencadeamento de transtorno mental, pois o jovem está em

fase de desenvolvimento. No que tange ao abuso sexual, Williams (2002) realizou uma revisão da literatura, evidenciando que em curto prazo podem aparecer problemas, tais como: comportamento sexualizado; ansiedade; depressão; queixas somáticas; agressão; comportamentos regressivos (enurese, encoprese, birras, choros); comportamentos autolesivos; problemas escolares, dentre outros. Além disso, em longo prazo há risco de depressão, ansiedade, prostituição, problemas com relacionamento sexual, promiscuidade, abuso de substâncias, ideação suicida, dentre outros.

Os transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias também causam preocupação aos coordenadores, pois, em duas entrevistas, foi citado que algumas crianças e adolescentes acolhidos fazem uso de substâncias psicoativas, o que pode levar também ao envolvimento com o tráfico de drogas.

Koller, (1999, mencionado por Maia e Williams (2005), sinaliza que crianças nascidas em lar violento estão expostas a fatores de risco ao seu desenvolvimento, que são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Dentre tais fatores encontram-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou desempenho social do indivíduo, como é o caso do uso de substâncias psicoativas (REPOLD *et al.*; 2002 apud Maia e Williams, 2005, p. 92). Explicam Magalhães *et al.* (2017) que a experiência de violência intrafamiliar compromete a integridade física; desencadeia o adoecimento mental, expresso pelo sentimento de tristeza, pelo isolamento social, pela autolesão e pensamento suicida; interfere no desempenho escolar e vulnerabiliza as(os) adolescentes para o uso de bebida alcoólica e o uso de drogas.

Segue-se que a pesquisa do II LENAD (2012), desenvolvida pelo INPAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), corroboraram o que fora citado até então, uma vez que as taxas de prevalência de consumo de substâncias, entre as vítimas de violência precoce, são significativamente superiores nesse grupo, do que na da população geral.

Outra situação que os coordenadores trouxeram como complexa é a devolução das crianças/adolescentes adotadas (em família substituta), ou quando se faz a tentativa de retornarem para a família de origem, mas sem sucesso. A título de exemplo, trouxemos a fala de um dos coordenadores das instituições de acolhimento: “[...] o mais grave são as crianças que retornam;

não aquelas que retornam por negligência ou outras coisas, mas sim aquelas que voltam por devolução por uma adoção malsucedida” (E3).

A situação supracitada também se configura como violência, à qual optamos em nomear como “reedição do abandono”; segundo Ghirardi (2008), a devolução reedita experiências anteriores ligadas ao abandono. Também pode ser considerado como um novo abandono, quando os irmãos são separados, seja pelo acolhimento de apenas um dos irmãos que viviam no mesmo ambiente, seja quando apenas um retorna para a família de origem ou vai para uma família substituta, embora procura-se evitar a separação de irmãos.

No Quadro 4 são apresentadas as falas dos coordenadores sobre as perspectivas em relação ao comportamento das crianças e dos adolescentes, as quais são organizadas em duas categorias.

QUADRO 4: Percepção dos coordenadores sobre as perspectivas em relação aos comportamentos das crianças e adolescentes em situação de acolhimento

<i>Tendência a reprodução dos padrões sociais</i>
“Não conseguem romper aquele ciclo, param de estudar muito cedo, escolarização bem precária, muitas vezes sem perspectiva de futuro.” (E2)
“[...] Então a forma de se relacionar dele é violenta, porque os modelos de identificação dele eram esses de pessoas agressivas...” (E2)
“[...] Então ele chega a ser abusivo com as meninas, ele resolve passar a mão nelas e fica provocando aí geram atritos então é comum tumultos quase diários em função dele.” (E2)
“[...] E ele tem recursos muito pobres então o que ele realmente aprendeu na rua, ele ta conosco a um ano, mas a fantasia que ele tem é conhecer o presídio, então ele pediu já pra o levar. Então a fantasia que ele consegue é o presídio porque eu sou um “deles”, o meu destino é isso.” (E2)
“[...] daqui a pouco ela está com quinze crianças lá, daqui a pouco essas adolescentes crescem tem mais filhos e daí ali vão sempre aquele prognóstico ruim, daqui a pouco novamente vai ter quarenta crianças no mesmo espaço.” (E2)
“[...] Então soma doença mental com uso de drogas e isso potencializa a negligência, a violência e tudo mais. Então na verdade são famílias que só vem reproduzindo esse comportamento de geração em geração...” (E3)
“[...] diria que são famílias muito carentes também, via de regra já são pessoas que se criaram numa situação de dificuldade que não tiveram um apoio talvez a acolhida, os direitos garantidos de alguma forma e acabam reproduzindo isso nos próprios filhos depois.” (E4)
“[...] o mais difícil pra trabalhar pra nós enquanto acolhimento eu citaria um menino, pela vivência que ele teve e que acaba reproduzindo aqui.” (E5)
“[...] essas nossas crianças que vão sair daqui e não tiveram acesso a todo o tratamento que eles poderiam, eles também vão se tornar pais, e talvez essas crianças sejam tiradas deles porque eles não vão conseguir oferecer pra essas crianças o que tem de ser oferecido; os cuidados e a proteção [...].” (E5)

Perspectiva de Futuro

"O desenvolvimento deles muito atrasado." (E1)

"Tem a questão da sala de recursos na escola porque a grande maioria tem dificuldade de aprendizagem devido ao histórico e o contexto, e carregam muitas marcas neste sentido." (E1)

"[...] pra tentar instigar elas a pensar no futuro, mas não é fácil. A gente percebe que não é algo com que elas pensem com frequência, [...]." (E2)

"[...] ele ta conosco a um ano, mas a fantasia que ele tem é conhecer o presídio [...] a fantasia que ele consegue é o presídio porque eu sou um "deles", o meu destino é isso [...]." (E2)

"[...] é uma família totalmente doente, [...] é um ambiente hostil, em que a perspectiva é muito ruim em um prognóstico pro futuro." (E4)

"[...] Dificuldade de aprendizado, praticamente todos têm [...]." (E4)

"[...] uma adolescente que está a um bom tempo em acolhimento e já foi tentado colocar em adoção, hoje ela não tem mais a perspectiva de ir pra adoção e não tem evoluído no sentido da sua independência." (E5)

"[...] adolescentes que estão aqui e tem transtornos principalmente se tiver características [...] borderline, são os que não ficam e não conseguimos trabalhar com eles as perspectivas de futuro [...]." (E5)

"Eles têm dificuldades de aprendizagem, dificuldades escolares, uma série de implicações." (E5)

"Eu acho que é a falta de alternativa para os adolescentes que alcançam a maioridade." (E6)

"E por mais que tu trabalhe essa questão de inserir em curso profissionalizante, de inserir no mercado de trabalho. Mas tem muitos que são vítimas de tudo isso, eles não conseguem ser resilientes a tal ponto pra superar tudo isso e se inserir ou ter uma nova perspectiva." (E6)

Fonte: DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

O Quadro 4 revela que a categoria "perspectiva de futuro" é a que mais concentra as percepções dos coordenadores, dessarte, os entrevistados indicam fatores de risco que dificultam trabalhar as perspectivas de futuro com as crianças e adolescentes, tais como: dificuldade de interação social, baixa autoestima, desenvolvimento cognitivo prejudicado, deficiências e transtornos mentais. E mais, se acrescenta ainda as crianças e os adolescentes sem expectativa de retornarem para a família, devido ao contexto, aliás, também sem probabilidade de adoção, devido à faixa etária, adolescentes sem estímulo em relação à autonomia, ou que não conseguem superar a situação que lhes fez ingressar para acolhimento.

[...] por mais que tu trabalhe essa questão de inserir em curso profissionalizante, de inserir no mercado de trabalho. Mas tem muitos que são vítimas de tudo isso, eles não conseguem ser resilientes a tal ponto para superar tudo isso e se inserir ou ter uma nova perspectiva (E6).

Conforme visto, evidencia-se ainda que os adolescentes acolhidos não se enquadram nos padrões produtivos apontados pelo mercado de trabalho, por não apresentarem a idade/escolaridade exigida para o Jovem Aprendiz. De fato, configura-se como um problema social essa realidade originária, na maioria das vezes, da violência vivenciada que favorece o desencadeamento de transtornos mentais e dificuldades de aprendizagem.

No entanto, a resolução desses problemas sociais não é responsabilidade individual, em outras palavras, por mérito ou esforço individual como a sociedade faz parecer, nesse ínterim, o Estado deve propor ações de inclusão dos jovens ao mercado de trabalho, mas não como se estas, por si sós, possam superar o histórico de violência na infância. Também se destaca que faltam políticas públicas específicas que deem suporte a esses adolescentes.

Consoante Nascimento:

O Estado incita fantasias de que a “normalização”, necessariamente, trará consequências positivas para a vida dos jovens e busca, desta forma, por meio da construção da crença na possibilidade de ascensão social via escolarização e no ingresso no mundo do trabalho, orientar uma série de outras práticas, como um maior controle do nascimento de filhos, uma conduta orientada para a economia, o não envolvimento em práticas ilícitas, ou seja, o afastamento das consideradas “condutas de risco” (2014, p. 14).

Mas Teixeira (2016) acredita que é possível estimular crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, através de capacidades resilientes, conforme Junqueira e Deslândes (2003, p. 228), que entendem que a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas sim a superação ou adaptação diante de uma dificuldade considerada como um risco, além da possibilidade de construção de novos caminhos de vida.

De acordo com a Associação Americana de Psicologia (APA), os seguintes fatores auxiliam a resiliência: a) o relacionamento positivo com ao menos um adulto significativo (parente ou não); b) a existência de uma âncora religiosa ou espiritual (fornece senso de significado); c) expectativa acadêmica alta e realista, e suporte adequado; d) ambiente familiar positivo (limites claros, respeito pela autonomia do adolescente, etc.); e) inteligência emocional; e f) habilidade para lidar com o estresse.

Destarte, estudos mostram que a violência intrafamiliar influencia as crianças a reproduzirem padrões comportamentais de seus familiares,

tornando-se pessoas agressivas e propensas à criminalidade e à violência (MILLETICH, 2010 *apud* SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014). Segundo a Teoria da Aprendizagem Social, os padrões aprendidos por crianças em um lar violento agem como modelos de como se comportar em interações sociais (BANDURA, 1976).

Endossando essas evidências, Barnett (1997, *apud* MAIA; WILLIAMS, 2005) revela que 70% de pais que maltratam seus filhos foram maltratados quando eram criança, destaca ainda fatores relacionados à gravidez como aumento de risco de maus-tratos: gravidez de pais adolescentes sem suporte social; gestação não planejada e/ou não desejada; gravidez de risco; depressão na gestação, e falta de acompanhamento do pré-natal.

No presente estudo identificamos as seguintes reproduções sociais de comportamento no âmbito familiar: baixa escolaridade; abandono escolar; gestação precoce; prole numerosa; violência interpessoal; fragilização dos vínculos familiares; carência afetiva, desinformação e baixa orientação quanto aos direitos sociais; uso de substâncias psicoativas, transtornos mentais, agressividade e violência. Portanto, alguns desses padrões supracitados, em grande parte, estão relacionados à pobreza afetiva, que, segundo Gabatz *et al.* (2010, *apud* SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014) conduz à desorganização familiar, sendo que as crianças advindas destes contextos se desenvolvem em ambiente de insegurança, agregado à vergonha e ao constrangimento social.

No Quadro 5, são apresentadas as falas dos coordenadores sobre as dificuldades de manejo de situações complexas, as quais são organizadas em quatro categorias.

Quadro 5 - Percepção dos coordenadores sobre dificuldades existentes no manejo de situações complexas

Categorias de análise	Transcrição das falas
<p>Relacionadas a Rede de Apoio Intersetorial</p>	<p>“O abrigo está inserido na questão da assistência social, mas muitas vezes ocorrem questões de saúde mental ou comportamento então tu precisa deste suporte das outras políticas da saúde e da educação.” (E1) “O suporte da rede poderia ser melhor...tem falhas [...]” (E2) “Ou até pra um curso [...] vai abrir inscrições, mas a idade não fecha, a escolaridade não fecha [...] esses cursos profissionalizantes a rede teria de pensar nesses adolescentes.” (E2) “Pensando nessa questão da prioridade, uma colega foi levar uma criança pra uma situação de saúde e ficou alí quase uma hora e pouco aguardando pra fazer a ficha no PA, sendo que tu tem outras crianças aqui, eles não podem se ausentar por tanto tempo [...]” (E2) “E existem também situações da saúde em Caxias que é muito complicada... da rede... as vezes pra ti conseguir uma consulta, [...]” (E3) “[...] a questão da saúde mental das crianças e adolescentes, [...] a gente acha que a parceria entre os abrigos e a saúde deveria ser ainda maior.” (E5) “[...] questão do trabalho com os candidatos pais adotivos, [...] pra sensibilizar que sim, se eu quero adotar eu não preciso escolher uma faixa etária específica.” (E6)</p>
<p>Relacionadas a ausência de serviços e equipe de trabalho</p>	<p>“[...] a escolinha infantil que é algo bem básico né, a gente faz a inscrição, a gente sabe que prioriza, mas em função de não ter vaga mesmo muitas vezes a gente não consegue incluir uma criança. Se não é a prioridade máxima, uma criança em uma casa de acolhimento pra vaga de escolas de educação infantil, então não sei quem é...” (E2) “Caxias a gente não tem uma república, pra que eles possam ir até se organizar [...]” (E3) “Mas falta ainda no município alguma coisa que seja o pós-abrigo, sabe, nós temos os que têm comorbidades, a residência inclusiva, só que a residência inclusiva abriu com ela lotada, com números cheios.” (E3) Nós temos um serviço hoje que está sem psiquiatra.” “E sem pediatra... não temos pediatras nas UBS, e essas crianças assim como as demais elas precisam desse atendimento.” (E3) “O problema maior na área da saúde, o atendimento é sempre muito bom [...], mas a falta de medicamentos ou especialista que demora muito, exames...” (E4) “Agora nós estamos com uma menina que o médico pediu exames que o SUS não dá, e a gente tá tentando... Ela é acolhida ela não tem de onde tirar, então deveria ter isso disponível na rede.” (E4) “[...] porque temos vinte e oito crianças na casa onde deveriam ser no máximo vinte, [...]” (E5) “E a gente se depara com a escassez de recursos humanos [...]” (E5) “[...] o serviço que teria de o município desenvolver para jovens adultos egressos de acolhimento institucional é a república.” (E6) “[...] importância de o município investir em serviços de base. De proteção básica pra que as famílias consigam se organizar [...] tem de ter políticas públicas de investimento. [...] um investimento muito grande na básica pra que as pessoas não cheguem na média e não precisem da alta.” (E6)</p>

<p>Relacionadas ao trabalho interprofissional</p>	<p>"[...] tem de solicitar pro juiz que defina né, porque a gente não conseguem mesmo assim ter uma situação atendida pela falta de funcionários." (E3)</p> <p>"Então assim essa situação da adoção é muito lenta, eu acho que isso teria de ser mais ágil." (E3)</p> <p>"[...] situar o fórum que às vezes quer colocar um pouquinho de pressão nas questões de poder dar um parecer psicológico da criança, é fundamental." (E5)</p> <p>"Acho que tem de se investir muito mais em capacitação pro educador social, a formação dele é atualmente nível médio. [...] o educador tem que ser trabalhado pra trabalhar os diferentes níveis de desenvolvimento dessas crianças e poder contribuir mais." (E5)</p> <p>"[...] sugestão [...] pra uma nova pesquisa fosse à saúde mental do trabalhador de abrigo." (E5)</p> <p>"[...] o trabalho com os funcionários, as vezes a gente enfrenta problemas muito maiores com os adultos do que com os acolhidos." (E6)</p>
<p>Cultura da adoção</p>	<p>"A preferência é pelos bebês até seis anos de idade, a partir disso já tem um pouco de dificuldade. Quando apresenta alguma questão de saúde mental, aí também dificulta pelo que conhecemos. E quando há irmãos também dificulta por que se busca não separar os irmãos, então se tu apresentar para um casal todo o contexto familiar e as limitações fica mais difícil, na questão da adoção tardia por exemplo." (E1)</p> <p>"Sim, normalmente elas buscam crianças mais novas, bem comum por bebês, são os mais procurados. Tem muita demanda pra bebê e as adoções tardias que são acima de dois anos, vão ficando cada vez mais limitadas as possibilidades pra essas crianças. E normalmente meninas... grupos de irmãos não é comum, vai limitando muito." (E2)</p> <p>"[...] o perfil que se quer normalmente são: crianças brancas, sem nenhuma doença, sem problemas de saúde..." (E2)</p> <p>"[...] a adoção tardia é uma coisa que a gente precisa trabalhar, porque temos muitas crianças que teriam assim todo perfil pra ser adotada, mas as pessoas não querem..." (E3)</p> <p>"O interesse maior é nos pequenos né..." (E4)</p> <p>"Bebês e crianças até dois anos é bem tranqüilo assim, claro que tem as características de cor, saúde tem de estar em bom estado, tem de ser branco, sabe..." (E4)</p> <p>"[...] na verdade tem muito mais pessoas que querem adotar do que crianças pra adotar, só que não zera a lista dos disponíveis por conta destas escolhas." (E4)</p> <p>"As crianças que estão em idade ainda de adoção, até dez anos e tal, com algumas dificuldades porque o mais fácil é até cinco anos, acima de dez já fica mais difícil a adoção." (E5)</p> <p>"[...] as colegas do fórum trazem é que normalmente querem crianças saudáveis, sem problemas graves de saúde, querem crianças abaixo de um ano ou no máximo abaixo de cinco. E tem a questão ainda de ser branco, [...]." (E5)</p> <p>"[...] as situações em que teve tentativas de adoção tardia, se é um grupo de irmãos as chances de dar certo são maiores. Porque daí o irmão maior com os menores, tem um vínculo eles se sentem amparados enfim, continuam com parte da família [...]." (E5)</p> <p>"A gente tem uns dois que tem dez anos de acolhimento." (E6)</p> <p>"Mas a gente vê que o perfil mais procurado são os menores. E nós temos adolescentes, que foram destituídos a muito tempo e não foram adotados..." (E6)</p>

Fonte: DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

Consideremos agora o Quadro 5, que exhibe a categoria “Relacionadas a ausência de serviços e equipe de trabalho”, que é a mais citada pelos coordenadores. Em vista disso, os representantes das instituições de acolhimento do Município indagaram a ausência de uma República, local em que os jovens possam residir após atingir a maioridade. Assim como a necessidade de mais Residências Inclusivas para os jovens deficientes e que apresentam dificuldades para inserirem-se no mercado formal de trabalho. Aliás, enaltecem a necessidade de maior investimento nas políticas públicas da Proteção Social Básica, para o enfrentamento das adversidades: “[...] um investimento muito grande na básica pra que as pessoas não cheguem na média e não precisem da alta” (E6). Quanto às demandas do público atendido, o que preocupa nosso espaço amostral é maioridade legal, já que esta não garante a continuidade do acompanhamento.

Consideremos ainda o Quadro 5, que aponta a falta de maior suporte da rede de apoio intersetorial, principalmente das políticas de saúde mental e de educação. Exemplificando, os entrevistados citam a ausência de vagas em escolas infantis para as crianças acolhidas, que pertencem ao público prioritário. E mais, em relação à saúde, indicam falta de especialistas nos serviços públicos, como pediatras e psiquiatras; medicamentos e exames, sendo necessário solicitar via judicial o que gera burocracia.

Trataremos agora do tema relações de trabalho interpessoal, os entrevistados sinalizam a existência de dificuldade de manejo dos profissionais, em especial dos educadores sociais, e consideram relevante o incentivo à formação de nível superior e capacitações para qualificar o trabalho dos educadores; ainda, segundo os coordenadores, há a necessidade de uma pesquisa relacionada à saúde mental desses trabalhadores, devido ao elevado grau de adoecimento destes profissionais.

Outro tema sugerido pelos entrevistados é a tipificação do padrão social exigido para adoção: bebês, ou crianças abaixo de cinco anos, brancas, sem problemas de saúde, principalmente relacionados à saúde mental (dado destacado em quatro entrevistas), evitam grupo de irmãos, pois as instituições de acolhimento buscam não os separar. Ainda, informam que a lista de pessoas com interesse na adoção é muito maior do que o número de crianças para serem adotadas; no entanto, a maioria dessas pessoas busca um perfil que não é a realidade dos abrigos.

Por exemplo, as crianças disponíveis para adoção, ou seja, aquelas em que os responsáveis foram destituídos do poder familiar estão com idade acima das que as pessoas buscam: “A gente tem uns dois que têm dez anos de acolhimento” (E6). Aliás,

a preferência é pelos bebês até seis anos de idade, a partir disso já tem um pouco de dificuldade. Quando apresenta alguma questão de saúde mental, aí também dificulta pelo que conhecemos. E quando há irmãos também dificulta por que se busca não separar os irmãos, então se tu apresentar para um casal todo o contexto familiar e as limitações fica mais difícil, na questão da adoção tardia, por exemplo (E1).

Prigol reforça as percepções dos coordenadores, quando diz:

A maioria das crianças disponíveis atualmente para adoção tardia foi abrigada com idade superior a três ou quatro anos. Muitas vezes as destituições resultam de processos em que a burocracia, o descaso, ou a falta de profissionais e/ou de preparo técnico não proporcionou um cuidado com a reintegração familiar, ou com a agilização do processo de destituição, mediante estudo das condições psicológicas da família, já que questões de ordem econômica, como as alegadas na grande parte dos abrigamentos, não justificam nem a medida de acolhimento, nem o abandono posterior da família. São crianças não assumidas numa cultura em que o abandono é condenado moralmente e muitas mães para evitar um rechaço, desistem da opção da entrega precoce, mas acabam abandonando tardiamente (2017, p. 222-23).

Outra forma de violência é o abandono das crianças nos abrigos, que não se encaixam no padrão socialmente estabelecido de adoção, através de uma busca no Sistema Nacional de Adoção (2018); os dados encontrados confirmam relatos dos coordenadores, em vista disso, os 44.673 pretendentes cadastrados, em relação ao fator saúde/doença, 62,22% aceitariam crianças sem doenças, sendo que apenas 3,42% acolheriam crianças com doença mental.

Dessa forma, o caráter provisório do acolhimento não é efetivado, as possibilidades de convivência familiar, a reinserção e adoção são reduzidas, e a superlotação nos abrigos e casas-lares só aumenta. Por fim, a estratégia sugerida pelos entrevistados é a articulação das políticas públicas, no sentido de sensibilizar a adoção tardia e trabalhar a reinserção familiar, prioritariamente, uma vez que a ideia é estimular a “contracultura” da adoção, para que sejam centradas nas necessidades das crianças e dos adolescentes, em vez de focar características preferenciais da família substituta.

Considerações finais

O presente estudo demonstrou a relação entre transtornos mentais na infância e a violência intrafamiliar; nesse sentido, baseamo-nos nos relatos construídos por intermédio de uma pesquisa qualitativa, aplicada entre os coordenadores das instituições de acolhimento do Município de Caxias do Sul. Nossa intenção é fomentar o auxílio ao Poder Público, na tomada de decisões quanto a ações interventivas para o crescimento infantil em um ambiente saudável e protetivo.

Conforme o que foi visto até aqui, evidenciamos a necessidade de um trabalho multidisciplinar, intersetorial e interprofissional, articulado entre a rede socioassistencial e intersetorial, para assim formar uma rede de apoio. Nesse contexto, a centralidade das ações nas políticas públicas deve pautar-se na família, por intermédio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Esses aspectos da rede de apoio são importantes de serem evidenciados; segundo Rizzini, Barker e Cassaniga (2000), as bases de apoio formais (escolas infantis e regulares, serviços de convivência, programas religiosos) e informais (redes de amizade e solidariedade, relações afetivas significativas na vida das crianças e dos adolescentes), bem como os recursos familiares e comunitários, são elementos fundamentais para o desenvolvimento saudável de uma criança.

De acordo com o que foi exposto, o perfil das famílias com crianças acolhidas infere uma fragilização dos vínculos familiares, sendo ilustrado através da pobreza afetiva; da ausência de planejamento familiar; situações de dependência química; envolvimento com tráfico de drogas; além dos transtornos mentais e deficiência intelectual. Por conseguinte, são situações expressas, na maioria dos casos, conforme evidencia a pesquisa, devido à pobreza (desemprego) e a questões culturais (de cuidado e baixa escolaridade), que estão mais relacionadas a episódios violentos, o que acarreta vulnerabilidade e risco social e pessoal, principalmente evidenciado pelo que foi coletado por meio da análise dos dados; evidencia-se questões relacionadas à negligência, violência sexual, física e psicológica perpetrada. Todos esses fatores, segundo a bibliografia consultada, interferem no desenvolvimento e favorecem os transtornos mentais.

Desta forma, com base na literatura e nos dados aqui apresentados, reconhece-se que os transtornos mentais na infância são consequência, dentre outros fatores, da violência intrafamiliar vivenciada, pois a violência causa grandes prejuízos, principalmente a quem está em fase de desenvolvimento. A recíproca é verdadeira, visto que os transtornos mentais também podem gerar violência.

Assim, visando romper com a eminência desses riscos, em que estão submetidos os jovens, o acolhimento institucional é um ponto de apoio para sustentar uma intervenção protetiva, depois de esgotados todos os meios de permanência na família. Logo a violência intrafamiliar é um problema social e que pode levar às crianças a reproduzirem padrões comportamentais de seus familiares, como, por exemplo, o uso de substâncias psicoativas, o comportamento agressivo e violento.

Essas situações dificultam trabalhar as perspectivas de futuro das crianças e adolescentes, pois apresentam ainda fatores relacionados à dificuldade de interação social, como a baixa autoestima, além do desenvolvimento cognitivo prejudicado, deficiências e transtornos mentais.

Esses elementos trazem preocupação para as equipes das casas de acolhimento institucional, sobretudo no momento em que os jovens perfazem a maioria legal, pois não possuem um âmbito familiar sadio para regressarem e, também, muitas vezes não se adequam ao perfil prescrito pela sociedade capitalista. Não obstante, autores conjecturam que capacidades resilientes auxiliam na melhoria da qualidade de vida desses jovens, e se apresenta como um recurso que pode ser alçado através de convivências positivas com adultos de referência. Outra alternativa citada seria o desenvolvimento da religiosidade, e mais, da vida escolar, somada a um ambiente familiar acolhedor, com aceitação, respeito e que trabalhe a autonomia desses jovens, além do auxílio psicológico para desenvolver recursos para lidar com situações adversas.

Quanto à estrutura municipal, salienta-se a necessidade de suporte ampliado da rede de apoio intersetorial, principalmente das políticas de saúde mental e de educação, que são essenciais para se alcançar a proposta de resiliência, bem como estimular as relações de trabalho interpessoal com troca de experiências e estratégias de apoio.

Uma alternativa é a adoção legal, todavia a prevalência das famílias habilitadas é de um perfil que não corresponde com a realidade das instituições de acolhimento, especialmente no que se refere a jovens com diagnóstico de transtorno mental. Por conseguinte, pode ocorrer a devolução da criança/adolescente pela família substituta, prática que reedita o abandono e o sofrimento do protegido.

O caráter excepcional e provisório do acolhimento deve ser priorizado, garantindo que a criança e o adolescente se desenvolvam em um ambiente familiar e comunitário, seja através da reinserção familiar, seja através da adoção. Conforme o que foi visto através do conteúdo amostral dos coordenadores, conclui-se que as políticas públicas devem estar articuladas para atuar de forma efetiva na proteção da infância, principalmente através de intervenções da proteção básica, à qual necessita de maior investimento municipal. Também se evidenciou a necessidade de uma sensibilização da adoção tardia, estimulando uma cultura de adoção que rompa com os padrões socialmente estabelecidos, na qual a ação é centrada nas necessidades das crianças e dos adolescentes, em vez de focar características preferenciais das famílias.

Referências

- ABELHA, Lúcia; LOVISI, Giovanni. Violência intrafamiliar e transtornos. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 467-468, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_467-468.pdf. Acesso em: 19 maio 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%A1stico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2018.
- AVANCI, Joviana; ASSIS, Simone; OLIVEIRA, Raquel; PIRES, Thiago. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciênc. Saúde Coletiva [on-line]*. 2009, v.14, n. 2, p. 383-394, 2009. ISSN 1413-8123. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200008>.
- BANDURA, A. (1976). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. Disponível em: http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_Social_LearningTheory.pdf. Acesso em: 29 set. 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70; LDA, 1979.
- BRASIL. *Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. ECA _ Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8; Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 7 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência*. Brasília, 2009. 44 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf. Acesso em: 3 ago. 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ADOÇÃO. *Programas e ações*. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>. Acesso em: 1º out. 2018.

DAVID, Margarete Isoton de; *et al.* Caracterização sociodemográfica de crianças em situação de acolhimento institucional na cidade de Caxias do Sul-RS. Universidade de Caxias do Sul, 2016.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérnago. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 139-144, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000200139&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2018.

GHIRARDI, Maria Luiza de Assis Moura. A presença da infertilidade no contexto da adoção: efeitos possíveis na relação pais/filhos adotivos. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C. RANÑA, W. (org.) *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 151-164.

HALPERN, Ricardo; FIGUEIRAS, Amira C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal Pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl. p. 104-110, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2018.

LARANJEIRA, Ronaldo (Supervisão) *et al.*. *Violência Contra Crianças ou Adolescentes e o Uso de Drogas*. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/lenad/resultados/violencia-contra-crianca-ou-adolescente/resultados-parciais-2/>. Acesso em: 20 set. 2018.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173/8639>. Acesso em: 29 set. 2018.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n. 1, jan./fev. 2003.

KITZMANN, Katherine M. Violência doméstica e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas. *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância: maus-tratos na infância*. University of Memphis, EUA, ago. 2007, jul. 2011. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2307/violencia-domestica-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-social-e-emocional-de-criancas-pequenas-.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

KRUG, E. G. *et al.* World report on violence and health. Geneva: World Health Organization [on-line], 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

MAGALHAES, Júlia Renata Fernandes de *et al.* Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes. *Esc. Anna Nery* [online]. 2017, vol.21, n.1. Epub. Jan.16, 2017. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170003>. Acesso em: 29 set. 2018

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas psicol.* [online], v.13, n. 2, p. 91-103, 2005. ISSN 1413-389X. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2005000200002. Acesso em: 20 set. 2018.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NASCIMENTO, Natália Ilka Moraes. Exclusão social *versus* oportunidades: a estratégia discursiva das políticas públicas de juventude no Brasil. *Revista Perspectivas Sociais*, Pelotas, ano 3, n. 1, fev. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/percsoc/article/viewFile/2459/2771>. Acesso em: 29 set. 2018.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. *Desenvolvimento humano*. Trad. de José Carlos Barbosa, Carla Versace, Mauro Silva. 10. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PRIGOL, Maria Rosi Marx. Crianças e adolescentes e o direito de crescerem sem violações: os filhos que ninguém quer. In: COMISSÃO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório Azul 2017*, Porto Alegre, RS, 2017. cap. 3. p. 22-23. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repdcp_m505/CCDH/Relat%C3%B3rio%20Azul%202017.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

RIZZINI, Irene; BARKER, Gary; CASSINGA, Neide. *Criança não é risco, é oportunidade*: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária; Instituto Promundo, 2000. Disponível em: <https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2015/02/Crian%C3%A7a-n%C3%A3o-%C3%A9-risco-%C3%A9-oportunidade-Fortalecendo-as-bases-de-apoio-familiares-e-comunit%C3%A1rias-para-crian%C3%A7as-e-adolescentes.pdf>. Acesso em: 4 out. 2018.

SILVA, Daniel Ignacio da; MAFTUM, Mariluci Alves; MAZZA, Verônica de Azevedo. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. *Texto Contexto - Enferm.* [online], v. 23, n. 4, p.1087-1094, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01087.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

TEIXEIRA, Emarianne Campanha. *Resiliência e vulnerabilidade social: uma perspectiva para a educação sociocomunitária da adolescência*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 9, n. 2, p.141-154. Disponível em: <http://www.laprev.ufscar.br/documentos/arquivos/artigos/2003-williams.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

ZAMBON, M. P.; JACINTO, A. C. A.; MEDEIROS, M. M.; GUGLIELMINETTI, R.; MARMO, D. B. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000400018>.

O crack no Brasil: como estamos estudando?

Ana Maria Paim Camardelo
Bibiana Calatayudi Barbosa Turri

Resumo: Considerando que o consumo de *crack* no Brasil tem sido alvo de diversas ações de saúde e políticas públicas, tanto por sua prevalência quanto pelos efeitos apresentados pelo uso. Objetiva-se, por meio deste estudo, verificar de que modo vem sendo pesquisado o assunto *crack* no Brasil. Para isso, delimitou-se o período de cinco anos (2013 a 2017) para selecionar, por meio de critérios específicos, 61 artigos inseridos na base dados SciELO e 242 teses e dissertações, elencadas no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes. Observou-se como resultados uma prevalência de publicações no Rio Grande do Sul (71) e São Paulo (44); a Região Sudeste brasileira obteve o maior destaque (81). A universidade que abarcou o maior número de pesquisas foi a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, seguida da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade de São Paulo. As ciências da saúde integraram a maior parte dos estudos relacionados ao *crack*. Nos artigos pesquisados, existiu a prevalência da enfermagem (22) e psicologia (12), já, nas teses e dissertações, a psicologia obteve maior evidência. Relacionados aos temas de maior investigação, destacaram-se os subtemas: “linhas de cuidado e tratamento” (57), “saúde integral” (48) e “representações sociais, estigmas e vulnerabilidades” (43). Conclui-se, por meio destes resultados, que o Brasil vem investigando temas pertinentes e relevantes associados ao *crack*. Contudo, por tratar-se de um fenômeno complexo e que compreende diversas facetas em esferas pessoais e sociais, muitos aspectos ainda podem ser explorados.

Palavras-chave: *Crack*. Revisão sistemática. Drogas. Saúde mental coletiva.

Introdução

O consumo de substâncias que visam alterações de comportamento, consciência e temperamento é conhecido em todas as sociedades e culturas, sendo apenas diferenciadas suas formas de manipulação, produção e tratamento (MEDEIROS, 2014; ESCOHOTADO, 1998). Lorencini Júnior (1998) corrobora a ideia, trazendo que o consumo de drogas está presente na maioria das culturas, variando somente seus padrões de uso, funções sociais, alcance e frequência.

Uma das substâncias cujo consumo tem crescido mundialmente nos últimos anos, em especial no Brasil, é a cocaína, especialmente em sua versão fumada, conhecida como *crack* (PEDROSA *et al.*, 2006). Resultante da transformação do cloridrato de cocaína por meio de substâncias alcalinas, o *crack* torna-se uma pedra para ser fumada. A ação produz efeitos instantâneos que perduram durante alguns minutos, ocasionando uma sensação prazerosa de curta duração (ZEFERINO *et al.*, 2017).

O uso de *crack* vem sendo foco de uma grande preocupação mundial e constitui um grave problema de saúde pública (VOGEL; SLOB, 2014). Medeiros (2014) cita que, na atualidade, as drogas e, principalmente, o *crack* pode ser considerado um tema de inquietação universal, capaz de mobilizar interesses de ordem intelectual, conceitual científica, econômica, política, estética, religiosa, médica, psicológica, legal, moral, ideológica e simbólica. Deste modo, com o intuito de verificar de que forma e quais aspectos relacionados sobre este tema estão sendo investigados no Brasil, buscou-se realizar um levantamento acerca das produções científicas brasileiras, que foram produzidas entre 2013 e 2017.

1 Metodologia

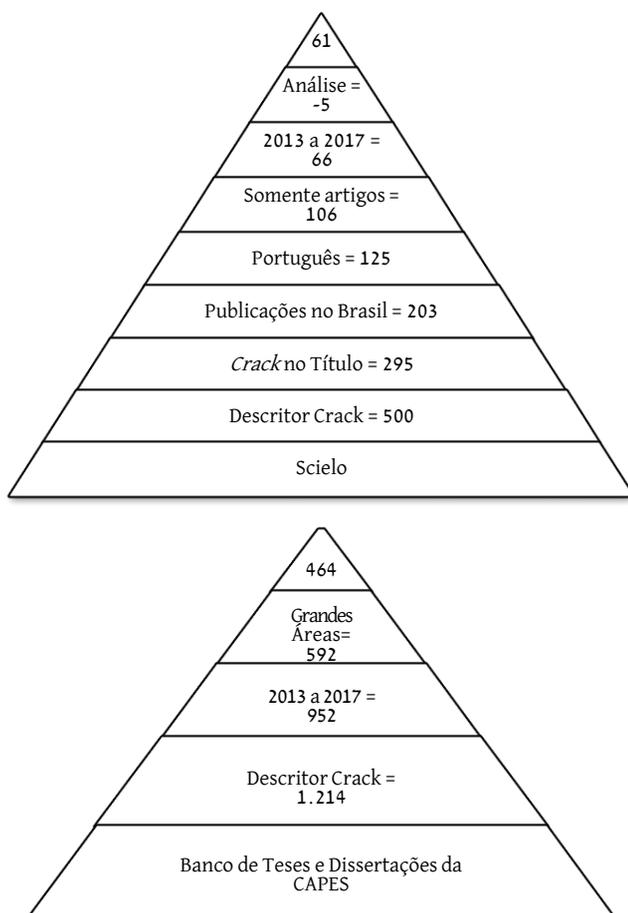
Este artigo trata-se de uma revisão sistemática de literatura, que consiste em uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a um tema específico (CILISKA; CULLUM; MARKS, 2001). Esta metodologia tem como princípios: (i) a exaustão na busca dos estudos analisados; (ii) a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão; e (iii) a avaliação das publicações (LIMA; SOARES; BACALTCHUK, 2000).

Para a realização do levantamento acerca das publicações brasileiras relacionadas ao consumo de *crack*, foram utilizadas as bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o Catálogo de Teses de Dissertações da CAPES. Foram priorizadas obras brasileiras, em português, cujo descritor *crack* estivesse inserido no título e delimitou-se o período dos últimos cinco anos para a busca (2013 a 2017).

Para a seleção dos artigos da Figura 1, optou-se pela base de dados eletrônica SciELO e, nesta, por uma busca integrada no Brasil, por meio do descritor *crack*, o que resultou em 500 documentos. Quando selecionadas apenas obras com o descritor no título, passou-se a 295. Posteriormente, filtraram-se conteúdos publicados no Brasil (203), em português (125) e somente artigos (106). Por fim, delimitaram-se os anos de publicação (2013 a 2017), totalizando 66 artigos. Após uma análise inicial desta amostra selecionada, notou-se que, desta totalidade, cinco documentos (dois artigos em 2015, um artigo em 2014 e dois artigos em 2013) tratavam de temáticas relacionadas à área de engenharia, cujo descritor *crack* possui significado diverso do proposto por este estudo. Deste modo, esta revisão está composta por 61 artigos científicos.

Para a busca das teses e dissertações, colocou-se o descritor *crack* na base de dados Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, que gerou 1.214 produções iniciais, como pode ser visto na Figura 1. Após a delimitação dos anos (2013 a 2017), este número passou para 952 documentos. Em seguida, filtrou-se pelas grandes áreas de conhecimento (ciências biológicas, ciências da saúde, ciências humanas, ciências sociais aplicadas e multidisciplinares) em que se localizou o total de 592 obras. Posteriormente, foram filtradas 30 áreas de conhecimento mais específico, resultando em 464 teses e dissertações. Finalmente, conferiu-se o descritor *crack* no título, o que resultou em um total de 242 documentos.

Figura 1 - Seleção dos artigos, das teses e dissertações



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Visando a captação de dados do material selecionado, posteriormente foram observados quais os periódicos de maior vinculação ao tema, assim como as principais áreas que estão envolvidas nestas publicações. Quanto às teses e dissertações, foram elencadas as universidades vinculadas a estas pesquisas, as principais áreas de investigação e, por fim, de forma geral, quais as temáticas que vêm sendo analisadas por meio destes estudos.

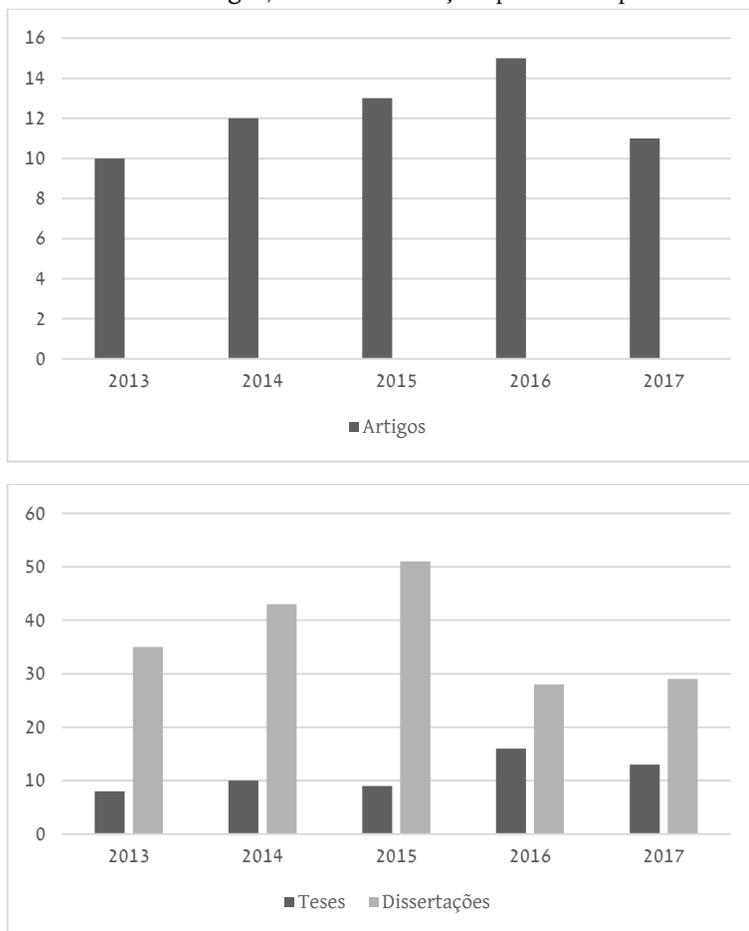
Para a seleção das áreas e temas de maior investigação, foram avaliados os títulos das obras e seus resumos. Visando melhor compreensão acerca dos assuntos que vêm sendo abordados no decorrer dos anos, optou-se por distribuir os documentos em 15 subtemas: 1) Linhas de cuidado e tratamento; 2) Família e rede de apoio; 3) Maternidade e gestação; 4) Perfil dos usuários; 5) Capacitação dos profissionais; 6) Aspectos relacionados ao consumo da substância; 7) Adolescentes; 8) Mulheres e suas especificidades; 9) Representações sociais, estigmas e vulnerabilidades; 10) Meios de comunicação e mídia; 11) Movimentos sociais e programas de governo; 12) Violência e crime; 13) Saúde Integral; 14) Leis e direitos; 14) Outras publicações.

Desta forma, por meio dos critérios de seleção, totalizaram-se 303 documentos analisados, sendo 61 artigos e 242 teses e dissertações.

2 Resultados e discussão

Contabilizando-se os artigos científicos selecionados (Gráfico 1), nota-se que 2016 foi o ano com maior destaque com 15 artigos, seguido de 2015 com 13 artigos, 2014 com 12 artigos, 2017 com 11 artigos e, para finalizar, 2013 com 10 artigos. Nota-se uma diminuição no número de artigos publicados em 2017, chegando-se quase à equiparação a 2013.

Gráfico 1 - Artigos, teses e dissertações publicados por ano



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Como pode ser observado no Gráfico 1, considerando as publicações analisadas, aponta-se, em relação às teses e às dissertações, que, daquelas 242 que continham o descritor *crack* no título, 2015 foi o ano de maior incidência do assunto, totalizando 60 estudos (nove teses e 51 dissertações). Em seguida, está 2014 com 53 (idem) estudos (10 teses e 43 dissertações); 2016 com 44 estudos (16 teses e 28 dissertações); 2013 com 43 (oito teses e 35 dissertações) e, finalmente, 2017 com 42 (13 teses e 29 dissertações).

Contabilizando artigos, teses e dissertações publicados, obtemos 2015 como o maior ano de publicações (73), seguido de 2014 (65), 2016 (59) e, finalmente, 2013 e 2017 com o mesmo número de estudos (53). Deste modo,

pode-se destacar e inferir que houve diminuição nas pesquisas acerca desta temática nos últimos anos, tendo 2017 com uma totalidade igualitária.

Relacionando-se os 61 artigos selecionados para este estudo, pôde-se filtrar quais foram as principais áreas de investigação que estiveram à frente desta temática, no período eleito (2013 a 2017), assim como seus periódicos. Por meio destes dados, torna-se possível afirmar que *Enfermagem* foi a área que mais se destacou em artigos de publicações científicas, totalizando 22 documentos. Em seguida, apresentou-se a *Psicologia* com 12 artigos, a *Saúde Coletiva* com nove publicações, *Saúde (geral)* (9), *Psiquiatria* (6), *Saúde Pública* (2) e, finalmente, *Medicina Vascular* (1). Alusivo aos periódicos de maior evidência, observou-se a *Revista Ciência & Saúde Coletiva* (8), *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (6) e *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem* (6). Desta forma, as Ciências da Saúde são o principal viés de investigação neste período.

A pesquisa desenvolvida por Moreira, Fernandes, Ribeiro e Neto (2015), que visou analisar os artigos sobre o *crack* publicados no Brasil até 2013, legitima este dado, apontando a hegemonia do campo da saúde nas investigações deste tema. Os autores esclareceram que dos 59 artigos analisados por eles, apenas um não estava abarcado por este campo, mas pelas Ciências Sociais.

Quadro 1 - Áreas de atuação e principais periódicos

Área	Periódicos	2013	2014	2015	2016	2017	Ano
							Total
Enfermagem	Escola Ana Nery Revista de Enfermagem			1	4	1	6
	Revista Gaúcha de Enfermagem	1		2		1	4
	Texto & Contexto - Enfermagem	1	1	2	1		5
	Revista Brasileira de Enfermagem		1		1		2
	Revista Latino-Americana de Enfermagem	1		1	1		3
	Acta Paulista de Enfermagem	1					1
	Interações (Campo Grande)				1		1

Psicologia	<i>Trends in Psychology</i>					1	1
	Psicologia: Teoria e Pesquisa			1	1	1	3
	Psico-USF	1		1	1		3
	Estudos de Psicologia (Campinas)				1		1
	Psicologia: Reflexão e Crítica		1				1
	Psicologia & Sociedade		1				1
	Fractal: Revista de Psicologia	1					1
	Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental					1	1
Saúde Coletiva	Ciência & Saúde Coletiva	2		2	1	3	8
	Physis: Revista de Saúde Coletiva					1	1
Psiquiatria	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2	2	1		1	6
Saúde (geral)	Saúde em Debate		2	1	1		4
	Saúde e Sociedade		2	1			3
	Interface - Comunicação, Saúde, Educação		2				2
Saúde Pública	Cadernos de Saúde Pública				1	1	2
Medicina Vascular	Jornal Vascular Brasileiro					1	1

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Quanto às 242 teses e dissertações selecionadas para integrar este estudo, como pode ser observado na Tabela 2, notou-se a prevalência da área da Psicologia (35) como maior destaque nas pesquisas. Em seguida, apontaram-se a Enfermagem e a Saúde Coletiva, ambas com 26 estudos. Na pesquisa desenvolvida por Rodrigues *et al.* (2012), que investigou 33 teses e dissertações sobre o crack de 1987 a 2008, a Psiquiatria foi a área com maior relevância neste tema. Deste modo, pode-se concluir que, no decorrer dos anos, além da medicina, outras áreas da saúde também foram se apropriando e aprofundando o conhecimento sobre o *crack*.

Quando avaliadas as áreas de investigação durante os anos, podemos apontar que, em 2013, a Enfermagem foi o principal campo que estudou o *crack* com nove documentos. Entretanto, respectivamente, em 2014 (10), 2015 (8) e 2016 (5), a Psicologia figurou como campo de saber que mais

aventurou-se a estudá-lo. Em 2017, surge a Saúde Coletiva com sete pesquisas realizadas neste tema.

Quadro 2 - Áreas pesquisadas em teses e dissertações

Programas de pós-graduação	2013	2014	2015	2016	2017	Ano
						Total
Saúde pública	3	1	1	3	3	11
Ciências do Movimento Humano					1	1
Psiquiatria e Ciências do Comportamento	3	3	4	2	4	16
Psicologia	6	10	8	5	6	35
Ciências Fisiológicas	2		1		2	5
Saúde coletiva	5	1	9	4	7	26
Ciências da Saúde	1	2	5	4	2	14
Bioética					1	1
Psicologia clínica	1	2		1	2	6
Serviço social	1	2	1	3	1	8
Enfermagem	9	8	3	2	4	26
Medicina		2		1	1	4
Genética e biologia molecular	1				2	3
Doenças infecciosas e parasitárias		1			1	2
Atenção integral à saúde				1	2	3
Educação física					1	1
Culturas e identidades brasileiras					1	1
Sociologia	1		2		1	4
Psicologia cognitiva		1		1		2
Antropologia Social		1		1		2
Psiquiatria e psicologia médica	1	1		1		3
Psicologia social e institucional	1	3		1		5
Políticas sociais				1		1
Ciências farmacêuticas	1	1	1	2		5
Prevenção e assistência a usuários de álcool e outras drogas			3	2		5
Gestão e informática em saúde				1		1
Saúde da família	1	1	2	2		6
Medicina tropical e saúde pública				1		1
Psiquiatria		1	1	1		3
Direito político e econômico			1	1		2
Antropologia	1			1		2
Direito		2	2	1		5
Sociologia e direito				1		1
Ciência política			2			2
Enfermagem psiquiátrica		1	1			2

Saúde e desenvolvimento			1			1
Saúde da criança e do adolescente			2			2
Psicanálise			1			1
Educação		2	1			3
Saúde da criança e da mulher			1			1
Políticas sociais e cidadania			1			1
Biociências e reabilitação			1			1
Sociologia política			1			1
Psiquiatria e saúde mental			1			1
Informação e comunicação em saúde			1			1
Saúde mental e atenção psicossocial		1	1			2
Psicobiologia		2	1			3
Ciências sociais		2				2
Ensino na saúde		1				1
Direito constitucional		1				1
Família na sociedade contemporânea	1					1
Processos do desenvolvimento humano	1					1
Promoção da saúde	1					1
Sistema constitucional de garantias de direitos	1					1
Psicologia da saúde	1					1

Fonte: Elaborada pelas autoras (2018).

Agrupando-se as áreas mais pesquisadas, constatou-se que Ciências da Saúde foram as mais abrangentes nos estudos sobre o *crack* (206) e, posteriormente, as Ciências Sociais e Humanas com 36. Este resultado corrobora os dados apontados na análise desenvolvida por Rodrigues *et al.* (2012), em pesquisa anteriormente citada, que também encontrou as áreas relacionadas às Ciências da Saúde como as de maior averiguação nesta temática.

Outro elemento relevante a ser observado, por meio das teses e dissertações são as instituições de ensino brasileiras que mais se sobressaíram ao longo dos anos em pesquisas acerca deste tema. Em primeiro lugar, destacou-se a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com 38 documentos, em seguida coloca-se a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) com 18 obras, a Universidade de São Paulo (USP) com 13, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com 12, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com 11, e a Universidade Estadual do Ceará (Uece) com 10. A Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) alavancou oito estudos, seguida de:

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que despontaram seis estudos cada. Outras universidades, que também preponderaram, com cinco publicações cada, foram: Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

A partir das universidades de maior publicação, por meio das teses e dissertações, pôde-se inferir que o estado brasileiro que mais investigou assuntos alusivos ao consumo de *crack*, entre 2013 e 2017, foi o Rio Grande do Sul com 71 obras. O Estado de São Paulo surge na segunda colocação com 44 estudos. Em seguida, observam-se os estados de: Rio de Janeiro com 26, Ceará com 18 e Pernambuco também com 18.

Em pesquisa realizada por Rodrigues *et al.* (2012) que investigou o período de 1987 a 2008, o estado de maior produção das teses e dissertações foi São Paulo, por intermédio da Unifesp e USP. Nos dados apontados pelos autores, a Região Sudeste brasileira foi a detentora do maior número de produções (81,8%), seguida da Região Nordeste e Região Sul (18,2% cada). Rodrigues *et al.* (2012) apontaram, como possíveis explicações para esta discrepância, o fato de a Região Sudeste naquele período compreender o maior número de cursos *stricto sensu* brasileiros, assim como São Paulo ter sido um dos primeiros locais de apreensão deste tipo de substância.

Por meio dos dados elencados nesta pesquisa, também se concluiu que a Região Sudeste brasileira apresentou maior número de estudos (81) (33%), seguida da Região Sul com 79 (33%) pesquisas, a Região Nordeste com 62 (26%), a Centro-Oeste com 18 (7%) e, finalmente, a Região Norte com apenas 2 (1%) estudos. Ressalta-se a Região Sul do Brasil em evidência, alcançando a Região Sudeste em termos de estudos nesta área.

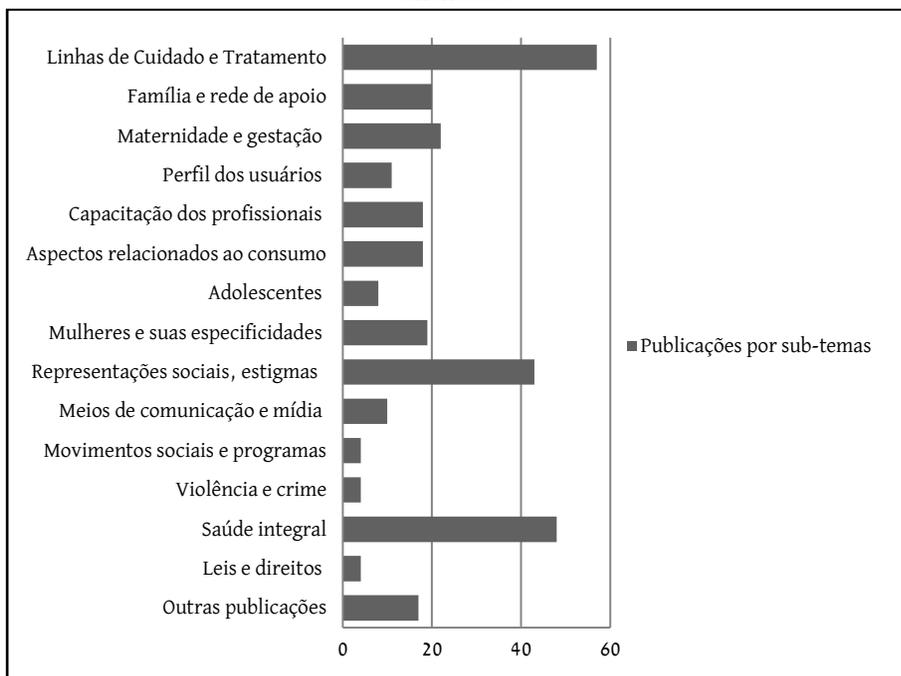
Quanto aos assuntos de maior investigação acerca do consumo de *crack* no Brasil, o objetivo principal deste estudo, notou-se que este tema vem sendo discutido por distintos campos teóricos, assim como por intermédio de diferentes perspectivas e metodologias. Neste artigo, optou-se pelo agrupamento de 15 subtemas, visando objetivar os campos de maior interesse neste tema:

- 1) *Linhas de Cuidado e Tratamento*: abarcou todos os artigos cujos temas envolviam tratamentos para dependência de *crack*, nas diversas abordagens (medicamentosos, psicoterápico, grupos, etc.). Assim como aqueles que abordaram a internação compulsória;
- 2) *Família e Rede de Apoio*: estudos que abrangeram temas familiares, dinâmica familiar, relações parentais, vínculos, rede de apoio e acesso para os usuários;
- 3) *Maternidade e Gestação*: integrou os documentos atrelados à experiência da maternidade, vínculo materno, interação mãe-bebê, mudanças corporais da gestação, puerpério e amamentação;
- 4) *Perfil dos usuários*: neste item permaneceram os estudos de verificação de perfil sociodemográficos dos usuários e envolvidos com o consumo de *crack*;
- 5) *Capacitação dos Profissionais*: envolveu estudos realizados com os profissionais das mais diversas áreas que atuam na rede de atendimento ao dependente químico
- 6) *Aspectos relacionados ao consumo da substância*: este subtema abarcou as pesquisas que investigaram aspectos do consumo, como: fissura, motivações, adesão ao tratamento, *craving*, habilidades sociais, recaída, quantidade de consumo, etc.
- 7) *Adolescentes*: Integrou as investigações específicas com o público adolescente.
- 8) *Mulheres e suas especificidades*: Abrangeu as pesquisas relacionadas as mulheres e o consumo de *crack*, experiências das usuárias, vivências sexuais, fatores de risco e proteção, vulnerabilidades sociais e singularidades de gênero;
- 9) *Representações sociais, estigmas e vulnerabilidades*: neste item foram colocados artigos cujos temas envolveram a questão social, de moradia, preconceitos, vivências, sentidos da droga, cultura, movimentos sociais e vulnerabilidades das mais diversas ordens;
- 10) *Meios de Comunicação e Mídia*: integrou os documentos baseados em materiais de jornais ou revistas, assim como a conteúdos televisivos.
- 11) *Movimentos sociais e programas do governo*: estudos baseados em programas governamentais como o “Crack possível vencer” e outras ações desta ordem.

- 12) *Violência e Crime*: foram inseridas pesquisas cujo tema central envolvia a cena de violência e a vida criminal no *crack*, assim como as ações penais.
- 13) *Saúde Integral*: abrangeu todos os documentos relacionados à saúde, cuidados e investigações nesta esfera, assim como os processos de saúde-doença. Artigos como: efeitos, níveis séricos, nutrição, fármacos, doenças infectocontagiosas, funções executivas, cognição, estudos neurológicos, etc.;
- 14) *Leis e direitos*: neste subtema foram anexados os artigos referentes as leis e aos direitos
- 15) *Outras Publicações*: compreenderam os estudos diversos que não se enquadraram nas demais categorias como: composição da droga, antropologia, teoria dos dons e das dádivas, etc.

Ao verificarmos as publicações em forma de artigos, teses e dissertações, obtem-se o subtema “Linhas de cuidado e tratamento” como principal temática pesquisada e descrita neste período, totalizando 57 documentos. Em seguida, observa-se o subtema “Saúde Integral” com 48 obras, seguido de “Representações sociais, estigmas e vulnerabilidades” com 43 publicações. Dando continuidade destacam-se os temas: “maternidade e gestação” (22), “família e rede de apoio” (20), “mulheres e suas especificidades” (19), “capacitação dos profissionais” (18), “aspectos relacionados ao consumo” (18), “outras publicações” (17), “perfil dos usuários” (11), “meios de comunicação e mídia” (10), “adolescentes” (8) e finalmente os subtemas, “leis e direitos”, “movimentos sociais e programas do governo” e “violência e crime” com quatro obras cada (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Subtemas de maior prevalência nos artigos, nas teses e dissertações analisados



Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

No subtema “Linhas de cuidado e tratamento”, foram encontrados estudos de diversas ordens, abordagens metodológicas e que abrangeram uma variedade de perspectivas relativas a cuidados e tratamentos para a dependência química de *crack*. Kessler e Pechansky (2008) exaltam a existência de diversas abordagens no tratamento para dependência química de *crack*, existindo controvérsias sobre qual destas modalidades, efetivamente, demonstra maior efetividade. De fato, há um consenso de que esta problemática exige um tratamento difícil e complexo, pois se trata de uma doença crônica que deve ser acompanhada durante longo período.

Foram apurados, no subtema “Linhas de cuidado e tratamento”, estudos acerca da trajetória do tratamento e do acesso aos serviços da rede para esta finalidade, assim como sobre as comunidades terapêuticas, onde foram realizadas problematizações sobre esta modalidade de tratamento. Outros documentos abordaram os cuidados realizados em situação de rua, por intervenção de consultório de rua e práticas no território; percepções acerca dos tratamentos; efeitos de psicofármacos no tratamento; rede de saúde no

atendimento ao usuário; trabalhos de grupos; desistência e motivação para os tratamentos e as práticas educativas relacionadas ao consumo. Com intensa proeminência, surgiu também o tema da internação compulsória como meio tratamento. Foram discutidos conflitos éticos e políticos desta modalidade de cuidado, assim como aspectos jurídicos e de sua real eficácia.

O *crack* tem se tornado um desafio aos profissionais, e o sistema público de saúde, configura-se, atualmente, como um dos principais alvos das políticas de governo (BRASIL, 2010). Rodrigues *et al.* (2012) apontam que, dentre as implicações da dependência do *crack*, pode-se observar os danos físicos relacionados ao pulmão, à exposição ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), as hepatites B e C, a violência física, a mortalidade, dentre outros. Corroborando os estudos destes autores, destaca-se, quanto ao segundo subtema mais pesquisado sobre o *crack* “Saúde Integral”, que muitos dos estudos desenvolvidos abrangeram exatamente estas demandas. Foram encontradas diversas publicações acerca de doenças infectocontagiosas como HIV, sífilis e as hepatites, sendo que estas patologias foram associadas e estudadas de diversas formas e perspectivas.

Azevedo e Miranda (2010) explanam que muitos dos problemas alavancados pelo uso de *crack* podem ser considerados de saúde pública, pois o uso da droga está conectado a efeitos complexos e que afetam a saúde e a qualidade de vida dos usuários, de familiares e de toda a sociedade. Outros estudos acerca da saúde também foram desenvolvidos: pesquisas de abordagem genética, neurológicas, de níveis séricos, nutricionais e de qualidade de vida.

Rodrigues, Conceição e Iunes (2015) elucidam que, além das consequências fisiológicas, o dependente de *crack* acaba perpassando por graves dificuldades de ordem psicossocial, que se refletem no modo como o usuário de drogas ilícitas, em geral, tem sido visto e tratado. Estes autores destacaram que o rompimento dos laços afetivos, a perda ou o afastamento do emprego, o pânico coletivo, a desesperança, a violência e o isolamento social estão frequentemente associados a estas dificuldades sociais.

No subtema “Representações sociais, estigmas e vulnerabilidades”, surgiram estudos acerca das representações da droga na vida dos sujeitos, efeitos na vida social e familiar dos usuários, questões relacionadas à autonomia e ao autocuidado. Outros importantes aspectos foram investigados, como a vivência em situação de rua, convivência social, relações comunitárias, his-

tórias de vida e ingresso no mundo das drogas, sobrevivência e experiências cotidianas, subjetividade das relações, preconceito, estigma internalizado e suporte social, estratégias de enfrentamento, construções sociais e rede de apoio, marginalização, acesso as políticas públicas e sociais, contextos de utilização do *crack*, dentre outros.

Considerações finais

A dependência química pode gerar prejuízos para a saúde física, mental e implicações na vida familiar e social de todos os envolvidos (MAGALHÃES; SILVA, 2010). Pode-se concluir, por meio deste estudo, que o crack vem sendo investigado por intermédio de diversas perspectivas que se mostram condizentes com todo o contexto envolvido. Quanto aos assuntos mais pesquisados, notou-se a prevalência de abordagens de tratamentos e cuidados, assim como os relacionados à saúde e aos efeitos orgânicos. Aspectos sociais e vulnerabilidades também foram assuntos amplamente discutidos.

Por intermédio da coleta de dados, averiguou-se que, nos artigos analisados, o ano de 2015 destacou-se com a maior incidência nos estudos. Quando relacionadas as teses e dissertações, estas apontaram 2016 como o ano de destaque. No momento em que elencados todos os documentos selecionados, 2015 tornou-se o de maior número de publicações neste tema.

Relacionado as áreas mais pesquisadas, nos artigos destacou-se a enfermagem, seguida da psicologia. Já nas teses e dissertações, a psicologia obteve o maior número de publicações, seguida da enfermagem e saúde coletiva. Nota-se uma superioridade das ciências da saúde nas investigações, tanto nos artigos quanto nas teses e dissertações.

Constatou-se, por meio desta análise, maior ocorrência de pesquisas nos estados de Rio Grande do Sul e São Paulo, assim como na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de São Paulo. Referente às regiões brasileiras, a Região Sudeste obteve o maior número de estudos, seguida da região sul e nordeste. A Região Norte foi a que menos se destacou, apontando apenas duas teses e dissertações ao longo dos cinco anos pesquisados.

Conclui-se que os pesquisadores brasileiros estão estudando assuntos relevantes e pertinentes ao fenômeno do *crack*. Por ser considerado um tema muito abrangente, que pode afetar de diversas formas a trajetória de grande

contingência de pessoas, aponta-se que ainda há muito que avançar nos estudos do País. Aponta-se que, para encontrarmos soluções em termos de saúde e políticas públicas, considera-se interessante estimular o interesse acadêmico, para a realização de pesquisas nesta área, uma vez que, somente deste modo, poderemos indicar propostas mais efetivas para lidarmos com a complexa substância chamada *crack*.

Referências

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS AD no município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 9 set. 2018.

BRASIL. *Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 9 set. 2018.

CILISKA, D.; CULLUM, N.; MARKS, S. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Evidence Based Nurs*, v. 4, n. 4, p. 100-104, 2001.

ESCOHOTADO, A. *Historia de las drogas*. Barcelona: Alianza, 1998.

KESSLER, F.; PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>. Acesso em: 7 set. 2018.

LIMA, M. S. de.; SOARES, B. G. O.; BACALTCHUK J. Psiquiatria baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 3, p. 142-146, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3at.pdf>. Acesso em: 4 set. 2018.

LORENCINI JUNIOR, A. Enfoque contextual das drogas: aspectos biológicos, culturais e educacionais. In: AQUINO, J. G (org.). *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. 3. ed. São Paulo: Summus, 1998.

MAGALHÃES, D. E. F.; SILVA, M. R. S. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. *REME Revista Mineira Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 408-415, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/133>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 23, n.1, p.105-117. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100105. Acesso em: 9 set. 2018.

MOREIRA, M. R. *et al.* Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack - contribuições para a agenda política. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01047.pdf. Acesso em: 9 set. 2018.

PEDROSA, S. M. *et al.* A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 5, p. 956-963, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0956.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

RODRIGUES, D. S. *et al.* Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 5, p. 1247-1258, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a18v17n5.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

RODRIGUES, D. R. S. da R.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; IUNES, A. L. de. S. Representações sociais do crack na mídia, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31, n. 1, p. 115-123, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n1/0102-3772-ptp-31-01-0115.pdf>. Acesso em: 5 out. 2018.

VOGEL, N. W.; SLOB, E. M. Crack: o que se sabe e o que deve-se saber sobre essa droga tão poderosa. *Revista Saúde Desenvolvimento*, v. 6, n. 3, p. 167-184, 2014.

ZEFERINO, M.T. *et al.* Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 97-106, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0097.pdf>. Acesso em: 1º set. 2018.

O programa de braços abertos: território e mídia

Janaina Dorigo dos Santos
Cristina Lhullier

Introdução

Dentre as sete Constituições federais que existiram no Brasil, a Constituição de 1988 foi nomeada, pelo então deputado federal Ulisses Silveira Guimarães, como Constituição Cidadã. Isto, pois, ao final da ditadura civil militar brasileira, que vigorou por 21 anos, essa buscava restituir os direitos civis e políticos e ampliar os direitos sociais dos cidadãos. A Constituição Federal de 1988 inaugurou a seguridade social, um sistema de proteção que busca, por meio de ações e políticas, a garantia da saúde, da assistência e da previdência à população. Conforme o art. 196, a saúde, um dos pilares da seguridade social, passa a ser “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, 2005).

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) procurou garantir acesso universal, integral e gratuito da população brasileira aos serviços da rede de saúde pública. Contudo, para sua efetiva implantação, sequenciou-se, num contexto de disputas políticas, a elaboração da Lei Orgânica de Saúde, que foi promulgada pela Lei n. 8.080, de 1990. Esta lei interage com a Política Nacional de Saúde Pública, alinhando condições para a implementação das políticas de saúde, no que concerne à promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, a população em situação de rua (PSR) passou a ser visível nas políticas públicas brasileiras apenas em 2004, com a implementação do Plano Nacional de Assistência Social (PNAS). O PNAS surgiu 11 anos após a implementação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Estabeleceu critérios para a efetivação da assistência social, outro pilar da seguridade social no Brasil, com base no que foi deliberado na IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em dezembro de 2003 (BRASIL, 1990).

Em 2005, ocorreram alterações na LOAS, que estabeleciam a obrigatoriedade de construção de programas assistenciais voltados à população em situação de rua. Neste pilar da seguridade, o Decreto Federal n. 7.053, de 2009, instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua e o

Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política. Nesse documento, entende-se PSR como aqueles que utilizam locais públicos para moradia e sobrevivência, com vínculos familiares fragilizados ou mesmo rompidos, assim como estarem em condições de pobreza extrema. Na área da saúde, a PSR começou a ter atendimento especializado com os serviços de saúde mental, a partir da década de 90, regulamentados em 2001 pela Lei n. 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa aproximação com a saúde mental ocorre, pois uma parcela da PSR é usuária de álcool ou outras drogas ou possui diagnóstico de algum transtorno mental. Conforme pesquisa nacional sobre população em situação de rua, realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 35,5% deste público refere ter problemas com o uso de álcool e outras substâncias psicoativas e 6,1% refere ter problemas psiquiátricos e/ou mentais (BRASIL, 2009).

Anteriormente à implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, o percurso histórico das políticas sobre o consumo de drogas no Brasil foi marcado pela repressão e criminalização dos usuários de substâncias consideradas ilícitas. Em 2006, com a implementação da Lei Federal n. 11.343, ocorreu um marco no campo legislativo e uma mudança de paradigma no que concerne ao uso dessas substâncias no País. A lei contempla a perspectiva da intervenção integrada, incluindo ações de promoção da saúde e de conscientização sobre os riscos do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de disponibilização de serviço de atendimento e enfrentamento do tráfico (BRASIL, 2013).

Dentro da Política Nacional de Drogas, surgiu, em 2005, a Política de Redução de Danos (RD), por meio da Portaria n. 1.028. Esta política visa formas de cuidado que respeitam a liberdade de decisão do usuário de substâncias consideradas ilícitas, objetivando reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. Entretanto, é válido esclarecer que, tanto a perspectiva da redução de danos quanto a abstinência fazem parte das práticas de saúde atuais, sendo imprescindível a não polarização e o antagonismo das mesmas (BRASIL, 2005).

Pela RD, o cuidado com os usuários de substâncias consideradas ilícitas deve respeitar o poder de decisão quanto ao consumo e/ou a reabilitação. Neste sentido, esta perspectiva não é construída como um novo extremo de

cuidado, mas como o surgimento de uma alternativa à abstinência, que possibilite formas de cuidado que traspassem a criminalização ao consumo de drogas. Experiências de RD para a PSR iniciaram-se em 2010, na cidade de Salvador com ofertas de serviços na modalidade de atendimento, com o objetivo de promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral e promoção de laços sociais, com enfoque intersetorial (BRASIL, 2011; SOUZA; CARVALHO, 2015).

Em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria n. 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Esta portaria se refere a PSR como um grupo prioritário e institui o consultório de rua como um serviço que atende populações em situações específicas, dentre estas, aqueles que estão em situação de rua. Inicialmente, os consultórios de rua estavam ligados à Coordenação Nacional de Saúde Mental; contudo, em 2012, foram transferidos para a Coordenação Nacional da Atenção Básica por meio da Portaria n. 122 (CNM, 2015; SANTANA, 2018).

De acordo com as diretrizes da Lei n. 11.343/2006, o governo federal brasileiro lançou, em 2012, por meio do Ministério da Justiça, o programa *Crack, é possível vencer*, com três objetivos: a prevenção do uso, a promoção da atenção integral ao usuário de *crack* e o enfrentamento ao tráfico de drogas. O programa buscava ações intersetoriais entre as políticas sociais e a segurança, com a aproximação da federação, dos estados e municípios, por meio do compartilhamento de compromissos e responsabilidades com ações desenvolvidas em três eixos de atuação: a prevenção, o cuidado e a autoridade (BRASIL, 2009).

Cada eixo de atuação era desenvolvido por ações de diferentes políticas públicas. A educação, fortalecendo fatores de proteção, com o objetivo da prevenção; a assistência social e a saúde, promovendo o cuidado; e o enfrentamento às organizações criminosas com um conceito de segurança ampliado, por meio de ações da segurança pública, no eixo da autoridade (CNM, 2015).

Pelo entendimento de que urge a necessidade da intersetorialidade, o programa *Crack, é possível vencer* reconhecia que ações isoladas não são efetivas frente à complexidade da temática. Em consonância ao programa federal, em 15 de janeiro de 2014, a Gestão Municipal de São Paulo iniciou o Programa de Braços Abertos, que permaneceu vigente até dezembro de 2016.

Este programa foi implementado em abril de 2014 pelo Decreto Municipal n. 55.067, alterando a regulamentação de um programa anterior do município, o *Operação trabalho*.

Lancetti (2015), ao escrever sobre o programa, o identifica como uma nova política pública e enfatiza sua construção coletiva. Esclarece sobre o trabalho intersetorial realizado antes do início do programa, bem como sobre as ações junto à população. O programa *De braços abertos* objetivava ser implementado de forma gradativa e articulada, propondo resgate social dos dependentes químicos, por meio da garantia do pacote de direitos básicos relacionados à moradia, alimentação, ao trabalho e aos cuidados em saúde.

A inovação desta forma de atuação era a não imposição de tratamento relativo ao uso abusivo de substâncias, mas como parte dos cuidados e serviços oferecidos aos usuários. A ideia fundamentava-se na mudança de foco, da droga para a pessoa que a usa, e do fornecimento de condições mínimas de dignidade para a construção de oportunidades de mudanças na trajetória de vida (SÃO PAULO, 2014).

Para tanto, o programa tinha como diretrizes: a perspectiva da redução de danos, não forçando os usuários do programa à abstinência, com ações conjuntas entre assistência social e saúde; a inserção econômica dos participantes com oportunidades de capacitação profissional, bem como com fundamentações metodológicas na economia solidária; o acesso à hospedagem e à alimentação, a revitalização do espaço público e o encorajamento à autonomia pelo reconhecimento da cidadania e do incentivo à participação social. Além destas diretrizes, preconizava-se a capacitação dos profissionais que atuariam nesses diferentes cenários (SÃO PAULO, 2014).

O envolvimento de vários setores das políticas públicas sociais, em ações conjuntas, se tornou imprescindível para que ocorresse o atendimento das necessidades imediatas dos usuários, bem como a atenção singular a cada participante de forma intersetorial. O cuidado integral de pessoas em uso abusivo de substâncias necessita da desconstrução da dicotomia saúde/doença, isto é, do entendimento de que o usuário de substâncias não necessita somente do tratamento relativo ao uso. O consumo de drogas perpassa não somente a política de saúde, mas todas as políticas sociais. Neste direcionamento, as construções de cuidado, na perspectiva da redução de danos, mesmo que atendendo às normatizações e as orientações técnicas das diretrizes da

luta, são gradativas em um contexto que, culturalmente, combate as drogas e estigmatiza os usuários (SILVA, 2013; LANCETTI, 2015).

Assim, entendendo que a exposição midiática de um determinado serviço público influencia na forma como a sociedade compreende e interpreta aqueles por ele atendidos (THOMPSON, 1998), objetiva-se com este artigo elaborar um panorama do programa de *De braços abertos*, em seu período de vigência, com base nas publicações em mídias jornalísticas do Município de São Paulo.

1 Metodologia

Realizou-se uma análise crítica de conteúdo de reportagens relativas ao programa *De braços abertos*, da cidade de São Paulo. Entre as possibilidades de métodos qualitativos, há em comum a busca pelo entendimento da complexidade de um fenômeno com o uso de métodos que se adaptam ao objeto de estudo (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Utilizaram-se reportagens publicadas de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, sendo analisadas 135 publicações do jornal *Folha de S. Paulo*, disponíveis no *site* <http://www.folha.uol.com.br> e 95 publicações do jornal *O Estado de S. Paulo*, disponíveis no *site* <http://www.estadao.com.br>. A escolha destes dois jornais se deu por se tratarem de mídias da cidade de São Paulo, com grande circulação local e nacional. Foram selecionadas reportagens nos *sites* dos jornais, utilizando o termo de busca *De braços abertos* e excluídas as publicações repetidas, que possuíam títulos diferentes, mas o mesmo conteúdo. Após, as reportagens foram organizadas e lidas em ordem cronológica. Questionamentos e hipóteses orientaram a leitura, sendo feitas reformulações da pergunta inicial da pesquisa à medida que a coleta de dados foi avançando.

A análise de conteúdo é um processo que busca clarear as características essenciais e extrair a significação do conteúdo analisado. Para tanto, há técnicas para a interpretação de conteúdos que selecionam palavras, categorias ou temas, que se destacam na leitura. Utilizando-se de um modelo fechado de categorização, através do tema território, buscou-se, no processo de coleta de dados, elencar subtemas para além da frequência de ocorrência, isto é, pela significação e pelo valor, considerando o contexto em que ocorreu a comunicação (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Neste sentido, a partir do tema território, buscou-se coletar dados sobre as características da região denominada *Cracolândia* considerando

pontos durante a leitura que configuraram os subtemas: Que características do local são apresentadas? O que está acontecendo no local? Que pessoas são apresentadas? Quais características destas pessoas são destacadas?

Guareschi (1990) atenta às agências de notícias ao caracterizá-las como instrumentos que agem de acordo com determinados interesses políticos e econômicos. Assim, entende-se que o conteúdo expresso nas reportagens não reflete a totalidade do programa, mas a perspectiva das mídias que possuem o poder de diluir a informação, banalizando questões que possuem relevância, ou mesmo, veiculando fenômenos com discurso contrário ao proposto no contexto. Thompson acrescenta que, na atualidade em que a informação é consumida, novas técnicas de comunicação gerenciam a opinião coletiva, com notícias de 'interesse público', mas com intenções e objetivos particulares (THOMPSON, 1999).

2 O cenário

O território de atuação do programa *De braços abertos* foi batizado de *Cracolândia*. Considerando o nome dado à região, não há como separar a análise do território daquela do personagem *Crack*. Percebeu-se, nas reportagens analisadas, que a substância é mencionada com frequência, tornando-se protagonista e invisibilizando os sujeitos que a usam, além de criar subjetividades passíveis de intervenções. Quando o *Crack* não é mencionado diretamente, é trazido à tona em outras situações: no tráfico, no uso antes do trabalho, no aumento da demanda, nos objetivos das políticas públicas que atuam no local, dentre outras. O título da primeira reportagem pesquisada é *Contra a cracolândia*. Neste sentido, esta, a *cracolândia*, é um espaço geográfico que parece ter que receber ações repressoras do Estado, para que seja eliminada do cenário urbano, como evidencia o título da reportagem: '*Fim da cracolândia levará ao menos 2 anos*', diz diretor da polícia antidrogas.

O que se sugere é que a violência do Estado é necessária para que o objetivo proposto seja atingido, sendo que as reportagens solicitam ações da segurança. Como mencionado na introdução desta escrita, o programa *De braços abertos* tem como um de seus eixos a autoridade; porém, percebe-se, nas reportagens a insistente demanda pelo autoritarismo. Por que esta

demanda de intervenção? Talvez porque o que se evidencia nos textos das reportagens é o interesse na construção de um espaço asséptico.

Na questão da assepsia, a rua, enquanto espaço público, é um local constantemente visível que, para uma parcela da população deve servir apenas para transitar. A *cracolândia* possui a ambivalência de ter espaços visíveis com corpos visíveis, mas com a construção de subjetividades invisíveis. As ruas e os corpos devem ser vigiados e adequados a um modo de vida prescrito como desejável aos “cidadãos de bem”, identificados como os trabalhadores da cidade de São Paulo e leitores dos jornais em questão. Silva (2013) contribui, quando escreve sobre o direito à cidade, e acentua as lógicas do poder e do mercado sobre as construções do modo de vida urbano. Contextualiza que a política, o poder e a subjetividade são indissociáveis no enredo urbano e na vida coletiva. A *cracolândia* é exposta como um lugar feio, cuja imagem deve ser transformada, independentemente dos sujeitos que habitam o local. E, para combater a feiúra, o discurso da segurança atravessa os argumentos midiáticos. Eis mais um exemplo encontrado: *Após confusão na Cracolândia, ônibus são depredados e pedestres ameaçados, Prefeitura e PM afirmam que ações são constantes.*

3 A mídia e sua narrativa

O território denominado pela mídia de *cracolândia* se caracteriza pela heterogenia de seus personagens, sendo o *crack* o protagonista pela colagem que tem ao território. Em segundo plano encontra-se a mídia, por ser esta quem narra e dá nome a tudo o que ali emerge, apesar de não se colocar como parte dele. Pela narrativa das reportagens, o programa *De braços abertos* torna-se, do seu objetivo original, uma política pública *anticrack*, sendo o *crack*, o antagonista que deve ser combatido com ações de repercussão imediata: segundo a mídia o programa *De braços abertos* sendo *anticrack*, seu objetivo é o fim da *cracolândia* com os usuários fora das ruas, trabalhando e sem uso da substância.

Nominar o programa como uma política *anticrack* é expor o real objetivo do mesmo? O termo *anticrack* denota o fim da substância; entretanto, os idealizadores do programa, ao serem entrevistados, mencionam que o objetivo não é o fim do *crack*, mas o cuidado dos sujeitos que o usam pela perspectiva da redução de danos.

A exposição que a mídia faz do programa, como uma intervenção anticrack, o coloca como um projeto fadado ao fracasso. Em uma reportagem: *‘Cama e banho não me impedem de fumar pedra’*, diz dependente. Outra se segue: *Quase 40% dos usuários deixam programa da prefeitura na cracolândia*.

Ações não repressivas são criticadas, já que se entende que deve haver combate ao crack, bem como há ênfase nos aspectos negativos das ações propostas: *Quatro em cada 10 desistem de ação anticrack de Haddad*.

As tecnologias da comunicação trouxeram novas possibilidades aos que estão no poder de administrar sua visibilidade diante da população. Isto porque há uma relação de produção e consumo de informação. Assim, tudo o que é exposto em propagandas e reportagens chega à população como um produto que influencia sua perspectiva sobre o que lhe é vendido. Os programas sociais implementados pelas gestões públicas fazem parte da vitrina política; no entanto, a informação produzida pode ser traduzida e entendida de várias formas, podendo produzir um efeito contrário ao esperado (GUARESCHI, 1990; THOMPSON, 1999).

Um exemplo é a reportagem da *Folha de S. Paulo*, do dia 31 de janeiro de 2014, que evidencia a redução de 25% dos usuários no programa *De braços abertos*. *Um quarto dos 386 viciados que moram na Cracolândia e estão cadastrados em programa da Prefeitura de São Paulo não aderiram completamente ao programa de trabalho e tiveram frequência baixa*. Com a evidência de quem não faz mais parte do programa, por mais que seja um número inferior ao número de pessoas que continuaram, dá a sensação de que o programa está fracassando para a maior parcela dos usuários. Se ‘um quarto’ evidenciados na reportagem não continuaram, 75% dos que foram inseridos no programa permaneceram. É importante ressaltar esse fenômeno, pois, no mesmo tempo em que as mídias contemporâneas aumentam a visibilidade, fragilizam o controle sobre a produção da informação, sobretudo em assuntos com divergências de opiniões e concepções (THOMPSON, 1998).

No caso, os objetivos do programa *De braços abertos* não são entendidos pela população, que não acessa os documentos oficiais, mas tem conhecimento da execução das ações, através da lente e do filtro das notícias. É contextualizado sob os discursos do medo e da insegurança, evidenciando, a partir da perspectiva da mídia, a necessidade de ações de higienização no território em que atua, necessidade esta contrária ao que o programa preconiza.

Os sujeitos que utilizam o *crack* tornam-se, neste enredo, coadjuvantes que devem ser monitorados e vigiados. Um exemplo de reportagem evidencia a invisibilidade dos usuários de *crack*: *Jogo entre dependentes químicos e haitianos abrirá área de lazer da Cracolândia*. Não é a pessoa, mas o usuário da substância, o dependente químico, o viciado: *Dependentes químicos se aglomeram para ver jogo na Cracolândia*. Os sujeitos usuários de substâncias consideradas ilícitas e em situação de vulnerabilidade são invisibilizados pela situação em que se encontram. Não é a pessoa e sua integralidade que é apresentada, mas são apresentados como o hospedeiro da substância. *Haddad entrega carteira de trabalho para dependentes químicos*.

Além da invisibilidade, pode-se perceber outro movimento, uma busca pelo controle dos sujeitos que aderem ao programa: *Maior parte dos viciados parou de trabalhar em programa da prefeitura*. Na rua pública, a vida dos que ali habitam é publicizada e passível de crítica: *Com o 1º salário, dependente quer comprar vestido e uma pedra das boas*. Ou, ainda: no sentido de estar trabalhando, mas ainda estar consumindo *crack*: *Dependentes consomem crack antes do 1º dia de trabalho na Cracolândia*.

Há, na narrativa das reportagens, o atravessamento político partidário, com menção a partidos políticos ou aos seus representantes: *Programa de combate ao crack da gestão Haddad tem debandada*. Torna-se mais importante debater a gestão e a representatividade *político-partidária* do que o programa em si, suas ações e possíveis conquistas. O programa fica taxado como Programa de Haddad ou o Programa do PT, anulando-se a construção e o trabalho desempenhado por gestores, funcionários e usuários para a sua implementação: *Programa de Haddad contra Cracolândias nos bairros emperra*.

Considerações finais

Em *Notas sobre humanização e biopoder*, Lancetti (2009) acentua sobre as intervenções possíveis de cuidado em territórios existenciais e geográficos. Guattari (1992) inaugura a expressão “território existencial”, quando amplia a concepção da subjetivação para uma compreensão mais transversal da produção de subjetividade. Deste modo, tenta “contemporaneizar” o processo de subjetivação humana, considerando que faz parte do processo, além de outros fatores, a influência da mídia.

Sendo assim, compreende-se que a subjetivação ocorre não somente pela metabolização psíquica de um indivíduo e pela sua existência em determinado território, mas também pelo espaço que lhe é oportunizado. No caso, um território geográfico delimitado pelo nome *Cracolândia* e pelas impressões que geram na população em geral, as quais demandam intervenções do Estado. O “batismo” deste local denota que o direcionamento de existências é possível neste espaço geográfico, além de qual perspectiva midiática se constrói deste território e de seus personagens. Para a população em situação de rua, que consome *crack*, a invisibilidade. Isto, pois o uso de *crack* prevalece sobre qualquer outra característica dos sujeitos que são nomeados de dependentes químicos.

A pesquisa não teve o intuito o explicar como ocorreu o programa *De braços abertos*, mas como este foi retratado pelos jornais *Estado de S. Paulo* e *Folha de S. Paulo*. Assim, percorrendo do objetivo do programa ao explanado pelas mídias, há uma releitura atravessada pelo discurso da verdade. Tal discurso sugere que aquilo do que é, massivamente repetido e propagado, nos meios de comunicação, torna-se verdade (XIMENDES; REIS, WOLSKI, 2013).

Neste sentido, os autores Guareschi e Freitas (2013) atentam à importância da mídia como um serviço público e democrático, que deveria servir a todos e não apenas como meio privado de informação, a serviço de interesses particulares. Porém, é perceptível o quanto as reportagens objetivam dar respostas a demandas de apelo social. Demandas que incorporaram um discurso da verdade propagado por esta mesma mídia, transversado, tanto pelo entendimento do uso do *crack* como uma epidemia que necessita da repressão, como forma de cuidado, quanto pelo discurso do medo, que produz a demanda de segurança para o combate à insegurança sentida pela população que consome os produtos midiáticos.

Este círculo de informação é compreensível, quando se entende que o sentimento de insegurança coletivo no País é produto do processo histórico brasileiro. Apesar da democratização, modelos institucionais, decorrentes da ditadura ainda se perpetuam em práticas de controle social, que segregam parcelas da população. A mídia desempenha papel fundamental ao fomentar o discurso do medo, para que a população clame por práticas repressivas, como se fossem a única forma de atuação resolutiva do Estado. Com a herança da constante demanda pela militarização da segurança, relações de

consumo neoliberais aumentam a desigualdade social, bem como a população desempregada e excluída. O discurso do medo toma conta em um contexto, em que prevalece a relação econômica acima da cidadania para todos (REISHOFFER; BICALHO, 2009).

O que foi noticiado é o que pôde tornar-se produto de consumo pela população, captado pelos meios de comunicações em massa. Os jornais, pela relação de produção e consumo com parte da população, não retratam a realidade do programa *De braços abertos*, mas produzem na população a sensação coletiva de que predominava a violência na *cracolândia* e, por este motivo, deveria haver ações repressoras na região. Explanou-se insistentemente que a *cracolândia* deveria acabar, menosprezando a possibilidade desta e das existências humanas nela permanecerem e se adaptarem.

O sujeito atravessado pelas intervenções do Estado não foi visto em sua essência, apesar do monitoramento árduo por parte dos jornais, mas exposto a um modo de infantilização de seu modo de vida, na insistência de controle de sua autonomia e de suas decisões. Na perspectiva da epidemia do *crack*, assume-se o discurso da proteção social em que tudo é possível ser feito, inclusive a violência para a proteção de quem está em situação “vulnerável” e a garantia da ordem social (XIMENDES; REIS; WOLSKI, 2013).

O programa *De braços abertos* foi retratado como uma estratégia muito branda e não resolutiva para atuar na *cracolândia*. Com a predominância do discurso do medo e da proteção social, a reivindicação constante por práticas higienistas e mais repressivas contrastava com os objetivos do programa, erroneamente denominado de *programa anticrack* pelos canais de comunicação. Se a demanda da mídia era a assepsia da região e o desaparecimento da *cracolândia*, não eram necessárias pesquisas sobre os resultados do programa, pois o mesmo foi considerado, pela própria mídia, desde o princípio, um fracasso.

Referências

- BRASIL. *Crack é possível vencer: enfrentar o crack: compromisso de todos*. 2013. Disponível em: http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf. Acesso em: 2 jul. 2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out.

1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao_compilado.htm. Acesso em: 2 jul. 2018.

BRASIL. Constituições brasileiras. *Série cadernos do museu*. Brasília: Câmara dos Deputados, n. 4, 2005.

BRASIL. Decreto Federal n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a população em situação de rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. *Portaria n. 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, 18 substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Ministério da Saúde. 1º jul. de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 23 dez. de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: MDS, 2009. Disponível em: <http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/handle/123456789/56>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Crack, é possível vencer*. Estudos técnicos, v. 7, 2015. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2167>. Acesso em: 2 jun. 2018.

GUARESCHI, Pedrinho Arcides. *Comunicação e poder: a presença e o papel dos meios de comunicação de massa estrangeiros na América Latina*. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990.

GUARESCHI, Pedrinho Arcides; FREITAS, Cristiane Redin. Políticas sociais na mídia. In: XIMENDES, Alexandra Maria Campelo; REIS, Carolina; OLIVEIRA, Rafael Wolski (orgs.). *Entre garantias de direitos e práticas libertárias*. Porto Alegre: [s. n.], 2013. p. 123-145.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34, 1992.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

- LANCETTI, Antonio. Notas sobre humanização e biopoder. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, p.797-799, 2009.
- LAVILLE, Cristian; DIONNE, Jean. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- REISHOFFER, Jeferson Cruz; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. Insegurança e produção de subjetividade no Brasil contemporâneo. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21, p. 425-444, 2009.
- SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n8/1798-1799/pt>. Acesso em: 1º jul. 2018.
- SÃO PAULO. *Decreto n. 5.5067, de 28 de abril de 2014*. São Paulo: Secretaria do Governo Municipal. 28 ab. 2014. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/trabalho/decreto_pot_29.pdf f. Acesso em: 1º jul. 2018.
- SILVA Rodrigo Lages e. Direito à cidade. In: THOMPSON, John Brookshire. *Entre garantias de direitos e práticas libertárias*. Porto Alegre, 2013. p.109-122.
- THOMPSON, John Brookshire. *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- THOMPSON, John Brookshire. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- XIMENDES, Alexandra Maria Campelo; REIS, Carolina dos; OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Como se produz morte em nome da defesa da vida. In: THOMPSON, John Brookshire. *Entre garantias de direitos e práticas libertárias*. Porto Alegre, 2013. p. 87-107.

Unidade de acolhimento adulto: relevância no cuidado à saúde e na garantia de direitos às pessoas com sofrimento psíquico relacionado ao uso abusivo de álcool e de outras drogas

Velonice Cardoso Daros
Evelise Lazzari

Resumo: A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de caráter transitório, e com especificidade no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, relacionado ao uso de álcool e de outras drogas. A partir de uma revisão documental, o presente artigo teve como objetivo investigar a relevância da Unidade de Acolhimento Adulto, no cuidado à saúde e na garantia de direitos da população usuária de álcool e outras drogas. Foram encontrados 56 estudos indexados nas bases de dados: LILACS; SciELO; Revistas Eletrônicas de Saúde Mental; Periódicos de universidades; Repositório e Anais de Congressos. Dentre os estudos encontrados, apenas cinco responderam à pergunta de pesquisa. Estes estudos apontaram resultados significativamente positivos, relacionados ao cuidado à saúde e à formação de rede de acessos em meio social. Os autores descrevem as experiências, a partir de observação em loco e das perspectivas dos usuários e profissionais. Considera-se a Unidade de Acolhimento Adulto um espaço diferenciado dos demais serviços; justifica-se, através de seus objetivos, diretrizes e ações. Os serviços estudados comprovam que é possível produzir cuidado integral à saúde, através do cuidado em liberdade, encorajando o sujeito à produção de autonomia, formação de rede social e de apoio, cuidado à saúde, fortalecimento de vínculos familiares e, dessa forma, fazer valer a garantia de direitos e a cidadania, assumindo uma postura a favor dos princípios e das diretrizes da RAPS.

Palavras-chave: Unidade de Acolhimento Adulto. Rede de Atenção Psicossocial. Álcool e outras drogas. Direitos sociais.

Introdução

A Unidade de Acolhimento (UA) surgiu no Brasil no período de 2009, enquanto proposta no contexto do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Pead). Em 2010 essa proposta foi ampliada e potencializada pelo Plano de Enfrentamento ao Crack (Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010). A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é um dos Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com especificidade no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e de outras drogas.

Esse Ponto de Atenção está integrado ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - (CAPSad), como um dispositivo de cuidado. Oferece cuidados contínuos à saúde, com funcionamento 24 horas por dia, nos sete dias da semana, em caráter residencial.

O fluxo para atendimento inicia no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) de referência; somente após a criação de vínculo neste serviço, o usuário poderá ser encaminhado para a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e, assim, continuar o cuidado em liberdade no território.

A estratégia deste serviço tem como objetivo implementar o cuidado integralizado, conforme necessidade do usuário. As necessidades são identificadas, durante os atendimentos, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad); a partir desse processo, dá-se a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), juntamente com o usuário, visando a constituição de rede ampliada e a reaproximação dos vínculos familiares e afetivos.

Caracterizada pela atenção humanizada, com base estabelecida na comunidade/território, a UAA se soma aos demais serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, pautado pelo respeito aos direitos humanos e pela autonomia e liberdade das pessoas.

Portanto, essa caracterização define a valorização e a importância desse serviço, principalmente no que se refere ao modo de cuidado singularizado, através do PTS, com ações planejadas em conjunto com o usuário, ressignificando o cuidado à saúde e a ampliação dos laços sociais.

Nesse sentido, entende-se que a UAA é um dos pontos de atenção da RAPS, essencial para produzir vínculos positivos, em caráter preventivo e educativo, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia, possibilitando efetivar o cuidado integral à saúde, melhorar a qualidade de vida e fortalecer a garantia de direitos das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico relacionado à dependência química.

O propósito deste estudo é realizar um levantamento documental e bibliográfico sobre o tema, utilizando como descritores: **saúde mental; moradia assistida; inserção social; vulnerabilidade social; álcool e drogas ilícitas**. Trata-se de uma pesquisa qualitativa intencional não aleatória, com o objetivo de identificar, na literatura, a relevância da existência da UAA no cuidado à saúde e na garantia de direitos das pessoas com sofrimento psíquico

relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas e contribuir para o argumento a favor da existência desse serviço, problematizando a necessidade de novos projetos desse modelo, a fim de atender à demanda existente, em diferentes cidades de todo o Brasil.

Para o alcance deste objetivo, utilizou-se o método de pesquisa revisão documental bibliográfica. Em um primeiro momento, foi realizada a revisão documental, por meio da leitura de leis e regulamentações na área da saúde, após, buscou-se a revisão bibliográfica, através de bases de dados eletrônicas e compartilhamento em pares. O estudo apresentado servirá como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Saúde Mental e Coletiva, na Universidade de Caxias do Sul (UCS).

1 Contextualizando: sofrimento psíquico, uso abusivo de álcool e outras drogas e o cuidar em saúde mental

O cuidar em Saúde Mental está além das intervenções focalizadas no sofrimento psíquico ou no uso abusivo de substâncias psicoativas. Destaca-se que, na maioria dos casos “[...] o uso de drogas não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas ele atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário” (BRASIL, 2015, p. 19). Nesse sentido, é necessário compreender a dimensão de vida que compõe as vivências de cada sujeito, pois as vulnerabilidades sociais permeiam entre os fatores de risco e de proteção, que nem sempre são compreendidas, devido à complexidade existente nos diferentes contextos de vida. Para contextualizar mais sobre este assunto, entende-se que é pertinente relacionar estes temas, a partir da interpretação de outros autores, a fim de ampliar as diferentes formas de compressão.

1.1 Sofrimento psíquico e vulnerabilidade social

No campo da Saúde Mental, “sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer” (BRASIL, 2013).

Partindo desta perspectiva, o sofrimento pode estar presente na vida do ser humano em diferentes circunstâncias, porém, muitas vezes, é difícil de ser identificado. Essa lógica não restringe apenas às doenças ou transtornos

mentais, mas compreende a pessoa que sofre em seu contexto de vida e como ela expressa seu sofrimento.

É possível relacionar sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas; podemos destacar que, historicamente, o ser humano recorre ao consumo de substâncias psicoativas, como álcool, tabaco e outras drogas, seja em rituais religiosos, em busca de prazer ou para se alienar do sofrimento (BRASIL, 2015).

Para Vieira *et al.* (2017), o termo *droga* passa por diferentes construções culturais e pela maneira como são vistas; moral e socialmente influenciam na forma como são experimentadas e compreendidas, podendo não levar em conta aspectos como: semelhança e diferença entre elas, além do consumo problemático.

Leal *et al.* (2012), em seu estudo, identificam a presença de sofrimento psíquico em grau severo e muito severo em pelo menos 60% das pessoas em tratamento para uso prejudicial de álcool e outras drogas, potencializando os riscos para desenvolver ansiedade e depressão.

Reis *et al.* (2014) enfatizam que o sofrimento inerente ao uso abusivo de drogas tende a diminuir, quando se efetivam políticas direcionadas à promoção, à prevenção e ao tratamento, na perspectiva de desenvolver a produção de autonomia e participação no meio social.

No *Caderno 34* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), constam orientações acerca das intervenções na saúde mental, que não se restringem à cura de doenças. No entanto, “[...] devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e o modo de vida” (BRASIL, 2013, p. 23).

Essa afirmativa chama a atenção do profissional de saúde, para compreender o sofrimento como parte de um todo entre suas diferentes dimensões: seja no trabalho, na família, em sua cultura ou nos hábitos, em suas relações com o outro e consigo mesmo. Isto porque essas dimensões perpassam o sujeito, refletindo para a produção de saúde ou doença.

O sofrimento psíquico se relaciona com o conceito de vulnerabilidade social pela definição adotada pelas políticas públicas de saúde e assistência social, que a entende como “a conformação de um conceito em processo, sobretudo, indica a multiplicidade de fatores que determinam o fenômeno” (CARMO, 2018, p. 9).

Nesse sentido, o ser humano vulnerável não necessariamente sofrerá danos, mas está mais suscetível a sofrê-los, pela desvantagem em sua qualidade de vida na sociedade. Diante desse contexto, o sujeito pode ter ou receber apoio, para criar capacidades necessárias para modificar sua condição vulnerável.

Esse apontamento pode estar relacionado à garantia dos direitos dos cidadãos e à proteção social pelo Estado, que ao atuar com ineficiência ou nulidade impossibilita o sujeito e/ou a família saírem da situação de vulnerabilidade social, podendo inclusive contribuir para o agravamento desta condição. Constata-se, assim, que a vulnerabilidade não deve ser tratada como uma condição natural, devendo ser contestada, pois está associada às situações e aos contextos individuais e, sobretudo, coletivos.

Para Cançado *et al.* (2014), o conceito de vulnerabilidade, quando analisado de forma simplória, se refere quase que exclusivamente à pobreza, mas, ao superar essa concepção, existe a necessidade de cruzar os fatores multicausais à exposição de riscos sociais.

A vulnerabilidade se associa a situações como: desemprego, enfermidades, violência, tráfico, uso de substâncias psicoativas, dentre outros. Uma das situações fortemente presente na sociedade atual às pessoas com sofrimento psíquico, relacionado à dependência química, é a dificuldade de inserção social, evoluindo para exclusão social e violação dos direitos humanos. Embora garantidos juridicamente, estão distantes de se materializar em sua completude na realidade social contemporânea, tornando-se, inclusive, causa comum nos casos de vulnerabilidade social.

Portanto, não depende meramente de solucionar questões econômicas, mas de fortalecer o sujeito enquanto cidadão de direito, promovendo a capacidade de autoconfiança no enfrentamento dos preconceitos e no combate ao estigma referente à saúde mental, principalmente quando relacionado às pessoas que se encontram em situação de rua, em que, geralmente, estão afastadas do convívio social, da educação, cultura, do esporte, lazer, transporte, além do afastamento ao cuidado integral da saúde. Esses apontamentos sinalizam a importância em compreender esse contexto singularizado, identificando as diversas dimensões presentes na vida de cada pessoa, justificando que o cuidado na saúde mental acontece por meio de ações em rede, ou seja, na inclusão em diferentes serviços e segmentos sociais, de acordo com a necessidade do sujeito.

Uma das principais estratégias de cuidado, na rede de Saúde Mental, para as pessoas com sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, é o CAPSad. Ademais, a existência do serviço UAA é um instrumento que possibilita uma rede de cuidados para efetuar o PTS, considerando a integralidade e a complexidade de cada pessoa, incluindo possibilidades.

Essa perspectiva gira em torno da modificação do contexto de vida, no acompanhamento do tratamento clínico e psiquiátrico, orientando sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas, produzindo autonomia e integração social no ser humano.

As reflexões trazidas até aqui fundamentam a importância do cuidado para as pessoas em sofrimento, relacionado ao uso de álcool e outras drogas, cujo objetivo deste estudo está pautado na relevância da UAA para essas pessoas.

A problematização da temática possibilita refletir sobre o que já se realiza, avaliar seus resultados e contribuir para melhorias, proporcionado a capacitação dos profissionais de Saúde Mental, para fortalecer ou replicar a existência desse projeto onde existir CAPSad.

No Brasil, essa temática se constitui no campo da Saúde Mental, dentro da proposta psicossocial, por meio da criação da Rede de Atenção Psicossocial, composta por dispositivos de cuidado em liberdade, no território amparado pela Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e das pessoas com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas, (BRASIL, 2001). O processo de cuidado em saúde para as pessoas em sofrimento psíquico, relacionado ao uso de álcool e outras drogas, acontece, gradativamente, necessitando de acompanhamento contínuo, não restringindo apenas a cura patológica, mas a perspectiva de desenvolver a autonomia e o enfrentamento das adversidades existentes. A identificação dos determinantes sociais, presentes no contexto de vida de cada sujeito, possibilita observar a existência, ou não, de vulnerabilidade, exclusão social, violação de direitos e/ou sofrimento psíquico.

Essas situações são verificadas na maioria das pessoas que apresentam sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, é necessário que o profissional de Saúde Mental compreenda as diferentes dimensões de vida do usuário e possibilite ações que ofereçam novas possibilidades, a fim de modificar as condições de vida e os determinantes existentes, nas diferentes dimensões da vida. Portanto, entende-se que, através desse

entendimento, somado às estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a criação da rede de apoio, possibilita implementar o cuidar em Saúde Mental, com o objetivo de proporcionar o cuidado integral à saúde, incluindo a reabilitação psicossocial. No item a seguir, descreve-se sobre o contexto da rede de cuidados, com alguns destaques históricos e demais políticas da Saúde Mental, que fazem parte da construção desse novo modelo de cuidado.

1.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (CAPSad/UAA) e a contribuição para a reinserção social dos sujeitos

Herdamos grandes avanços no cuidado integral à saúde das pessoas com transtorno mental. Salientamos a Reforma Psiquiátrica Brasileira, considerada um marco social dos anos 70, que aconteceu a partir do “Movimento de Luta Antimanicomial”. Este movimento foi composto por profissionais, usuários, familiares, e a comunidade em geral. Marcada pelos desafios, conflitos e pelas tensões, mas “[...] compreendida como um conjunto de transformações, de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005).

Através dessa luta, surge a Lei n. 10.216, Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência, em serviços de bases comunitárias. Em 2004, a partir dessa Lei, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSM), com o objetivo de reorganizar o cuidado em Saúde Mental, através do Centro de Atenção Psicossocial - (CAPS), adotando o modelo de funcionamento ambulatorial (serviços ambulatoriais especializados), se integrando aos demais serviços (BRASIL, 2004).

Essa perspectiva visa garantir o cuidado integral em liberdade no território, a garantia de direitos, a autonomia para o exercício da cidadania e a inclusão social progressiva. A conclusão dos avanços aconteceu a partir da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088, de dezembro de 2011, para as pessoas com sofrimento mental e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde dessas pessoas (BRASIL, 2011).

A RAPS é composta por vários serviços que se articulam para oferecer o cuidado integral para pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades

decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os serviços que atendem às pessoas com sofrimento, decorrentes da dependência química, estão o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)

O CAPSad está instituído pela Portaria MS n. 130/2003, que se constitui em um dos serviços especializados que se configura como articulador do cuidado, cujo objetivo é oferecer acolhimento/escuta por livre demanda, agendamento para acompanhamento de referência, consulta médica, psicoterapia, além de oficinas terapêuticas. O atendimento é através de equipe multidisciplinar, com o objetivo de atender à especificidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cuidado das pessoas, na promoção, na reabilitação e na reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas (BRASIL, 2011).

A UAA é também um dos Pontos de Atenção da RAPS, instituída pela Portaria 121/2012-MS, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. É um componente morar, que possui caráter residencial transitório, com permanência de até seis meses e está interligada diretamente ao CAPSad, como dispositivo de cuidado, com funcionamento 24 horas do dia, nos sete dias da semana. A especificidade desse serviço é oferecer acolhimento, de modo voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, que demanda acompanhamento terapêutico protetivo.

O acolhimento do usuário nesse serviço é realizado conforme definição da equipe do CAPSad de referência, responsável pelo encaminhamento e pela elaboração do PTS de cada usuário, o qual envolve a participação ativa do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

A UAA pode ser caracterizada na modalidade adulto, como Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada a pessoas maiores de 18 anos de ambos os sexos, com disponibilidade de quinze vagas. Na modalidade infantojuvenil, denomina-se Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAIJ), destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 a 18 anos incompletos, com a disponibilidade de dez vagas (BRASIL, 2012).

Para Mota *et al.* (2019), a “Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) funciona como uma espécie de “república”, disponibilizando estrutura física independente, preferencialmente próxima do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad III) de referência; os residentes compartilham os afazeres domésticos e preestabelecem as regras de convivência, cabendo à equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad III) mediar as discussões nas relações interpessoais e no cumprimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Desse modo, habitar na UAA é parte do PTS do usuário; esta ação está incluída entre as estratégias de inserção social.

O PTS é construído previamente de forma participativa, com o envolvimento do usuário; pressupõe o estímulo ao sujeito à produção de autonomia, a capacidade de interação e planejamento, assim como a corresponsabilização/ comprometimento no processo de autocuidado, tornando o participante ativo em seu projeto de cuidado. A participação das atividades domésticas é realizada de forma compartilhada com os demais residentes, o que favorece o vínculo com demais acolhidos, retomando a importância dos laços afetivos, os quais, em sua maioria, se encontram rompidos.

O sentimento de não pertencimento social é identificado fortemente em usuários de álcool e outras drogas. Fazer parte de um grupo, geralmente, está atribuído à capacitação profissional, estar ativo no mercado de trabalho, ter moradia fixa, dentre outros. Por outro lado, o preconceito da sociedade cria uma barreira de impedimento na participação ativa do indivíduo dependente químico no meio social, desencadeando o sentimento de exclusão. A expressão *reinserção social* está presente nas políticas e portarias do Ministério da Saúde, as quais têm como perspectiva formar rede de cuidados, a partir dos diferentes pontos de conexão, com o objetivo de criar possibilidades para o enfrentamento dessa condição.

Um dos pressupostos da Política Nacional sobre Drogas é realizar [...] ações de redução da demanda, incluídas as ações de prevenção, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda e **reinserção social** (BRASIL, 2019).

A RAPS também preconiza, em seus objetivos, a reabilitação e a **reinserção social** dos usuários, sendo que a reabilitação está relacionada às iniciativas de atividades produtivas e geração de renda (BRASIL, 2011). Dentre os objetivos do CAPSad inclui-se ações de cuidado, prevenção, reabilitação e

reinserção social, para usuários e seus familiares, através da construção de redes intersetoriais, que envolvem educação, esporte, lazer e cultura (BRASIL, 2004). Nas ações prescritas pela Portaria n. 121/2012, que institui a Unidade de Acolhimento, está a “[...] promoção de atividades de **reinserção social**”. (BRASIL, 2012).

Sanches e Vecchia (2018) apontam que as expressões: *reinserção social*, *reabilitação psicossocial* e *inclusão social* vêm sendo utilizadas tanto em leis e portarias como em trabalhos acadêmicos, para abarcar procedimentos e finalidades em tese similares, mas que se referem a processos que podem ser distintos (SANCHES; VECCHIA, 2018). Ao pensar no termo (re)inserir “[...] voltar para dentro com o que estava fora”, é importante analisar o contexto, principalmente quando relacionado ao usuário de drogas, ao observar que este usuário já está presente no meio social e nas políticas públicas (PAIVA *et al.*, 2014).

Esses apontamentos chamam a atenção à expressão *reinserção social*, que deve ser utilizada de maneira cuidadosa, para evitar a dupla interpretação, ou, ainda, para verificar à qual contexto está relacionada. Observa-se que as pessoas que sofrem com dependência química são deixadas de lado, seja no mercado de trabalho, na assistência e no cuidado, nas políticas sociais, na sociedade em geral, configurando a expressão *exclusão social*.

Nesse sentido, a ideia de (re)inserção acaba mascarando a existência do processo de exclusão que empurra as pessoas, os pobres, e principalmente os indivíduos que sofrem com uso de drogas para fora do meio social e de suas relações sociais, privando-o dos direitos de cidadania.

Para Oliveira *et al.* (2019, p.7), os profissionais em Saúde Mental têm a responsabilidade de elaborar projetos e estratégias para acolher a família, oferecendo orientações sobre a dependência química, ao incluir o dependente químico nas atividades de produção de trabalho e renda, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as quais propiciam “[...] a autonomia, a liberdade de expressão e a criatividade”.

Para obtenção destes resultados, é necessário dar seguimento ao cuidado iniciado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das estratégias é o encaminhamento dos usuários para Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), pois as atividades descritas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário/residente da UAA estão estrategicamente articuladas ao meio social comu-

nitário, seja na busca de emprego; atendimento assistencial à saúde clínica e odontológica, seja a retomada dos laços afetivos e familiares, os quais em sua maioria rompidos. Nesta percepção, se reitera a importância destas ações para fortalecer o sujeito no resgate da autonomia e da cidadania e para a superação da exclusão social.

Os CAPSad e as UAAs, responsáveis pelo desenvolvimento das ações de prevenção, tratamento, recuperação e re(inserção) social, se tornam necessários no processo de produção e de cuidado para as famílias e pessoas que sofrem em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Os fortalecimentos dessas ações possibilitam garantir a implementação da política de humanização nos serviços de Saúde Mental e da política sobre drogas, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei n. 10.216/2001, que regulamenta os direitos das pessoas com transtorno psíquico e redireciona a assistência em Saúde Mental, ofertando tratamento em serviços de base comunitária.

Considerando a importância de seguir evoluindo na qualificação dos espaços de cuidado e fortalecimento da RAPS, esta pesquisa tem como objetivo buscar na literatura, por meio de revisão documental e bibliográfica, a relevância da UA para o cuidado à saúde e a garantia de direitos para as pessoas em sofrimento psíquico, com uso abusivo de álcool e outras drogas.

2 Método e percurso metodológico

Neste estudo, se objetiva desenvolver o processo de elaboração de revisão documental, em primeiro momento, realizando busca ou amostragem existente na literatura no meio eletrônico. Adotou-se como técnica de pesquisa tanto o levantamento documental como o bibliográfico, com a finalidade de identificar o maior número possível de referências encontradas para obter respostas ao problema do tema e/ou aspecto de interesse a ser direcionado (CERVO; BERVIAN, 2002).

Este levantamento documental ocorreu no período de abril a julho de 2020, por meio da leitura de leis e regulamentações da área da saúde, com o objetivo de identificar a legislação norteadora desse serviço. O levantamento bibliográfico priorizou publicações em Língua Portuguesa, 2012 até 2020. Inicialmente, o acesso foi através da base de dados da Biblioteca Virtual da

Saúde (BVS), utilizando os descritores “Unidade de Acolhimento e/ou moradia assistida”.

No entanto, essa base de dados não apresentou resultados esperados, devido ao fato de não dispor dos descritores selecionados, nem mesmo de seus sinônimos. Tendo em vista a escassez de bibliografia encontrada, optou-se por pesquisa no Google Acadêmico, em um foi identificado número significativo de publicações.

Dentre estas publicações, se direcionou o levantamento nas seguintes bases de dados: LILACS; SciELO; revistas eletrônicas em Saúde Mental; periódicos de universidades; repositório e Anais de Congressos. Outra forma de busca foi através de compartilhamentos em pares.

Para a seleção inicial das bibliografias, foi realizada a leitura exploratória dos títulos e dos resumos. Já no processo de seleção e exclusão, se realizou a leitura integral das obras, a fim de identificar aquelas que têm condições de contribuir com os objetivos da pesquisa proposta.

A partir dessa delimitação, foram encontrados e selecionados artigos publicados em periódicos científicos e em Anais de eventos, Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação - TCCs, dissertações, teses, conforme descrito no quadro a seguir.

Quadro 1 - Tipo de produção científica e quantidade de bibliografia encontrada, excluída e selecionada

PRODUÇÃO CIENTÍFICA	ENCONTRADOS	EXCLUÍDOS	SELECIONADOS
Artigos	41	39	2
TCCs	7	6	1
Dissertação	5	3	2
Teses	2	2	0
Anais	1	1	0
Total	56	51	5

Fonte: Elaboração pela acadêmica do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Coletiva (2020).

No Quadro 2, é possível observar outro dado relevante em relação à definição da amostra, a partir de bases de dados, em que foram pesquisadas e localizadas as informações.

Quadro 2 - Descrição do número de documentos encontrados em base de dados

BASE DE DADOS	ARTIGOS	TCCs	DISSERTAÇÕES	TESES	ANAIS
LILACS	10	1	-	1	-
SciELO	14	-	-	-	-
Rev. Saúde Mental	8	-	-	-	-
Rev. Psicologia	1	-	-	-	-
Repositório	3	3	1	-	-
Periódicos	1	3	4	1	1
Rev. Gestão & Políticas Públicas	1	-	-	-	-
Congresso	1	-	-	-	-
REV. Enfermagem	2	-	-	-	-

Fonte: Elaboração pela acadêmica do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Coletiva (2020).

Ao final desta revisão da literatura foi realizada análise e discussão dos estudos selecionados, incluindo análise crítica sobre o assunto. Nessa fase, buscou-se identificar o objetivo do estudo, os resultados obtidos e quais atividades foram desenvolvidas, a fim de responder à pergunta de pesquisa. A partir dessa identificação, se realizou a descrição sintetizada de cada estudo e a discussão dos resultados encontrados.

3 Resultados e discussão dos resultados

Conforme preconiza a pesquisa bibliográfica, buscou-se selecionar com rigor somente as produções científicas com informações factuais, que mencionam a relevância da existência da UAA. Os resultados estão apresentados a seguir, conforme o quadro três.

Quadro 3 - Descrição das produções científicas selecionadas

Autor/ano de publicação	Título	Base de dados
Bello; Rodrigues e Silva (2017)	O Início, os Meios e Fins da Unidade de Acolhimento Adulto da RAPS de Campinas/SP: Um Relato de Experiência	UNICAMP/Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
Foppa e Grigolo (2020)	Os Significados de uma Unidade de Acolhimento Transitória para Usuários de Drogas	SMAD, Ver. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas
Gualberto, Valéria Viana (2019)	Uma Morada, onde cabe cada um: Relato de Experiência na Unidade de Acolhimento Transitório Adulto	Repositório da Escola de Saúde Pública - MG
Grokoski, Fransinês Teresinha Swib Va (2018)	A Unidade de Acolhimento Adulto de Chapecó na Rede de Atenção Psicossocial: Um Estudo Cartográfico	Repositório da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - SC.

Almeida, Amanda Lima Macedo de (2019)	Cuidado no Território aos Usuários de Álcool e Outra Drogas: Um Estudo de Caso Exploratório de Uma Unidade de Acolhimento Adulto, um Serviço Residencial Transitório	Repositória Institucional da FIOCRUZ
---------------------------------------	--	--------------------------------------

Fonte: Elaboração pela acadêmica do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Coletiva (2020).

Bello, Rodrigues e Silva (2017), durante o 6º Congresso Internacional da ABRAMD em Minas Gerais, apresentara estudo contextualizando a história e o desdobramento do processo de trabalho na Unidade de Acolhimento “Nise da Silveira”, na cidade de Campinas, SP, a qual, infelizmente, fora fechada naquele ano.

Os autores sinalizam que, em três anos de existência, foram acolhidos 103 usuários. Após o período de acolhimento, a maioria seguiu: na condição de moradia e vida social, através de aluguel em quartos de pensão; retornaram ao convívio familiar; ou foram encaminhados para Serviço de Residencial Terapêutico, a partir de suas singularidades. Em alguns casos, houve o desligamento por abandono ou ruptura do contrato por questões técnicas. O estudo aponta desfechos de alguns casos de situações graves que, por meio do acolhimento na UAA, foi possível desenvolver rede de cuidados, possibilitando o desenvolvimento de autonomia, ampliação do cuidado e proteção, além da garantia de direitos. Ao citar os casos, para diferenciar este modelo de cuidado, os autores destacam:

[...] A luz dos casos citados se faz importante pontuar quanto o lugar da UAA na RAPS: diferente dos albergues municipais e outras casas de passagem, a UAA era um serviço público e laico que priorizava o acompanhamento dos usuários (as) objetivando a promoção de um acolhimento que utilizava como estratégia de cuidado o morar, entendendo-a como uma ferramenta importante para potencializar o projeto terapêutico singular dos usuários (BELLO *et al.*, 2017).

Foppa e Grigolo (2020) realizaram estudo etnográfico, a partir da dissertação de mestrado de um dos autores, com a intenção de abordar a UA como um dispositivo da RAPS, que oferece possibilidades para o enfrentamento ao uso de drogas, com perspectivas dos usuários em compreender os significados das experiências desse serviço. As experiências citadas pelos participantes, em sua totalidade, declaram os resultados de forma positiva.

Os relatos evidenciaram múltiplos significados ao acolhimento, principalmente, ao relacionar “[...] o cuidado de si, a possibilidade do cuidado em liberdade e a diminuição ou interrupção do uso de drogas”. O estudo

identifica a UA como um ambiente de proteção e segurança, possibilitando ampliar redes de cuidados e das relações sociais, considerado um potente ponto de atenção dentro da RAPS, alinhado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política de Atenção Psicossocial. Sugere este serviço como alternativa de cuidado ao modelo manicomial asilar, permanecendo na lógica de cuidado em saúde, através da redução de danos, do respeito à singularidade e aos direitos humanos e à cidadania.

As evidências dos estudos acima sinalizam a importância da existência da UAA, no cuidado em Saúde Mental, para usuários em sofrimento por uso de drogas. Contraditoriamente, observa-se que a falta de investimentos na multiplicação desse serviço, tem resultado no aumento da vulnerabilidade, condicionando o sujeito ao sofrimento e à exclusão social.

Conforme Halpern *et al.* (2017) no Brasil, em qualquer região, a situação de moradia das pessoas com dependência química, em tratamento no CAPSad, pode ser um marcador de vulnerabilidade. No mesmo estudo, apontam, nos históricos de situação de rua, escores significativos na gravidade de uso de drogas, em problemas clínicos e psiquiátricos, no emprego e nas relações familiares, além de aumentar os sintomas depressivos, insuficiência em manter necessidades básicas e prisão por furto.

Para Vale e Vecchia (2020), o cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas exige ações transversais, através de atendimentos “[...] no campo da justiça, educação, a assistência social e a geração de trabalho e renda”. Neste contexto, o acolhimento do usuário possibilita implementar a transversalidade das ações para a prevenção dessas situações, visto que, através da construção de redes de cuidado, é possível vislumbrar a produção do autocuidado em relação à saúde, ao protagonismo, à autonomia, promovendo a reabilitação psicossocial e a integração social. Ao compreender a complexidade dessas questões, se identifica a necessidade da permanência de investimentos nesse modelo de cuidado.

Gualberto (2019) apresenta estudo (monografia), com o objetivo de caracterizar o trabalho realizado e apontar as questões relevantes na Unidade de Acolhimento Transitório em Belo Horizonte, MG. Através da observação em loco, o autor identifica efeitos positivos para os usuários, como: “[...] a melhoria do autocuidado, o sentimento de segurança, o surgimento de novos vínculos afetivos e de perspectivas profissionais, as mudanças no padrão de

uso de drogas, a ampliação da participação política e o fortalecimento do protagonismo e da autonomia” (GUALBERTO, 2019, p. 21).

O autor sinaliza que, no Brasil, em termos de moradia e cuidado para pessoas em sofrimento, relacionado ao uso prejudicial de drogas, a UA ocupa um lugar diferenciado dentre as políticas públicas. Afirma que este serviço difere-se por alinhar-se aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da Redução de Danos e, por ter como diretriz “[...] o respeito à liberdade e a singularidade de cada usuário, acolhendo-o da maneira como chega e, principalmente, sem referenciar o cuidado na droga e na abstinência” (GUALBERTO, 2019, p. 10).

Para Gualberto (2019), a Unidade de Atendimento (UA) é um local diferenciado, desta forma:

[...] A referência do cuidado é o sujeito com suas questões, dificuldades e potenciais respeitando sua história, suas escolhas, o tempo de seu tratamento e de suas conquistas. O diferencial da Unidade de Acolhimento não é somente não instituir a abstinência, mas também de aceitar o sujeito como ele é, com suas diferenças, virtudes e escolhas. A sua maneira de ser no mundo, suas referências, sua cultura, orientação sexual, religião e profissão.

E mais que isso o serviço vem responder à demanda de um lugar de cuidado contínuo e integral: uma morada onde cabe cada um, o caso a caso. Um lugar de cuidado, acompanhamento e de construção junto ao CAPS AD (GUALBERTO, 2019, p. 10).

O resultado final deste estudo aponta que, mesmo diante de muitos desafios, a UA é um potente espaço de cuidado. Pautado no cuidado em liberdade, singularizado e constituído pela redução de danos. Para os usuários, a UA proporciona, além do habitar, é reconhecida como moradia assistida que acolhe, cuida e auxilia nas reflexões sobre o outro, e nas relações sociais e com a droga. O autor defende que a Rede de Saúde Mental deve tomar para si a defesa da importância desse projeto, juntamente com os usuários, profissionais de saúde e demais redes intersetoriais, incluindo habitação e trabalho.

As evidências encontradas justificam a importância e a necessidade do cuidado integral, com base na intersectoralidade, para as pessoas com sofrimento psíquico, relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

Pereira *et al.* (2016) pontuam que este assunto motivou o acontecimento da IV Conferência de Saúde Mental em 2010, com o tema “Intersectorialidade”,

em que diversos segmentos se reuniram “[...], a fim de discutir estratégias intersetoriais que tornassem mais efetiva a produção de cuidado nos serviços existentes naquele momento” (PEREIRA *et al.*, 2016, p. 6).

Entende-se que, para garantir esse cuidado, na prática é preciso retomar aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, em que a principal ideia desenvolvida foi o cuidado em liberdade, objetivando a presença de trocas sociais, exercendo a igualdade de direitos. Portanto, fortalecer a importância de garantir a integralidade desse cuidar se faz necessário, visto que a UAA é reconhecida como espaço que possibilita o cuidado à saúde, a formação de rede de apoio, o estímulo ao protagonismo do usuário na participação social, e na busca da preservação e ampliação de direitos, além da identificação não apenas das fragilidades e vulnerabilidades, mas das potencialidades e possibilidades.

Grokoski (2018) avalia o processo de constituição e implementação da UAA, inaugurada no ano de 2013, em Chapecó, SC, e responde, sob a percepção dos profissionais e usuários, qual a efetividade desse serviço como um ponto de atenção na RAPS. A autora revela, a partir das falas, um parecer positivo, em que se confirma o cuidado humanizado, a produção de autonomia, a percepção de pertencimento social e a ressignificação da vida, sendo este o objetivo da UA. As ações são baseadas em estratégias motivadoras de geração de autonomia.

Neste sentido, as ações autônomas são desenvolvidas, a partir da escolha do usuário, sobre os sentidos da vida, mesmo quando a escolha seja o retorno ao uso de drogas, pois nem sempre o objetivo do usuário é a abstinência. Através da Redução de Danos (RD), a UA amplia as possibilidades das ações, seja para a recuperação da saúde, seja para o restabelecimento de vínculos familiares, dentre outros. Este movimento de autonomia ainda é considerado pela equipe como uma dificuldade, necessitando compreender a UA como espaço promotor de saúde e redutor de danos e agravos à saúde.

Para Grokoski, a pesquisa demonstrou que a UA é efetiva:

A Unidade de Acolhimento, de acordo com os profissionais e usuários entrevistados, demonstra-se efetiva RETIRAR ao se pensar na melhoria da qualidade de saúde das pessoas que por lá passaram. Seja por uma semana, um mês ou seis meses, durante o período em que esses usuários estiveram no serviço, foram acolhidos (na acepção do termo) e olhados em sua singularidade (GROKOSKI, 2018, p. 100).

Almeida (2019) realiza estudo exploratório, em uma Unidade de Acolhimento Adulto, no período de 2013 a agosto de 2018, localizada no Estado do Rio de Janeiro, incluindo entre os objetivos “discutir as potencialidades e os limites da UAA”. A referida UAA foi inaugurada em 2013, em território não identificado, devido à existência de grupos, “milícias”, “[...] organizações criminosas que a princípio efetuam práticas ilegais sob a alegação de combater o tráfico de drogas” (ALMEIDA, 2019, p. 50).

A autora sinaliza que estas particularidades fazem parte do território e devem ser consideradas. Mesmo diante deste contexto, o cuidado acontece através da formação de rede social no território, com arranjo adaptado à necessidade local, a UAA busca implementar rotinas cotidianas, nesse habitat. A pesquisa apresenta pareceres positivos, trazidos pelos usuários e alguns profissionais, ao relacionar as potencialidades. O trabalho tem como diretriz a redução de danos, sendo este um dos desafios apresentados por este serviço.

Esta postura tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e manter-se contrário à lógica proibicionista e repressiva, modelo utilizado para impor a abstinência às pessoas com sofrimento psíquico, relacionado ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA).

Para Almeida (2019), a UAA representa, além de um espaço físico, também o significado de proteção, de referência, estabilidade; é o habitat com sentimento de identidade, de socialização e pertencimento. Mesmo que mediados pela equipe, os usuários se encontram em liberdade para apropriação do espaço. Para os usuários, o convívio entre moradores e funcionários possibilita trocas afetivas e produção de vínculos. Ainda conforme parecer da autora, “[...] seu modo de lidar com os acolhidos nas situações cotidianas na casa e na cidade, abre possibilidades de outras formas de relação com a SPA, com o tratamento, com os familiares, com o bairro, dentre outros” (ALMEIDA, 2019, p. 92).

As conclusões do estudo declararam que o modelo proposto pela UAA, constitui-se potente ferramenta, permite a interação dos usuários com a comunidade, por estar inserido no território, e por articular a rede de acessos de atenção e cuidado, a partir das necessidades singulares, referenciando o usuário para integração de novos espaços de trocas.

Este modelo vem fortalecendo a relação e ampliando a construção de rede entre a UAA, usuários e a comunidade, contribuindo para o tratamento

de reabilitação, através do desenvolvimento da autonomia, produção de vínculos, que, para a maioria, anteriormente, encontravam-se rompidos e, assim, garantir o cuidado em liberdade, no território como direito social do cidadão.

As descrições dos resultados dos estudos selecionados transbordam os significados, em relação à relevância da existência da UAA no cuidado à saúde e na garantia de direitos das pessoas com sofrimento psíquico, relacionado ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Dentre os estudos é legítima a identificação da UAA, enquanto Ponto de Atenção da RAPS, diferenciado, que busca compreender o sujeito em sua singularidade e constituir seu território de vida na rede de cuidados, pautada na intersetorialidade. Tem um papel essencial para romper com estigmas, a discriminação e ao preconceito existentes, em relação à droga e às pessoas com sofrimento relacionado ao uso. Evidencia que ainda está muito presente o direcionamento do cuidado focalizado na droga, enquanto que o sujeito deve ser a referência do cuidado.

Nessa direção, é possível refletir que o cuidado em liberdade, pautado na redução de danos, possibilita olhar atento para o sujeito que está sendo cuidado. Ainda cabe ressaltar que a relação dos principais fatores que, conseqüentemente, levam à situação de rua, está relacionada: à vulnerabilidade, por falta de moradia, trabalho e renda; à deficiência na rede de apoio socioassistencial; ao vínculo familiar rompido, dentre outros (BRASIL, 2014).

Para garantir a integralidade desse cuidar, baseia-se na política nacional brasileira para a Atenção Integral aos Usuários de Substâncias Psicoativas (2004). A partir da criação da RAPS, obteve-se como objetivo substituir o tratamento ofertado em hospitais psiquiátricos e em Comunidades Terapêuticas (CT), pela lógica de cuidado em Saúde Mental, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Atendimento (UA) (serviços comunitários de saúde).

No entanto, as Comunidades Terapêuticas (CTs), atualmente, foram novamente inseridas, como alternativa prioritária para o cuidado. Essa alteração tange preocupação, quanto à ambigüidade entre as lógicas do cuidado. Em geral, as CTs têm, como principal lógica de cuidado, a dimensão religiosa pautada no isolamento e na abstinência.

Para Rossi e Tucci (2020, p. 9), a prática de tratamento, “abstinência total”, são “[...] coercitivas e autoritárias, as quais geram impactos sociais

negativos e violam os direitos de tais usuários, assim como normalizar tais estratégias dentro do contexto de cuidado”.

No panorama atual, percebe-se o fortalecimento de políticas contrárias ao cuidado em liberdade, garantidas no aparato jurídico-legal e anteriormente conquistadas. O desmonte dessas políticas vem acontecendo através de novos direcionamentos políticos. Exemplo disso é a publicação da Resolução CONAD n. 1/2018, que redireciona a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), fixando o foco do cuidado para a promoção da abstinência, além de dispor de financiamento para Comunidades Terapêuticas, através do Ministério da Saúde. Esta alteração implica a diminuição de recursos para a RAPS, o que tende ao sucateamento dos serviços existentes e impede o seguimento de novos serviços, dentre estes os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e Unidades de Atendimento (UAs).

Ainda, relacionado a esse modelo, também utiliza fortemente a prática da disciplina rígida, como ponto fundamental para o tratamento. Através de regras e proibições, a instituição assume a condição de tutela das pessoas, evidenciando-as como incapazes, produzindo a perda de autonomia e negligenciando e interação em meio social. Sobre as abordagens espirituais/religiosas, Silva (2013, p. 228) inclui efeitos negativos, devido à “[...] imposição de rígidas regras disciplinares e situações de preconceitos relacionados à sexualidade e à orientação sexual, à etnia e ao gênero”.

Assim, se evidenciam duas lógicas de cuidado, totalmente ambíguas entre si. Por um lado, a UAA busca manter os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, através do cuidado em liberdade, desenvolvimento da autonomia, formação de rede de cuidados em seu território e a participação social como garantia de direito e cidadania. Por outro lado, a CT submete ao isolamento social, justificando que esta restrição é necessária para a produção de nova rotina, causando um contrassenso ao modelo antimanicomial.

Diante dessa disparidade, atenta-se que, ainda não se esgotaram as discussões sobre este assunto. Portanto, requer incentivar a atualização de novos estudos, a fim de evidenciar a importância da UA no cuidado à saúde e na garantia de direito, assim como fortalecer os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica antimanicomial, pautada no cuidado em liberdade, na redução de danos aos riscos e agravos, além de garantir os direitos humanos.

Considerações finais

Tendo em vista os achados de pesquisa sobre a relevância da UAA para o cuidado à saúde e na garantia de direitos, observa-se, no primeiro momento, a escassez de estudos sobre este tema. Entende-se que, através desta pesquisa, é possível dar visibilidades e/ou subsídios para embasamento de novos projetos. É relevante afirmar que os estudos destacados apontaram várias experiências, em que grandes esforços superaram as dificuldades, e que merecem ser notadas por parte dos gestores públicos.

Ao contrário, a ausência de estudos também favorece a reprodução de ideias falsas e estigmatizadas, aumentando os problemas de ordem estrutural da sociedade. Estima-se não ter se esgotado a pesquisa em relação ao tema; porém, os estudos encontrados, em sua totalidade, apresentaram aspectos positivos que evidenciam a efetividade dessa proposta. Dentre as múltiplas ações em saúde mental, o cuidado oferecido na UA mostra a aproximação da construção do modelo de atenção à saúde para as pessoas que sofrem com o uso de drogas, isento de preconceito e estigma social sobre a droga e seus usuários.

É importante reforçar que o acesso ao cuidado em saúde é garantido para todos, através da ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, para ser estabelecido necessita de políticas sociais e econômicas que favoreçam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Nessa mesma direção, para este cuidado ser efetivo, é importante considerar o sofrimento psíquico de tais pessoas, sendo esta uma das práticas que possibilita a promoção da inclusão social.

A partir de sua complexidade, as ações devem visar as necessidades básicas de vida, a reinserção no mercado de trabalho, a retomada do vínculo familiar, o desenvolvimento profissional, a apoio à moradia, dentre outros. Neste contexto, se observa a necessidade de incluir ações de reeducação da sociedade, objetivando a desconstrução do preconceito relacionado ao usuário de drogas, principalmente, o usuário de *crack*.

Por meio da pesquisa, foi possível identificar a presença do cuidado à saúde e a garantia de direito das pessoas com uso problemático de drogas, nos cenários de prática da UA. Essa realidade traz a perspectiva de desconstruir a “guerra às drogas” e fortalecer a construção de estratégias de cuidado

focalizado no sujeito, baseados nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, nos movimentos de luta antimanicomial, na consolidação do SUS e nas ações de redução de danos, os quais foram fundamentais para a construção da política pública de saúde para usuários de drogas.

Esta pesquisa mostra que é possível produzir resultados positivos, através do cuidado em liberdade, cuja principal característica é a produção de autonomia, a garantia de direitos e a cidadania. Portanto, incentivar o tratamento baseado no isolamento, no proibicionismo e na religiosidade, é o mesmo que contribuir para o retrocesso às práticas violadoras de direitos, desumanas e opressoras, além de assumir uma postura contraditória aos princípios da Política de Saúde Mental e as diretrizes da RAPS.

Referências

ALMEIDA, Amanda Lima Macedo de. *Cuidado no território aos usuários de álcool e outras drogas*: estudo de caso exploratório de uma Unidade de Acolhimento Adulto, um Serviço Residencial Transitório. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40171/2/ve_Amanda_Lima_Ma-cedo_de_ENSP_2019. Acesso em: 20 nov. 2020.

BELLO, Patrícia Aymeré; RODRIGUES, Camilia C. de Oliveira; SILVA, Matheus José da. O início, os meios e fins da Unidade de Acolhimento Adulto da RAPS de Campinas, SP: um relato de experiência. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ABRAND: DROGAS E AUTONOMIA: CIÊNCIA, DIVERSIDADE, POLÍTICAS E CUIDADOS, 6., nov. 2015, PUC-MG, Belo Horizonte. *Anais* [...]. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://www.google.com/search?q=O+in%C3%ADcio%2C+os+meios+e+fins+da+Unidade+de+Acolhimento+Adulto+da+Raps+de+campinas%2FSP%3A+um+relato+de+experi%C3%Aancia.&rlz=1C1EJFA_enBR715BR717&oq=O+in%C3%ADcio%2C+os+meios+e+fins+da+Unidade+de+Acolhimento+Adulto+da+Raps+de+campinas%2FSP%3A+um+relato+de+experi%C3%Aancia.&aqs=chrome.0.69i59j2.1327j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8. Acesso em: 2 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. *Diário Oficial da União*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*. 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série E. legislação e saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *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, nov. 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. *Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPES / Saúde Mental. *Agenda da Comissão Intergestores Tripartite de Maio de 2009 (Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas) (PEAD 2009-2011)*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. *Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. *Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012*. Institui unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental / Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de atenção básica, n. 34). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de-alc-ool-e-Outras-Drogas-Guia-AD-.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. *Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/697347259/decreto-9761-19?print=>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CANÇADO, Taynara C. Lopes; SOUZA, Raysa, S.; CARDOSO, Cauan, B. S. Trabalhando o conceito de vulnerabilidade social. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 19.*, 2014, São Pedro, SP. *Anais*[...]. São Pedro, SP, 24/28 nov. 2014. Disponível em: http://www.abep.org.br/~abeporgb/abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-10-45-499-410.pdf. Acesso em: 29 maio 2020.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública* [on-line], 2018, v. 34, n. 3 [cited 2020-06-11], e00101417. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso Epub Mar 26, 2018. DOI 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CONAD. *Resolução n. 1, de 9 de março de 2018*. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Droga. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FOPPA, D. F.; GRIGOLO, T. M. Os significados de uma unidade de acolhimento transitória para usuários de drogas. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição Em Português), v. 16, n. 2, p.16-24, 2020. DOI <https://doi.org/10.11606//issn.1806-6976.smad.2020.158015>.

GUALBERTO, Valéria Vianna. *Uma morada, onde cabe cada um*: relato de experiência na Unidade de Acolhimento Transitório Adulto. Belo Horizonte: ESP-MG, 2019. 51p. Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/handle/123456789/330>. Acesso em: 20 out. 2020.

GROKOSKI, Fransinês Teresinha Swib Vaz. *A Unidade de Acolhimento Adulto de Chapecó na rede de atenção psicossocial*: um estudo cartográfico. Orient. Dra. Irme Salete Bonamigo. Chapecó, 2018. 142 p. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/index.php/pos-graduacao/trabalhos-de-conclusao-de-bolsistas/trabalhos-de-conclusao-de-bolsistas-a-partir-de-2018/cienciashumanas/mestrado-ch/566-a-unidade-de-acolhimento-adulto-de-chapeco-na-rede-de-atencao-psicossocial-um-estudo-cartografico/file>. Acesso em: 16 nov. 2020.

HALPERN, Silvia Chwartzmann *et al.* Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, 2017. e00037517, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0102311x00037517>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

LAZZARI, Evelise. *Vigilância socioassistencial no Brasil*: contradições da operacionalização e repercussões no processo de democratização da política de assistência social. 2018. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação de Serviço Social, PUCRS. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7957>. Acesso em: 23 jun. 2020.

LEAL, Erotildes Maria *et al.* *Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé - Brasil. Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. especial, p. 96-104, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000500013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000500013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 ago. 2020.

MOTA, Fernanda Oliveira; FONSECA, Rafaela Maria Alves Martins; SANTOS, Josenaide Engracia dos and GALLASSI, Andrea Donatti. *Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. Cad. Bras. Ter. Ocup. [online]*. 2019, v. 27, n. 4, p. 806-816. ISSN 2526-8910. DOI <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1809>.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de; SANTOS, Michele Borges dos; GUERRA, Olivia de Andrade. O trabalho como estratégia de reinserção psicossocial do dependente químico sob a ótica da família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 21, p. 23-30, jun. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.19131/rpsem.0234>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602019000100004&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 2 ago. 2020.

PAIVA, Fernando Santana de *et al.* A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de Drogas. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 696-706, dez. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822014000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

PEREIRA, Maria *et al.* Que rumo tomou a política nacional de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. 2016. *Atas investigação qualitativa em saúde*, v. 2, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/810> Acesso em: 22 nov. 2020.

PINHEIRO, Clara Virginia de Queiroz; AGUIAR, Isabella Maria Augusto; MENDES, Layza Castelo Branco. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o normal e o patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter do psicopatológico. *Interação em Psicologia*, Curitiba, dec., 2008. ISSN 1981-8076. DOI <https://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i2.10269>.

REIS, Lucia Margarete dos; HUNGARO, Anai Adario; OLIVEIRA, Magda Lúcia Felix de. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: percepção social em uma comunidade. *Texto Contexto-Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1050-1058, dez. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/010407072014002620013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104:07072014000401050&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 7 ago. 2020.

ROSSI, Cintia Cristina Silva; TUCCI, Adriana Marcassa. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 32, e170161, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32170161>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822020000100200&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 nov. 2020.

SANCHES, Laís Ramos. & VECCHIA, Marcelo Dalla. *Reabilitação Psicossocial e Reinserção Social de Usuários de Drogas: Revisão de Literatura. Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 30, e178335, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822018000100228&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 21 jul. 2020.

SILVA, Maika Arno Roeder da. *Comunidade terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica?* Orient. , Walter Ferreira de Oliveira. Florianópolis, SC, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106996/321219.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 out. 2020.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. *Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde.* *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 25, e45235, 2020. DOI <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100224&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2020.

VIEIRA, Fernanda de Sousa; MINELLI, Massimiliano; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Consumo de drogas por pessoas com diagnósticos psiquiátricos: percursos possíveis em uma rede de atenção psicossocial. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.1243-1263, dez. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000401243&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 ago. 2020.

O cuidado em saúde com a gestante usuária de substâncias psicoativas

Clarice Cardoso Daros
Rosane Inês Fontana Lorenzine

Resumo: **Introdução:** Nos últimos anos, o uso de drogas por mulheres tem aumentado significativamente. Estudos epidemiológicos apontam para o aumento do número de mulheres em idade fértil, usuárias de drogas, gerando grandes desafios para a saúde pública, em relação ao atendimento materno-infantil. Ofertar cuidados diferenciados para as gestantes usuárias de drogas é fortalecer o cuidado humanizado e integralizado. **Objetivo:** Identificar quais cuidados em saúde são ofertados especificamente para gestantes usuárias de substâncias psicoativas, estabelecendo a relação entre o cuidado e o uso de drogas na gestação e, também, apresentar aspectos históricos de como é vista a mulher que faz uso de drogas na sociedade brasileira. **Método:** Para atender o objetivo proposto, foi realizado um estudo de delineamento qualitativo de caráter exploratório e descritivo. O desenvolvimento desta produção deu-se a partir de leitura e fichamento de 21 artigos acadêmicos, além de busca documental em legislações/portarias e políticas relacionadas com o tema. **Resultados:** Os autores destacam a importância do cuidado humanizado, sugerindo a corresponsabilização dos profissionais e a necessidade da educação permanente, para a formação especializada. Pode-se constatar, ainda, o estigma, despreparo e a dificuldade dos profissionais em lidar com demandas específicas de gestantes usuárias de drogas, bem como a ausência da promoção de espaços para a troca de informações, reflexões sobre a prática e o compartilhamento de suas dúvidas e angústias. **Conclusão:** Considera-se que o cuidado para as gestantes usuárias de drogas exige planejar ações específicas que contribuam para seu acesso aos serviços, principalmente nos serviços da Atenção Primária e nos CAPSAd, além da construção de Rede de Apoio, para abarcar o cuidado em sua totalidade biopsicossocial.

Palavras-chave: Usuários de drogas. Mulher. Gestação. Cuidado pré-natal. Saúde mental. Estigma social.

Introdução

O uso de drogas que alteram o estado mental acompanha toda a História da humanidade, seja por motivos culturais ou religiosos, por recreação ou como forma de enfrentamento de problemas, para socializar-se ou para se isolar. O ser humano sempre se relacionou com as drogas, e essa relação do indivíduo com as substâncias psicoativas (SPA), dependendo do contexto e dos padrões de uso disfuncionais, pode acarretar prejuízos biopsicossociais (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2013).

Nos últimos anos, o uso de drogas tem se mostrado um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, de acordo com o relatório mundial sobre drogas das Nações Unidas (ONU), em 2020. O uso estimado de drogas aumentou de 4,8% da população global de 15 a 64 anos em 2009 para 5,3% estimado em 2018, sendo percebido o aumento crescente do uso de drogas entre as mulheres.

Já o “III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira” (2017), foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e contou com a parceria de várias outras instituições, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e a Universidade de Princeton, nos EUA. Foram entrevistadas 17 mil pessoas com idade entre 12 e 65 anos, entre maio e outubro de 2015, revelando que 3,2% dos brasileiros utilizaram drogas ilícitas até um ano antes da pesquisa, com maior prevalência do sexo masculino.

Em estudo realizado por Albuquerque e Nobrega, houve um aumento significativo no uso de drogas por mulheres:

Durante o intervalo de quatro anos a dependência de álcool em mulheres com idade entre 12 e 65 anos, cresceu de 5,7 % para 6,9 %, o uso durante a vida, de maconha, subiu de 3,4% para 5,1%; de cocaína aumentou de 0,9% para 1,2%, os estimulantes subiram de 2,2% para 4,5%, e os benzodiazepínicos passaram de 4,3% para 6,9% (ALBUQUERQUE; NOBREGA, 2016).

Sendo assim, por ser um problema considerado do mundo masculino, as mulheres estão sub-representadas em estudos sobre esta temática e, da mesma forma, o planejamento e a implantação de intervenções para pessoas usuárias de drogas, estão baseados em necessidades masculinas, com pouca consideração para quaisquer diferenças entre os sexos, sejam elas fisiológicas, psicológicas, sejam sociais (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007). Há uma tendência ao tratamento para uso de drogas de forma homogênea, como se todos pertencessem a uma mesma categoria social e deveriam ser vistos, a partir de um mesmo enfoque, não considerando características individuais e de gênero.

É neste contexto que se originou a presente pesquisa. A partir da realização do curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, promovido pela Universidade de Caxias do Sul, em que suscitaram inquietudes e também

pelo trabalho profissional desenvolvido no CAPSad,⁴⁰ no qual se observa o crescente número de gestantes com uso problemático de drogas, que não realizam os cuidados adequados de pré-natal. Sentindo a necessidade de ofertar cuidados diferenciados para esse grupo específico, surgiu o presente estudo, que ressalta a importância em pesquisar sobre os cuidados disponibilizados nos serviços de saúde, especificamente para estas gestantes, uma vez que é uma questão com cargas sociais e enfrentamentos diferenciados do público masculino. Toma como objetivo identificar quais cuidados em saúde são ofertados, especificamente, para gestantes usuárias de drogas, estabelecendo a relação entre o cuidado e o uso de drogas na gestação e, também, apresentar aspectos históricos de como é vista a mulher que faz uso de drogas, na sociedade brasileira.

1 Como a mulher usuária de substâncias psicoativas é vista pela sociedade brasileira

A mulher vem assumindo novos papéis na sociedade, principalmente nos campos de trabalho e políticos. Segundo Souza, Oliveira e Nascimento (2014), a partir do final do século XX, pós-modernidade, ocorreram muitas mudanças, causando alterações no modo de viver das pessoas em sociedade, assim como também nos padrões de conduta e de lazer. Essas mudanças, especificamente para as mulheres “[...] ocasionaram, dentre outros aspectos, maior inserção no mercado de trabalho, aumento do número de famílias chefiadas por mulheres”, ficando submetidas aos mesmos fatores de risco, do que homens, incluindo hábitos como o consumo de drogas.

Para Oliveira, Nascimento e Paiva (2007), há, na sociedade, a representação de que o consumo de drogas é um comportamento desviante dos padrões, e de que a mulher que adota tal conduta está contrariando as normas da sociedade, diante da possibilidade de não cumprir os papéis sociais a elas impostos, seja de mãe, esposa ou cuidadora da família. Essa

⁴⁰ *Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*, com atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtorno pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas em sua área territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial, e são substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2011).

abordagem condenatória contribui para que as mulheres neguem o uso de substâncias.

Discutir a feminilidade no contexto do uso de SPA é complexo, visto que, na gênese da sociedade brasileira, existe um discurso machista e preconceituoso, que põe a mulher em grau de inferioridade, sobretudo usuárias de substâncias lícitas e/ou ilícitas. De acordo com Pinho (2005, p. 336), “todos os usuários abusivos de drogas já são colocados à margem da sociedade, no caso das mulheres o isolamento é mais amplo, pois é permanentemente reforçado por um registro social que estigmatiza a dependência feminina”.

Uma pesquisa de abrangência nacional, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2013, traz à tona a realidade brasileira em relação ao uso de SPA por mulheres. Esta pesquisa diz respeito ao consumo de cocaína/*crack*, que “revelou que no país há cerca de 370 mil usuários de crack, dos quais 21,3% são mulheres”. No entanto, por anos foram negligenciadas por este uso.

Há pouco mais de algumas décadas, tem se revelado maior visibilidade às mulheres e os possíveis impactos sociais e de saúde decorrentes do seu envolvimento com as drogas, pois, acreditava-se que a dependência química não acometia esse público, uma vez que as mulheres não possuíam problemas vivenciais “visíveis” em relação às drogas, e, portanto, foram esquecidas da esfera pública (MEDEIROS; MACIEL; SOUZA, 2017, p. 31).

Contudo, as mudanças no papel social da mulher têm determinado a diminuição dessa diferença (entre homens e mulheres), em relação ao uso. “Esta diferença tem diminuído consideravelmente, o que pode ser atribuído à conquista da igualdade de direitos entre homens e mulheres, resultantes das lutas e movimentos feministas [...], mudança no estilo de vida que a mulher adquiriu juntamente com seus novos papéis e responsabilidades” (SILVEIRA *et al.*, 2012; RASCH; ANDRADE, 2012, p. 17) Eventos traumáticos na vida, como violência física ou sexual, doenças físicas ou problemas familiares [...], influenciadas pelo consumo que seus parceiros fazem, ou foram criadas em lares nos quais conviviam com o consumo pesado de álcool ou abuso de substâncias, [...] (COSTA; ZILBERMAN, 2013 *apud* TARGINO, 2017, p. 191).

Sendo assim, quando o uso de substância psicoativa é feito por mulheres, há um julgamento exacerbado por parte da sociedade, representações depreciativas, que legitimam a expressão de atitudes preconceituosas e a exclusão social.

A verdade é dolorosa é que nossa sociedade julga as mulheres viciadas com mais severidade do que os homens na mesma situação. Ser alcoólatra ou viciada em drogas é suficientemente ruim; ser uma mulher alcoólatra ou viciada em drogas é duplamente vergonhoso. As mulheres dependentes de bebida ou drogas são muitas vezes estereotipadas como promíscuas, desregradas e imorais. Se temos filhos, somos ainda mais vilipendiadas por nós mesmas e pelos outros se nosso alcoolismo ou nosso consumo de drogas afeta nossa capacidade de cuidar deles (COVINGTON, 2012 *apud* TARGINO, 2017, p. 180).

Portanto, a sociedade espera que a mulher desempenhe o papel de cuidadora dos filhos e do lar, da forma mais romantizada possível, ou seja, não pode desviar-se daquilo que é esperado dela. A mulher que faz uso de drogas encontra-se num submundo, é vista como mau exemplo pela sociedade em geral, não a enxergam como ser compassivo de cuidados, a qual tem sentimentos, necessidades em saúde, dentre outros, mas, ao contrário, são despersonalizadas enquanto “sujeitos desejáveis”.

1.1 Contextualizando: gestante usuária de drogas e o cuidado em saúde

A problemática sobre uso de drogas é crescente em diferentes gêneros e idades. Para as mulheres gestantes, o uso de drogas, durante o período gestacional, pode ocasionar algumas consequências, dentre elas “[...] a menor adesão ao acompanhamento pré-natal e o maior risco de intercorrências obstétricas e fetais, comprometendo a saúde física e psíquica do binômio mãe-bebê”, porém, a motivação para abstinência ou para uso de drogas, durante a gestação, envolve diversos fatores, dentre estes o conhecimento dos malefícios da droga, não só para o bebê, mas também para mãe (SILVA; QUEIROZ, 2018, p. 87).

Para Borba e Feil (2008), o papel da maternidade foi construído historicamente como ideal máximo da mulher, a partir de uma relação de poder do masculino sobre o feminino, porém, apesar de muitas conquistas da mulher contemporânea, Carvalho e Oliveira (2017) dizem que o sujeitamento feminino, perante a dominação do patriarcado, pouco diminuiu nos

dias atuais e, diariamente, defronta-se com a realidade abusiva do sexo masculino sobre o feminino.

Embora o uso de drogas esteja associado, predominantemente, em homens, Souza, Oliveira e Nascimento (2014) referem que estudos epidemiológicos apontam para o aumento do número de mulheres em idade fértil, usuárias de drogas, gerando grandes desafios para a saúde pública, em relação ao atendimento materno-infantil. Botelho, Rocha e Melo (2013) dizem que o uso de drogas tem sido associado ao aumento da prevalência de gravidez não planejada e, geralmente, as gestantes negam o uso por sofrerem discriminações e preconceitos na sociedade, levando a um déficit na realização do pré-natal ou início tardiamente. Nesse sentido, cabe questionar sobre a relação afetiva que essa gestante desenvolve com o feto, visto que, no momento, a gestação não representa algo desejado por ela, além do medo de serem consideradas pela justiça incapazes de realizar os cuidados com seus filhos, ocorrendo em muitos casos o encaminhamento para abrigos e adoção, após o nascimento.

Rodrigues *et al.* (2018) ressaltam que a gestante usuária de drogas, além dos problemas similares das outras usuárias não gestantes, como o aumento de doenças infecciosas e doenças sexualmente transmissíveis, apresentam um problema agravante ao feto, que é a baixa adesão aos cuidados de pré-natal e, em consequência, as complicações obstétricas, tais como: aborto, morte intrauterina e morbidade neonatal, sendo que a exposição a substâncias psicoativas, durante a gestação, pode acarretar danos no desenvolvimento da criança.

No Brasil, o cuidado pré-natal de mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas (SPA) está marcado por insuficiências de acolhimento e de informação, com necessidade de transformação de práticas. As mulheres sentem-se julgadas e não apoiadas, vivenciam discriminação, frustrações e violação dos direitos, que são fontes de tensão e de mal-estar psíquico e físico. É necessário reiterar que se faz necessário uma abordagem interprofissional e intersetorial ao cuidado no contexto do uso de SPA, quando a estratégia de redução de danos é uma tendência. Ela valoriza o respeito à liberdade individual na perspectiva da cidadania e promoção dos direitos humanos, porém, sua consolidação enfrenta o desconhecimento da proposta, o equívoco entre prevenção e repressão, os julgamentos morais e a estigmatização do usuário de SPA, inclusive sob novas faces da judicialização da saúde mental e da psiquiatria da vida (MARCOLINO *et al.*, 2018).

Entende-se que realizar o pré-natal é um ato de cuidado principalmente para o bebê. Em estudo realizado por Duarte e Andrade (2008), sobre o significado do pré-natal para mulheres grávidas, observa-se que a maior preocupação é com o nascimento de uma criança saudável, e esse pensamento pode ocorrer pela forma como foram criadas as políticas de saúde materno-infantil, em que a prioridade, por parte do sistema, é o útero gravídico, com ênfase em técnicas medicalizadas, em detrimento ao acolhimento, apoio e carinho à mulher que vivencia a gestação.

Araujo *et al.* (2017, p. 29) destaca que “[...] a procura tardia pelo acompanhamento assistencial ao pré-natal, pode ocasionar consequências irreversíveis para o bom prognóstico do parto e nascimento, pois, durante o pré-natal, a gestante recebe orientações que versam sobre o bem-estar para o binômio”. Essa afirmação está relacionada a experiências relatadas em diversos estudos, que justificam a importância da realização da consulta pré-natal, pois, através da assistência de qualidade, é possível propor ações educativas para a gestante, a fim de estabelecer melhor compreensão sobre o parto, evitar complicações no puerpério e favorecer a amamentação.

Belloc, Cabral e Oliveira (2018) problematizam as condições de gestação de usuárias de drogas, em contexto de violência e vulnerabilidade social, encontrando em seu estudo lacunas no cuidado e proteção dessas mulheres, assim como também a violação de direitos, falando sobre a forma como é realizada a destituição familiar da criança recém-nascida e do sofrimento psíquico que isso causa na mulher. Além de não oferecer a proteção e o cuidado adequado à mulher usuária de drogas, ainda lhe é imposta a culpa por essa consequência.

Um levantamento relativo ao ano de 2016, realizado pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, nas maternidades do Estado, solicitado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, teve por objetivo conhecer os dados relativos aos partos das mulheres usuárias de drogas, em situação de vulnerabilidade social. Em Porto Alegre, o levantamento foi feito em cinco maternidades. Foram 270 partos em 2016, sendo que, destes, 12 bebês vieram a óbito, o que indica uma taxa de mortalidade de 4,44%, um número bastante inferior à média estadual do total de partos, independentemente do perfil da

gestante. O que chamou a atenção foi o baixo índice de mortalidade, se comparado aos dados oficiais do Estado do Rio Grande do Sul, em 2019.⁴¹

O mesmo levantamento ainda apontou que 112 casos de partos de gestantes usuárias de drogas foram encaminhados para o Judiciário, ou seja, 43% dos casos. Destes, 60 crianças recém-nascidas foram encaminhadas diretamente para acolhimento institucional, o que significa 23% dos bebês nascidos e mais da metade das situações encaminhadas ao sistema de justiça, o que já é um índice altíssimo de encaminhamentos. Outro destaque é de que o maior número de casos judicializados se concentrava no hospital municipal considerado referência na saúde materno-infantil.

Neste levantamento (2016), várias outras evidências de violações de direitos das mulheres e das crianças puderam ser visualizadas, a começar pelo fato de crianças recém-nascidas serem internadas em unidade de tratamento intensivo, sem critérios clínicos, uma vez que ficou evidenciado baixo número de partos com complicações clínicas. E, dessa forma, se produziam outras violações de direitos, como a não colocação da mãe e do filho em alojamento conjunto, o que impedia o direito a conhecer o recém-nascido e/ou amamentá-lo. E como já havia clara construção desta “desmaternização”, também o registro do nascimento em alguns hospitais não respeitava o encaminhamento padrão.

Neste cenário, também não havia oferta de assistência psicológica ou psiquiátrica à mulher no período pós-natal, como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal, evidenciando que a separação, dita profilática, apresentava forte conteúdo moral sobre as impossibilidades pressupostas de maternagem. E, mais estranho ainda, é que, enquanto o uso de drogas dessa gestante/mãe era um forte argumento para separá-la do bebê, não havia qualquer atendimento na maternidade ou encaminhamento posterior para seu cuidado na rede de saúde, corroborando dados da pesquisa efetuada por Marques (2015) sobre a inexistência de serviços específicos voltados para o atendimento às puérperas usuárias de drogas.

⁴¹ Em 2019, o Estado registrou 1.414 óbitos *infantis* e 134.303 nascimentos, gerando taxa preliminar de 10,53 óbitos a cada mil nascimentos (Atlas/FEE, 2019).

1.2 Redes de atenção em saúde: perspectiva de cuidado e lógica de direito

No Brasil, a partir do processo de reforma psiquiátrica, impulsionado pela Lei n. 10.216/2001, busca transformar os modelos de atenção e gestão das práticas em saúde mental, valorizando o cuidado das pessoas com transtornos mentais, usuários de SPA e seus familiares, através de ações integradas e intersetoriais, acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial.⁴²

Assim, avança-se em direção à implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria n. 3.088/2011. A mesma apresenta de forma detalhada os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no País para pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas.

Nesta perspectiva, a RAPS configura-se fruto do movimento antimani-comial em que propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso, e a promoção de direitos das pessoas, baseados na convivência em sociedade, reforçando o modelo de atenção com base no território.

Uma das grandes diretrizes da RAPS é a organização dos serviços em rede, estabelecendo ações intersetoriais, para garantir a integralidade do cuidado. Tem, como um de seus objetivos, que garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

É sob esta ótica que o cuidado da gestante usuária de drogas deve estar. Por se tratar de uma situação que, naturalmente, já demandaria cuidados específicos na Atenção Básica, a gravidez, contando com mais esta particularidade, a do uso de drogas, sugere parceria com o serviço de pré-natal de alto risco, o CAPSad e mais outros dispositivos que podem ser acionados, dependendo da necessidade de cada caso, como hospital geral ou serviços de urgência e emergência.

⁴² A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida (JORGE *et al.*, 2006, p. 735).

Em nota técnica conjunta MDS/MSaúde n. 001/2016, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome apresentam um documento direcionado a gestores e profissionais de saúde e de assistência social, composto por diretrizes e fluxograma com possibilidades de atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de drogas e seus filhos recém-nascidos. Este documento busca alternativas de atendimento intersetorial, para fortalecer a promoção e defesa dos direitos das mulheres, de suas crianças e famílias dentro dos parâmetros legais.

O fluxograma apresentado nesta nota técnica traz a utilização de vários dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua (RD),⁴³ Centros de Atenção Psicossocial AD, Unidade de Acolhimento, assim como o Serviço Especializado em Abordagem Social, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), e/ou o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

De acordo com o art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente, é assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como o atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ainda, para reiterar a atenção à saúde materno-infantil e alinhar as necessidades existentes no ciclo gestacional e puerperal, em 2011 o MS instituiu a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, através da Portaria n.1.459/2011. De acordo com art. 1º, essa rede consiste em organizar as ações de cuidado, visando “[...] assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha”. A Rede Cegonha direciona seus objetivos em acompanhar a saúde da mulher e da criança, desde a gestação até completar dois anos de idade, além de garantir o acesso com resoluti-

⁴³ Para melhorar a capacidade de respostas às demandas e necessidades de saúde, inerentes à população em situação de rua, o Ministério da Saúde publicou, em 2012, a Portaria n. 122, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Assim, o CR configura-se um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica.

vidade, assim como reduzir os índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Entretanto, não discorre sobre a gestante usuária de drogas, não elenca nenhuma especificidade a respeito de tal problemática.

Ainda relacionado às práticas existentes ao cuidado da gestante, a fim de fortalecer a qualidade dos serviços e reduzir o índice de mortalidade materna e neonatal, em 2004 o Brasil aprovou, juntamente com a comissão Tripartite e com o Conselho Nacional de Saúde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O documento aponta a necessidade de ampliação deste cuidado. O tema foi discutido durante o Seminário Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do mesmo ano. Dentre as estratégias do pacto, está a Organização do Acesso, que visa: “[...] integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado. Garantir a vinculação da gestante no pré-natal ao serviço que atenderá ao parto. – Garantir leitos de UTI, e transferência em situação de risco. – Centrais de leito e consultas/exames” (BRASIL, MS, 2004).

Percebe-se a existência de múltiplos esforços em produzir este cuidado, integrando as diferentes necessidades da mulher gestante e/ou puérpera e ao recém-nascido, período convalescente, cujo cuidado clínico é fundamental, principalmente, para prevenir a morte materna e neonatal. No entanto, é importante destacar que, para as mulheres que sofrem com a dependência química, implica ofertar o cuidado singularizado, envolvendo diferentes atores ou, até mesmo, a construção de Rede de Apoio e Cuidados, de forma a contemplar a real necessidade dessa população, visto que não se identificam na rede de serviços, acessando somente nas urgências, gerando um fator de risco para a mãe e o bebê.

Também, em 2004, o Ministério da Saúde, constitui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com base em dados epidemiológicos e nas reivindicações de diversos movimentos sociais, ficando estabelecidos os princípios e as diretrizes que nortearão os atendimentos nos serviços de saúde. Dentre os diversos direcionamentos, o profissional de saúde realizará o cuidado “[...] a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004).

Conforme Ribeiro *et al.* (2018), a maioria dos estudos tem priorizado análise epidemiológica sobre o feto, porém é importante ampliar a pesquisa sobre o cuidado específico para a mulher gestante usuária de drogas, além da criação de políticas públicas e estratégias de cuidados, em todos os níveis de atenção à saúde da mulher e de sua família, baseando-se nas diretrizes do cuidado para a dependência química, incluindo a usuária no planejamento das ações do seu projeto de cuidados.

Ventura *et al.* (2019) reafirmam que a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas também não direciona o cuidado específico para as mulheres gestantes usuárias de drogas, evidenciando uma lacuna a respeito dos cuidados a essas pessoas, embora sejam reconhecidas com vulnerabilidade alta, podendo comprometer seu futuro, assim como do seu filho e da sua família.

Nessa perspectiva, em geral a mulher gestante usuária de drogas encontra-se em vulnerabilidade social, relacionada ao contexto de vida no qual estas gestantes estão inseridas, não possuem renda para garantir seu sustento, além da perda de vínculos familiares. As demandas dessa população são altamente diferentes, sinalizando a necessidade em ampliar as estratégias de cuidados, incluindo o cuidado singularizado. Entende-se, ainda, que a inexistência desse modelo de cuidado influencia o sentimento de desamparo para o enfrentamento da motivação para a re(construção) de viver sem a droga e permanecer com o filho que está em seu ventre, utilizando-se do uso da droga para suportar o sofrimento da separação ao nascer, através da determinação judicial por destituição do poder familiar.

Para Costa *et al.* (2015), um dos motivos que dificultam o acesso aos serviços de atenção básica é a referência de território, exigindo do usuário o endereço residencial, para realizar atendimento; nesse caso, não havendo acompanhamento por serviços itinerantes, o qual ainda é escasso, essas gestantes procuram o serviço de saúde, apenas nas urgências. Nesse sentido, observa-se a necessidade em ampliar o cuidado singularizado nos serviços de atenção básica, visto que não há programas ou políticas específicas para o cuidado da gestante em situação de rua. Entretanto, consta na Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011, a qual regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, no art. 23, o seguinte texto:

Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento

ou do atendimento. § 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores em situação de rua (BRASIL, 2011).

Percebe-se a falta de conhecimento, sobre os direitos da população em situação de rua, por profissionais que atuam em instituições públicas e privadas, os quais acabam reproduzindo a violência institucional, através da restrição de acesso a equipamentos públicos por causa da aparência física ou falta de documentação, assim como, também, por não fornecer orientações para a obtenção de direitos e exercício da cidadania.

O Guia de Atuação Ministerial (2015), em defesa aos direitos da população em situação de rua, traz a necessidade de reconhecer o sujeito como protagonista de sua própria saúde e que as ações reforcem a construção da autoimagem, elevando a autoestima, com vistas à reivindicação de direitos e construção de novos projetos de vida. Destaca, ainda, que os serviços e os programas devem ser revestidos de atitude positiva, com profissionais amplamente capacitados, desvinculados de práticas higienistas e “culpabilizadoras”, para que a atenção ofertada não se torne mais um instrumento de discriminação e agravamento dessa condição de vida.

Desse modo, entende-se que os profissionais que atuam no atendimento desse público específico, devem buscar estratégias que fortaleçam o direito ao acesso dos serviços de saúde, independentemente da escolha de continuar usando substâncias psicoativas, mesmo durante a gestação, de querer ou não ter filhos; garantir acolhimento com qualidade, sem discriminação; fornecer orientações de acordo com suas demandas; propiciar o apoio necessário para uma escolha consciente, no processo de tomada de decisão, visto que, nesse momento, a mulher pode considerar a possibilidade de entregar o filho para adoção ou não, não cabendo ao profissional realizar julgamentos morais, mas sim prestar atendimento integral e humanizado, minimizando as barreiras de acesso e garantido os direitos da mulher e da criança gestada.

Assim, para atingir maiores avanços, no processo de cuidado como um todo, a figura constante de um profissional de referência aparece como elemento-chave para alcançar estes objetivos. O vínculo contribui com esse processo e, para Barreiros (2014), vincular o usuário tem relação direta com a capacidade que o profissional tem de compreendê-lo. Desta forma, quando o usuário sente que está sendo ouvido em seus interesses e suas necessidades, sem se tornar alvo de julgamentos, o serviço passa a fazer sentido, o que

favorece a vinculação e, conseqüentemente, sua adesão ao processo de cuidado (BARREIROS, 2014). Quando consegue estabelecer um bom vínculo/acolhimento com a equipe, o movimento da gestante ao buscar atendimento é favorecido.

É neste cenário que, no Brasil, o cuidado pré-natal de gestantes que fazem uso de SPA está marcado por insuficiências de acolhimento e de informação, com a necessidade de transformação de práticas. As mulheres sentem-se julgadas e não apoiadas, vivenciam discriminação, frustrações e violação dos direitos, que são fontes de tensão e mal-estar psíquico e físico.

3 Método

O presente estudo utilizou um delineamento qualitativo, partindo-se de fontes bibliográficas, tendo um caráter exploratório e descritivo.

Pesquisas exploratórias são utilizadas, quando há o objetivo de proporcionar uma visão geral e aproximada sobre determinada situação, tendo entre suas principais finalidades desenvolver, modificar, esclarecer conceitos e ideias. Já a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno, bem como levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população. Quando associadas, atendem aos interesses de pesquisadores sociais, que se encontram preocupados com a atuação prática (GIL, 1995).

A partir da pesquisa qualitativa, tenta-se compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam em sua vida diária, sua satisfação, seus desapontamentos, em surpresas, sentimentos e desejos (DYNIEWICZ, 2007). As metodologias de pesquisa qualitativas incorporam a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações humanas e estruturas sociais, como construções humanas significativas.

A pesquisa teve como eixos temáticos a problemática do uso de substâncias psicoativas na gestação, os cuidados ofertados no pré-natal e o desafio das equipes de saúde, em relação aos cuidados e ao acompanhamento destas mulheres.

A coleta das fontes para o desenvolvimento desta produção deu-se a partir de 21 artigos acadêmicos, além de busca documental em legislações/portarias e políticas públicas relacionadas com o tema. Os artigos foram

selecionados seguindo critérios de escrita na língua materna, ofertando mais originalidade na citação e explicação dos termos que se faziam presentes. Também foram escolhidos a partir dos descritores relacionados ao assunto da pesquisa, tais como: usuários de drogas, mulher, gestação, cuidado pré-natal, saúde mental e estigma social.

A busca pelos artigos deu-se nas bases de dados *Scientific Electronic Library* (SciELO), selecionando artigos datados dos últimos doze anos, no período entre 2007 e 2019. Os procedimentos consistiram nas seguintes etapas: seleção de fontes de acordo com a temática gestante, drogas, saúde mental, cuidado e atenção em saúde pré-natal; leitura dos materiais pesquisados; elaboração de fichamentos bibliográficos; separação das informações coletadas e integração dos conceitos trazidos nas pesquisas, construindo uma discussão a respeito das implicações no cuidado em saúde às gestantes usuárias de drogas.

Após a organização dos dados, foram cruzadas as informações presentes nos artigos, juntamente com o material selecionado na revisão de literatura, objetivando verificar se os dados atendiam ou não aos objetivos propostos e tinham relação com o problema a ser pesquisado.

4 Resultados e discussão

A problemática vivenciada pelas gestantes usuárias de drogas nos desafia para uma necessária e urgente quebra de paradigmas, no sentido de reversão da lógica discriminatória e excludente, presentes, inclusive, na rede de proteção. Uma mudança cultural abrangente se faz necessária, pois, mesmo diante dos novos arranjos familiares, o modelo nuclear burguês é ainda a referência e, apesar de avanços no que diz respeito às relações de gênero, subsiste a representação feminina circunscrita ao ambiente doméstico e como principal provedora do cuidado dos filhos. Assim, a mulher acaba sendo responsabilizada por suas fragilidades e culpada por possíveis falhas na proteção de sua família (RONZANI; SILVEIRA, 2014).

Existem também deficiências no acolhimento das gestantes usuárias de drogas, pois, reconhecendo o contexto sociocultural no qual estão inseridas, pode-se identificar os fatores de risco que permeiam o uso disfuncional de drogas, passo fundamental para a criação de estratégia de atuação das equipes de saúde nas famílias e pessoas em situação vulnerável. O atendimento de

forma humanizada favorece à gestante usuária de drogas - sentir-se acolhida, para revelar esse problema precocemente aos profissionais durante os atendimentos, favorecendo intervenções e a possibilidade de acesso a serviços especializados de tratamento e alternativas de enfrentamento ao uso de drogas de abuso na gestação, evitando ou amenizando complicações maternas neonatais (KASSADA *et al.*, 2013).

Revela-se a necessidade de um árduo trabalho coletivo e conjunto dos diferentes atores que compõem o universo do cuidado e a proteção às gestantes usuárias de drogas, em situação de vulnerabilidade social: os trabalhadores das equipes da saúde, da assistência social, os operadores do direito e, mesmo os gestores que planejam a política, para que a possibilidade de garantir o exercício da maternidade se desenhe no horizonte destas mulheres.

Algumas medidas específicas são recomendadas (MACIEL; MEDEIROS, 2017): desenvolver programas de educação permanente e de supervisão clínico-institucional com equipes da rede de proteção, que acompanham pessoas em situação de extrema exclusão e invisibilidade social; implementar protocolos de cuidado a gestantes usuárias de drogas, integrados entre a rede básica e maternidades, de forma articulada com a rede de assistência social e rede de atenção psicossocial; criar fóruns de discussão entre operadores do sistema de justiça e a rede de proteção para a revisão e pactuação de fluxos, visando a garantia de direitos e o acesso aos serviços; fomentar a integração entre os programas de cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, com a assistência pré-natal, na perspectiva de redução das complicações materno-fetais e dos custos nelas envolvidos; priorizar programas na rede psicossocial, que aumentem a interação entre filhos e usuárias de drogas.

Entende-se que o cuidado em saúde para gestantes em uso de SPA precisa assumir uma perspectiva dialógica, integral e multifacetada, assim como se faz premente o combate ao estigma social e a necessidade de novos estudos nessa temática, além da importância dos grupos de gestantes na atenção básica e da responsabilidade dos profissionais na orientação sobre o uso de drogas, durante a gestação. É fundamental que a equipe de saúde seja flexível e esteja aberta a debater questões relacionadas às faltas nas consultas e a baixa adesão ao pré-natal, considerando que muitas mulheres negam o uso, devido ao estigma existente na sociedade e medo de serem julgadas pelos profissionais.

Considerações finais

Este estudo mostra, como um de seus pontos principais, a real e urgente necessidade de se pensar sobre o cuidado da mulher usuária de substâncias psicoativas e suas especificidades. Importantes, também, são as discussões sobre a baixa procura de mulheres usuárias de drogas aos pontos de atenção à saúde, destinados para tal, bem como dos estigmas e das cobranças sociais que recaem sobre a mulher, quando ela faz uso de qualquer substância. A vergonha e o medo do julgamento, dentre outras variáveis resultantes das questões de gênero, podem ser determinantes para que esta procura não aconteça.

Vale destacar que a Promoção da Saúde das gestantes usuárias de SPA favorece a diminuição de intercorrências em todo o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando detectar precocemente eventos desfavoráveis, que podem evoluir para complicações clínicas ou obstétricas. Nesse sentido, acredita-se na possibilidade de melhorar a qualidade de vida do binômio mãe/bebê e, conseqüentemente, contribuir de forma positiva nos indicadores de índice de mortalidade infantil, assim como diminuir custos nos serviços especializados em saúde e assistência social.

A pesquisa realizada permitiu demonstrar a necessidade em planejar ações específicas que contribuam para o acesso destas gestantes usuárias de drogas aos serviços, principalmente os da Atenção Primária e os CAPSad. Nesse aspecto, implica a construção de novas formas de atuação, priorizando a criação de vínculo, direcionando a atenção para a gestante, com foco no cuidado integral, adequando-se às suas necessidades singulares.

Considera-se também que a inexistência da Rede de Apoio impede abarcar o cuidado em sua totalidade biopsicossocial, principalmente para as gestantes em situação de rua, pois a situação social em que estão inseridas dificulta a adesão ao acompanhamento de pré-natal, a redução ou abstinência do uso de drogas.

Entende-se que, na implementação desse cuidar faz-se necessário o comprometimento e a sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos, visto que muitos estudos registram a existência de lacunas na proteção e no cuidado dessas mulheres, além da violação de direitos quanto à destituição

familiar, menosprezando o sofrimento psíquico causado por este ato e recebem o julgamento de culpa por essa consequência.

Sabe-se que a oferta de capacitações e espaços para discussão e reflexão sobre as práticas profissionais em saúde, seu papel, as potencialidades e limitações dentro dessa rede de cuidados, se faz necessária, uma vez que é comum o sentimento de desprezo entre estes profissionais. Muitas vezes, o que acontece com alguns profissionais é que são “lançados” nos serviços, sem o devido conhecimento sobre suas potencialidades.

À vista disso, acredita-se que, novas abordagens, específicas para essas usuárias, objetivando o cuidado em saúde, para prevenir, diagnosticar precocemente e/ou tratar possíveis complicações, favoreçam contemplar suas particularidades, preservando a integridade do binômio mãe/filho.

É importante ressaltar que, através da ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), está garantido o acesso e o cuidado à saúde para todos. Nessa perspectiva, para ser estabelecido, necessita de políticas públicas e práticas que favoreçam o cuidado integralizado, considerando as diferentes necessidades em saúde e/ou sociais.

Por meio desta pesquisa, foi possível identificar que o cuidado para as gestantes, com uso problemático de SPA, é bastante complexo, necessitando ser ampliado e conduzido de acordo com suas especificidades, utilizando como estratégia a criação de vínculos; ao contrário, continuará produzindo baixa adesão dessas gestantes no cuidado de pré-natal, o que favorece a ocorrência de limitação de acesso e violação de direitos.

Referências

ALBUQUERQUE, Caroline de Souza; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro Sousa. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2020.

ARAUJO, Amauri dos Santos *et al.* O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S. l.], v. 11, n. 10, p. 4103-4110, set. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231171>. Acesso em: 27 dez. 2020.

BARREIROS, Graziella Barbosa. Construindo e consolidando o vínculo. In: BÜCHELLE, Fátima; PETUCO, Denis (org.). *Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas*. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (org.). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2017.

BELLOC, Márcio Mariath; CABRAL, Károl Veiga; OLIVEIRA, Carmen Silveira de. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. *Saúde em Redes*, v. 4, Supl.1, 37-49, 2018. DOI [hhttp://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp37-49](http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp37-49).

BORSA, J.; FEIL, C. O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. *Psicologia. Com. pt*, v. 185, p. 1-12, 2008. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>. Acesso em: 1º dez. 2020.

BOTELHO, Ana Paula Machado; ROCHA, Regina da Cunha; MELO, Victor Hugo. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. *Ver. Femina.*, v. 41, n.1, p. 23-32. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3777.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2020.

BRASIL. *Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília/DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília/DF. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. Lei dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011*. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/cartao-nacional-de-saude/portarias-9/5140-portaria-940-de-28-de-abril-de-2011-sistema-cartao/file>. Acesso em: 9 de jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011*. Brasília/DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pacto nacional pela redução da mortalidade*

materna e neonatal. Brasília/DF. 2004. Disponível em: ude.ba.gov.br/www.sa/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

COSTA, Samira Lima da *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2020.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo v. 17, n. 2, p. 132-139, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2020.

DYNIWICZ, A. M. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2007. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8650126>. Acesso em: 18 nov. 2020.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. *Boletim epidemiológico mortalidade materna e infantil do RS*. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/29103900-boletim-epidemiologico-mortalidade-materna-e-infantil.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2021.

EXECUTIVE SUMMARY, impacto of Covid 19, polocy implicatios. World drug report. UNODC. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>. Acesso em: 8 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil*. 2013. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-pesquisa-sobre-crack-ja-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil#>. Acesso em: 12 nov. 2020.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GUIA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua / Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: CNMP, 2015. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2021.

KASSADA, Danielle Satie *et al.* Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2021.

MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Mulheres usuárias de crack: enfrentamentos e barreiras sociais. In: ROSO, A. (org.). *Crítica e dialogicidade em psicologia social: saúde minorias sociais e comunicação*. Santa Maria, RS: Ed. da UFSM, 2017. p. 1-42.

MARCOLINO, Taís Quevedo *et al.* Gestação e uso de substâncias psicoativas: Qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres?. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 255-260, jul. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000300255&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2020.

MARQUES T. C. *A rede de atenção psicossocial (RAPS) no atendimento às mulheres puérperas usuárias de drogas*. 2021. (Dissertação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26584/26584.PDF>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MEDEIROS, Katrucky Tenório; MACIEL, Silvana Carneiro; SOUSA, Patrícia Fonseca de. A mulher no contexto das drogas: representações sociais de usuárias em tratamento. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 27, supl. 1, p. 439-447, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000400439&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2020.

NOTA TÉCNICA n. 01/2016/MDS/MSaúde Assunto: Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 27 dez. 2020.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2020.

PINHO, Gabriela Salomão Alves. Minha saúde não é de ferro, mas meus nervos são de aço: a mulher e o uso de drogas na sociedade contemporânea. *Mnemonize*, v. 1, n. 1, p. 1-35, 2005. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41371/pdf_40. Acesso em: 11 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 5. ed. Brasília: Senad, 2013.

RASCH, Scheila Silva; ANDRADE, Angela Nobre. Movimentos do corpo-vida de mulheres usuárias de drogas. *In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS*, 17., 12., 2012, Curitiba. *Anais* [...]. Curitiba: Centro Reichiano, 2012. [ISBN - 978-85-87691-22-4]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: 23 nov. 2020.

RIBEIRO, Mariana Cristina Lobato *et al.* Cuidado de mulheres usuárias de crack na gestação: revisão bibliográfica. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 185-193, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2021.

RODRIGUES, Amanda Prachthäuser *et al.* Como o crack e outras drogas podem influenciar no desenvolvimento de crianças que foram expostas durante o período gestacional. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 13, n.1, São João del Rei, jan./abr. 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2856/1884. Acesso em: 2 dez. 2020.

RONZANI, T. M. ; NOTO, A. R. ; SILVEIRA, P. S. *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora, MG: Ed. da UFJF, 2014. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1268>. Acesso em: 1º dez. 2020.

SILVA, Rovenia Esmidre; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A motivação para a interrupção ou uso de crack em gestantes e puérperas. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 39-50, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692018000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1º dez. 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v18i3.6510>

SILVEIRA, Camila Magalhães *et al.* *Diferenças de gênero nos padrões de consumo e problemas relacionados ao álcool em uma amostra da comunidade em São Paulo, Brasil.* *Clinics*, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 205-212, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-5932201200030001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2020.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto Contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 92-100, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100092&. Acesso em: 8 nov. 2020.

TARGINO, Janine. *Interfaces entre gêneros e dependência química: trajetórias femininas*. UNICAMP, Rio de Janeiro: Unicamp, 2017. p. 177-196, 2017. DOI 10.20396/IDEIAS.V8I2.8650126. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8650126>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

VENTURA, Jeferson *et al.* Gestantes/puérperas usuárias de crack: necessidades prioritárias na reconstrução de um viver sem drogas. *Ver. Fun. Care Online*, v.11, n. 4, p. 937-943, jul./set. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.937-943>.

Protocolo clínico de prevenção ao suicídio: uma proposta para a rede de atenção psicossocial (RAPS) de Bento Gonçalves - RS

Silvana Coscia
Nilva Lúcia Rech Stedile

Resumo: O suicídio é um tema complexo e vem aumentando em nível global, sendo considerado um problema de saúde pública. O assunto ainda é pouco desmistificado e transcende o trato biomédico, envolvendo questões filosóficas, morais, sociais, religiosas, dentre outras. Devido a isso, a necessidade de rever os processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no Município de Bento Gonçalves - RS, com a criação de um instrumento norteador, que venha contribuir com a formação de uma rede articulada, para a promoção da vida e ações preventivas ao suicídio. Este estudo tem por objetivo construir e propor a implantação de um Protocolo Clínico de Prevenção do Suicídio, destinado aos profissionais que atuam na RAPS, com a finalidade de sistematizar a avaliação, o manejo e a conduta terapêutica na assistência às pessoas em situação de risco ao suicídio. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), exploratória e descritiva, desenvolvida a partir de estudos científicos, combinados com as experiências e observações da minha prática assistencial no campo da enfermagem, junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

Palavras-chave: Suicídio. Prevenção. Protocolo clínico de avaliação de riscos.

Introdução

Na dimensão do problema são apresentados os conceitos do suicídio e seus desdobramentos, a contextualização por meio dos dados epidemiológicos em nível global, no Brasil e local, nas vulnerabilidades sociais como fatores de risco e de proteção do suicídio. Além de enfatizar a importância do uso de tecnologias leves nos espaços de atendimento, que permitem a reflexão para uma nova atitude, em relação às ações concretas de vigilância, controle e prevenção do suicídio.

A segunda parte consiste na elaboração de um Protocolo Clínico de Prevenção ao Suicídio e na apresentação do Fluxograma, como proposta de modelo de melhoria na gestão de cuidados aos usuários com comportamentos suicida, contendo informações importantes para sistematizar os atendimentos clínicos em qualquer ponto da RAPS.

Para a elaboração deste instrumento de avaliação do risco de suicídio, foi idealizada uma forma didática e objetiva de apresentação, priorizando a rede básica, uma vez que é porta de entrada aos usuários do SUS.

Ademais, com a criação da RAPS, a a ênfase ao modelo de atenção nas situações de transtorno mental leve ou moderado, está voltada para a atenção primária, sendo este o principal ponto para o desenvolvimento das ações preventivas e de promoção à saúde pública, dentro do seu território. Botega (2015) pressupõe que o paradigma fundamental, entre a reforma psiquiátrica e os modelos tradicionais, está ancorado no entendimento da complexidade dos sujeitos e de suas subjetividades, em seu contexto biopsicossocial. Desta forma, as ações preventivas ao risco de suicídio devem ser articuladas e compartilhadas por meio de ações educativas, que atendam a todos os pontos da RAPS, a fim de atender a demandas necessárias.

A realidade do Município de Bento Gonçalves aponta para um olhar crítico e sensível ao campo da saúde mental no contexto atual, especialmente ao suicídio e por coincidir com os tempos de pandemia pelo Covid-19. Assim, este tema ganhou espaços de relevância e passou a ocupar a agenda dos gestores. Embora com avanços, a saúde mental ainda é pouco discutida e mal compreendida no âmbito intersetorial, principalmente quando o assunto é suicídio. Falar sobre este tema é derrubar preconceitos.

Neste sentido, a Educação Permanente do município tem se tornando bastante atuante na promoção de ações formativas e educativas, no que diz respeito à criação da RAPS e seu papel. Como ordenadora do serviço mental na rede de atenção primária, e dos novos modelos na linha de cuidados aos portadores de transtornos mentais e/ou psíquicos, a RAPS passa a ter importância vital.

Por vários motivos, os modelos manicomiais persistem, e há de se considerar que alguns deles estão ligados a falhas na formação acadêmica, ainda calcadas no modelo biomédico (expressão usada pela autora de livre associação), focado na doença, desconsiderando as vulnerabilidades sociais e subjetividades dos sujeitos. Conforme Gabbard (2006), os princípios básicos da psiquiatria psicodinâmica diferem em vários pontos da psiquiatria descritiva, e afirma que a psiquiatria deve ser hoje considerada como estando situada em meio à ampla estrutura da psiquiatria biopsicossocial.

Desta forma, a psiquiatria psicodinâmica contrasta com a psiquiatria prescritiva, que classifica as pessoas, de acordo com grupos semelhantes, cria listas de sintomas, divide em categorias, de acordo com comportamentos comuns e aspectos fenomenológicos. A experiência subjetiva do sujeito se

torna menos importante nos modelos tradicionais. Gabbard (2006) afirma que a psiquiatria dinâmica entende o valor do mundo interno dos sujeitos-fantasia, seus sonhos, medos, suas expectativas, seus impulsos, desejos, suas autoimagens, percepções e, mais, a totalidade do seu entorno externo.

O tabu latente aos transtornos psiquiátricos, associados à demonstração de sofrimento psíquico, continua a ser considerado como um sinal de fraqueza e de preconceito, principalmente quando o assunto for suicídio. A forma de desconstrução desta visão é o propósito da saúde mental, após a reforma psiquiátrica, que se interessa pelo quanto o sujeito difere do outro, sendo relevante sua singularidade, sua subjetividade e todo seu contexto de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No entanto, a massificação social, criada pela globalização, torna os sujeitos seres solitários, esquecidos e absorvidos num intenso sofrimento.

No cenário cotidiano, a prevenção do suicídio somente terá sucesso, a partir do acolhimento do sofrimento existencial e de ações sociais transformadoras, que potencializem a qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com Alvarez (1999, p. 135): “Em outras palavras, o argumento final contra o suicídio é a própria vida”, e estas vidas muitas vezes dependem de quanta pulsão vital podemos ofertar, enquanto profissionais e, acima de tudo, como ser humano.

Em síntese, esta apresentação descritiva tem a intenção de elucidar a compreensão e a natureza do suicídio, de provocar reflexões aos métodos de assistência em situações de crise, contribuir e fortalecer a rede de prevenção do suicídio e promoção da vida, com a busca de soluções eficazes.

Como resultado final, pretende-se relacionar a metodologia científica com as práticas clínicas e, ao mesmo tempo, poder dialogar com a intersubjetividade existente entre os sujeitos, para a construção de uma rede de prevenção ao suicídio.

1 Metodologia

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), exploratória e descritiva. De acordo com Paim *et al.* (2008 *apud* ROCHA, PRADO; SILVA, 2012), a PCA procura encontrar alternativas para introduzir um instrumento, que, posto na prática assistencial, produza maior eficiência, eficácia e

resolutividade nos serviços prestados. A PCA propõe a proximidade e o afastamento diante do saber-fazer assistencial, pois induz a uma metodologia em que há uma relação direta entre a academia e a prática.

Por sua natureza, a PCA possibilitou a construção de uma base teórica, explicitando variáveis pertinentes aos processos avaliativos, sendo: concepção de suicídio, eventos suicidas, fatores de risco, fatores predisponentes, fatores precipitantes e fatores de proteção, para a elaboração do Protocolo Clínico de Prevenção ao Risco de Suicídio, como apoio às condutas clínicas e aos processos decisórios adotados pelos profissionais de saúde da RAPS.

Os Protocolos Clínicos são definidos como uma ferramenta que normaliza o padrão de atendimento à determinada patologia ou condição, discriminando as ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação, em determinado ponto de atenção.

Nesta construção, são evidenciados alguns dados empíricos baseados nas experiências pessoais e nos recursos existentes no campo da Enfermagem, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

A elaboração deste documento está apoiada na revisão de literatura, utilizando-se bibliografias sobre o tema suicídio e páginas eletrônicas: legislações e portarias do MS; manuais da OMS e do SUS; boletins epidemiológicos da Vigilância Sanitária, em nível mundial, estadual e municipal; agendas de ações estratégicas para a prevenção, em nível global. Os critérios de inclusão dos estudos foram no período de 2000 a 2021.

Para a realização deste trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, por usar dados secundários de domínio público. A validação do Protocolo Clínico de Prevenção ao Suicídio será submetida à apreciação do Grupo Condutor RAPS Municipal, sobre a relevância e permanência, como parte de um processo dinâmico de promoção da saúde.

2 Conceito de suicídio

A definição de suicídio proposta pela OMS (1998), segundo Bertolote (2012), é o ato deliberado, intencional de causar a morte de si mesmo. Os debates sobre o suicídio apontam motivos diversos para a compreensão e explicação desta tragédia humana. As estatísticas comprovam a incidência, as formas de letalidade, mas não elucidam sua origem e naturalização. A

medicina, a sociologia e a psicanálise têm procurado respostas legítimas há séculos, e o debate persegue em todos os segmentos públicos em nível global. Há um consenso de que o suicídio é uma doença social, mental, física e moral, em que as autoridades religiosas e políticas estão de acordo. É tudo isto, afirma Minois (2018, p. 400), menos uma manifestação da liberdade humana, sugerido por pensadores do século XVII e XVIII. No século XX e XXI, retomava-se a discussão pela magnitude e pelo impacto que o suicídio representava à saúde pública.

O suicídio não é uma doença e, seguindo a linha de raciocínio do sociólogo Durkheim (*apud* CARVALHO; MANOEL JÚNIOR, 2017, p. 22), “o suicídio é a trágica denúncia de uma crise coletiva”. Esta citação sugere reflexões a cerca de uma sociedade que segrega os sujeitos e desorganiza a ordem social, levando-se ao extermínio. Apesar da magnitude do problema do suicídio, este fenômeno ainda é cercado pelo desconhecimento e negacionismo. Desde seus primórdios, a humanidade renuncia à sua própria vida frente ao sofrimento insuportável; como refere Minois (2018), homens e mulheres escolhem a morte diante do tédio vital. Considerada como a maior tragédia de falência da vida, gera um grande impacto aos sobreviventes, como expressa Bertolote (2012), que significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infindável, para os que ficam. Ainda na análise sociológica de Durkheim (*apud* CARVALHO; MANOEL JÚNIOR, 2017, p. 22): “O suicida ao dizer não à existência, subverte a ordem médica e científica de que a vida está acima de tudo, e que deve ser preservada, contraria até as leis cristãs; desafia a lógica capitalista de que não se pode fracassar, sofrer ou deprimir, pois, contra isto, existem as ‘pílulas da felicidade”.

Para Durkheim, conforme Minois (2018, p. 401), o suicídio tem causas sociais que podem ser divididas em três categorias: *suicídio egoísta*, que atinge o grupo familiar, a religião ou político; *suicídio altruísta*, que pode justificar o sacrifício a um grupo da sociedade, e o *suicídio anômico*, que se refere às desordens e vulnerabilidades sociais, que não asseguram a satisfação das necessidades básicas.

Na visão da psicanálise, Freud, em 1905, explica sua primeira teoria relacionada ao suicídio, como a inversão da agressividade contra o ego, como cita Minois (2018, p. 401), e pressupôs que o ego poderia matar a si mesmo, como resultado de impulsos assassinos deslocados, de acordo com a

compreensão psicodinâmica citada por Gabbard (2006, p. 171). Ainda Freud, em 1920, contribui com outra teoria, conforme Minois (2018, p. 401), redefinindo o suicídio como “cada pessoa possui um instinto de morte” e que se “oporia ao instinto de vida”.

Outra contribuição mais complexa sobre o suicídio foi a de Karl Menninger (GABBARD, 2006, p. 171), o qual acreditava que três desejos motivariam o ato suicida: o desejo de se matar; o desejo de ser morto e o desejo de morrer. Estas explicações confirmam as evidências clínicas de que o suicídio está relacionado ao desejo de vingança para culpar sobreviventes, por exemplo: o cônjuge pode ser o “alvo” de um suicídio.

Para Bertolote (2012), no contexto da medicina, a “suicidalidade”, por ser um conceito abrangente e didático, é definida como um comportamento que envolve eventos interligados, sendo: ideação suicida sem planos; ideação suicida com planos; tentativas de suicídio e, por fim, o suicídio concretizado. Ainda ressalta que o suicídio não é por si só uma doença ou um transtorno mental, nem necessariamente a manifestação de um, mas muitos transtornos mentais e outras vulnerabilidades sociais, frequentemente associados ao suicídio. Gastão (2013) refere que a compreensão dos transtornos mentais, como, por exemplo, a depressão ou um transtorno psicótico, indicam que nem sempre são as causas do suicídio e explicam todo o comportamento suicida. Bertolote (2012) e Botega (2015) também afirmam que estes fatores corroboram alguns entraves na avaliação do risco de suicídio.

Com relação ao comportamento suicida, Clayton (2018) classifica como suicídio consumado, ou tentativa de suicídio: pensar, considerar ou planejar suicídio é denominado ideação suicida; suicídio completo é o ato suicida, que resulta em morte; e tentativa de suicídio é o ato autodirecionado, não fatal e, potencialmente, prejudicial concebido para resultar em morte, mas pode ou não resultar em lesão. Portanto, o comportamento suicida não é estático, pode variar de grau, conforme fatores externos e internos, que interagem entre si e com o sujeito, e interferem na melhoria ou no agravamento do caso. No quadro abaixo, ampliam-se os conceitos de suicídio:

Quadro 1 – Conceitos de suicídio

Ideação suicida: pensamentos sobre ser o agente da própria morte.
Intenção suicida: desejo e expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em morte.
Letalidade do comportamento suicida: ameaça objetiva à vida, associada à ação ou ao método de suicídio. Deve-se notar que a letalidade difere e pode nem sempre corresponder à expectativa do indivíduo em relação ao que seja perigoso em termos médicos.
Método suicida: mecanismo utilizado para iniciar-se em comportamento lesivo autoinfligido com qualquer intenção de morrer, como resultado do comportamento.
Plano suicida: delineação de métodos, maneiras, momento, lugar ou outros detalhes para iniciar-se em comportamento lesivo autoinfligido com qualquer intenção de morrer, como resultado do comportamento.
Suicídio: morte autoprovocada, com evidências de que a pessoa tinha qualquer intenção de morrer.
Tentativa de suicídio: comportamento autolesivo, não fatal, potencialmente danoso com qualquer intenção de morrer como consequência do comportamento.

Fonte: Elaboração da autora, adaptado de documento elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA), 2003 e 2016.

No entanto, os suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo. Para uma efetiva prevenção, as ações de promoção de saúde necessitam de uma ampla estratégia em todos os níveis multissetoriais. Conforme Gastão (2013), no campo da saúde coletiva, a construção da saúde tem o compromisso, principalmente, com a prática, ou seja, com a intervenção humana nesse processo. E complementa que o compromisso da saúde pública consiste em avançar na proposta da construção de novos paradigmas sobre o processo de saúde/doença, mediante ações de promoção, prevenção e diminuição do sofrimento dos sujeitos.

Desta forma, destaca-se a importância da compreensão dos fatores que predisõem o comportamento suicida, a estratificação de riscos e o manejo de urgência, que, na prática, consistem como elementos prioritários no planejamento das ações preventivas ao suicídio.

A prevenção do suicídio é uma das prioridades do Ministério da Saúde (2017) e representa um desafio para a saúde pública, por se tratar de um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, sendo que, desde 2006, a Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006, institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. O Ministério da Saúde (2017) refere que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como meta, até o ano 2030, reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via

prevenção e cuidados integrais na assistência à saúde, através da promoção da saúde mental e do bem-estar.

Em todo o mundo, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são baixas. Apenas 60 Estados Membros possuem registros vitais com boa qualidade, que podem ser usados diretamente para estimar taxas de suicídio. Esse problema de dados sobre mortalidade com baixa qualidade não é exclusivo ao suicídio, mas, dada a sensibilidade do assunto - e a ilegalidade do comportamento suicida em alguns países -, é provável que a subnotificação e a má classificação sejam maiores problemas para o suicídio do que para a maioria das outras causas de morte. A melhoria na vigilância e o monitoramento do suicídio e das tentativas de suicídio é necessária para efetivas estratégias de prevenção.

O Plano de Ação em Saúde Mental da OMS, no período entre 2013-2020, tinha como meta a redução de 10% da taxa de suicídio em taxas globais. Para Bento Gonçalves, temos uma taxa de 11,7%/100.000 habitantes, o que significa que, para diminuir a taxa de suicídios municipal, é preciso avançar na questão preventiva, através de ações planejadas para a promoção de saúde no território.

Os elementos considerados essenciais para ações de prevenção do suicídio apontam para o aumento da sensibilidade na percepção da presença do risco e na divulgação de informações apropriadas. Isto também significa melhorar os registros de ideação e tentativas de suicídio, para situar sua dimensão e suas nuances.

A abordagem do risco de suicídio e sua prevenção são responsabilidade de todos os profissionais da saúde, não importando em qual nível de atenção trabalhem. No entanto, a Rede de Atenção Básica ocupa um papel privilegiado no cuidado e na articulação da rede de suporte da pessoa em risco e no apoio aos familiares e amigos. Ela parte de um entendimento ampliado do processo de saúde/doença, de modo que coordena o cuidado, racionalizando o uso de tecnologias e recursos terapêuticos mais caros, estruturando o cuidado em diferentes níveis do SUS, podendo também utilizar outros recursos da comunidade na construção do suporte necessário (SMS/RJ PCRJ, 2016).

3 Magnitude do problema: alguns dados epidemiológicos

O cenário epidemiológico global do suicídio e das tentativas notificadas aponta que

- ✓ 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano no mundo, e a cada 40 segundos, alguém se suicida. A taxa global de suicídios foi de 10,5 por 100.000 habitantes. Em 2016, 79% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda e foi responsável por 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se a 18ª causa de morte OMS (2017);
- ✓ é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos e se caracteriza como um problema de saúde pública global (WHO, 2018).

No Brasil, os indicadores apontam:

- ✓ o País é o 8º em termos globais e, em 2016, houve 11.433 mortes por suicídio; a taxa de mortalidade de 6% para 100.000 habitantes; como causa de morte, o suicídio é classificado como a 4ª causa entre pessoas de 15 a 29 anos (WHO, 2018);
- ✓ o suicídio de indivíduos entre 5 a 14 anos é uma condição pouco frequente; entretanto, houve um aumento de 10 vezes na faixa etária de 15 a 24 anos, nos últimos anos (BERTOLOTE, 2012);
- ✓ a relação homem/mulher é de 3,8/1, ou seja, 79% são cometidos por homens;
- ✓ o efeito da idade é uma tendência crescente, a partir da faixa dos 45 a 54 anos, aumentando rapidamente até o estrato dos indivíduos com mais de 75 anos no sexo masculino. No entanto, as taxas de suicídio aumentaram 30% na faixa etária nos indivíduos de 20 a 59 anos, e 19% para acima de 60 anos (BOTEGA, 2015);
- ✓ as principais formas são: enforcamento, 60%; intoxicação exógena e uso de arma de fogo 10%; outros meios 12%. Apesar de ser a 2ª causa de óbitos, intoxicação é o principal meio utilizado, na tentativa de suicídio, sendo 57,6% envenenamento/intoxicação, 6,5% objeto perfurocortante e 5,8% por enforcamento (SINAN-BRASIL, 2011-2017);
- ✓ entre 2007 e 2017, quase metade das intoxicações exógenas foram tentativas de suicídio, sendo notificadas 470,913 intoxicações. As tentativas de suicídio exógenas quintuplicaram em 10 anos. Dentre as mulheres, 153.745 tentativas, 76% abaixo dos 40 anos, representando 69,9% no total, enquanto os homens 30,1%. Medicamentos são os principais agentes tóxicos utilizados, 74% nas mulheres e 52,2% nos homens. Nos homens, 4,7% vieram a óbito por intoxicação, enquanto 1,7% das mulheres (OMS, 2017);

- ✓ as tentativas de suicídio são de 10 a 40 vezes mais frequentes do que o suicídio efetivo; representam 49% de todas as mortes por causas externas (BERTOLOTE, 2012);
- ✓ com relação ao comportamento suicida: 15% a 25% das pessoas, que tentam suicídio, cometem nova tentativa dentro de um ano, estimando-se que haja 20 vezes tentativas num período de 10 anos, e 10% conseguem consumir o ato suicida (BOTEGA, 2015).

Em Bento Gonçalves-RS, segundo dados do Serviço Municipal de Vigilância Epidemiológica (ROSA, 2020), as mortes por suicídio são:

- ✓ a 4ª mais frequente entre as causas externas, atrás de homicídios e acidentes de trânsito;
- ✓ o número total de suicídios nos últimos 40 anos, compreendidos entre 1980 e 2019, foram de 411, sendo, no sexo masculino, 334 (81%) e, no feminino, 77 (18%);
- ✓ a incidência da taxa de suicídios anuais, em cada 100.000 habitantes nas décadas: de 80 (11,5%), em 90 (10,6%), em 2000 (11,3%) e em 2010 (11,7%);
- ✓ a incidência de suicídios nestas quatro décadas fica em 11,7/100.000 habitantes. Comparativamente com o Brasil, a incidência é considerada alta;
- ✓ Na faixa etária de 40 a 59 anos, a maior incidência de suicídio, seguida de 60 e mais, o suicídio é a 3ª causa de morte;
- ✓ os métodos mais utilizados são: 55% por enforcamento, 21,9% por armas de fogo, 7,3% por autointoxicação, 4,9% pesticidas, 3,2% quedas e 2,4% por medicações;
- ✓ na faixa etária de 10 a 19 anos, é a 4ª causa de mortes por suicídio, seguida por homicídios e acidentes violentos;
- ✓ na faixa de 20 a 30 anos, o suicídio é a 3ª principal causa de morte;
- ✓ em todas as faixas etárias, o enforcamento aparece como o método de morte mais utilizado;
- ✓ nesse período, foram notificados 4.920 eventos suicidas, sendo: ideação suicida 35,4%, tentativas de suicídio 60,1% e suicídios 4,5%;
- ✓ nos homens, 84% foram suicídios, sendo que para cada suicídio ocorrem 4,3% tentativas de suicídio e 4% de ideação suicida;
- ✓ nas mulheres, 15,7% suicídios, sendo que para cada suicídio ocorrem 61,5% tentativas de suicídio e 28,3% ideação suicida;
- ✓ no sexo feminino, 82,8% das tentativas de suicídio ocorrem em intoxicação por abuso de medicação.

Conforme ROSA (2020), o suicídio representa apenas uma parcela – 4,5%, sendo a ponta do *iceberg*, uma vez que as taxas dos eventos suicidas são subnotificadas. Os números e as variáveis levantados por meio dos dados epidemiológicos têm significativa importância para a criação de indicadores de saúde e planejamento de ações, a partir das necessidades de saúde em cada relatório. Outro dado importante, elencado nos manuais de prevenção, mostra que, devido ao estigma carregado pelo autoextermínio, as informações sobre suicídio e as tentativas de suicídio são subnotificadas, fato que mascara a realidade, prejudicando a qualidade de informações para a construção do perfil epidemiológico e o planejamento de ações e medidas de controle a óbitos futuros.

De acordo com os conceitos iniciais, ressalta-se que o suicídio não é uma doença clínica, mas trata-se de múltiplos fatores influenciadores para a desistência da própria vida; sendo, por si só, a própria existência humana permeada por sofrimento e impactada pela teia social e por suas vulnerabilidades.

4 Protocolo clínico de prevenção ao suicídio

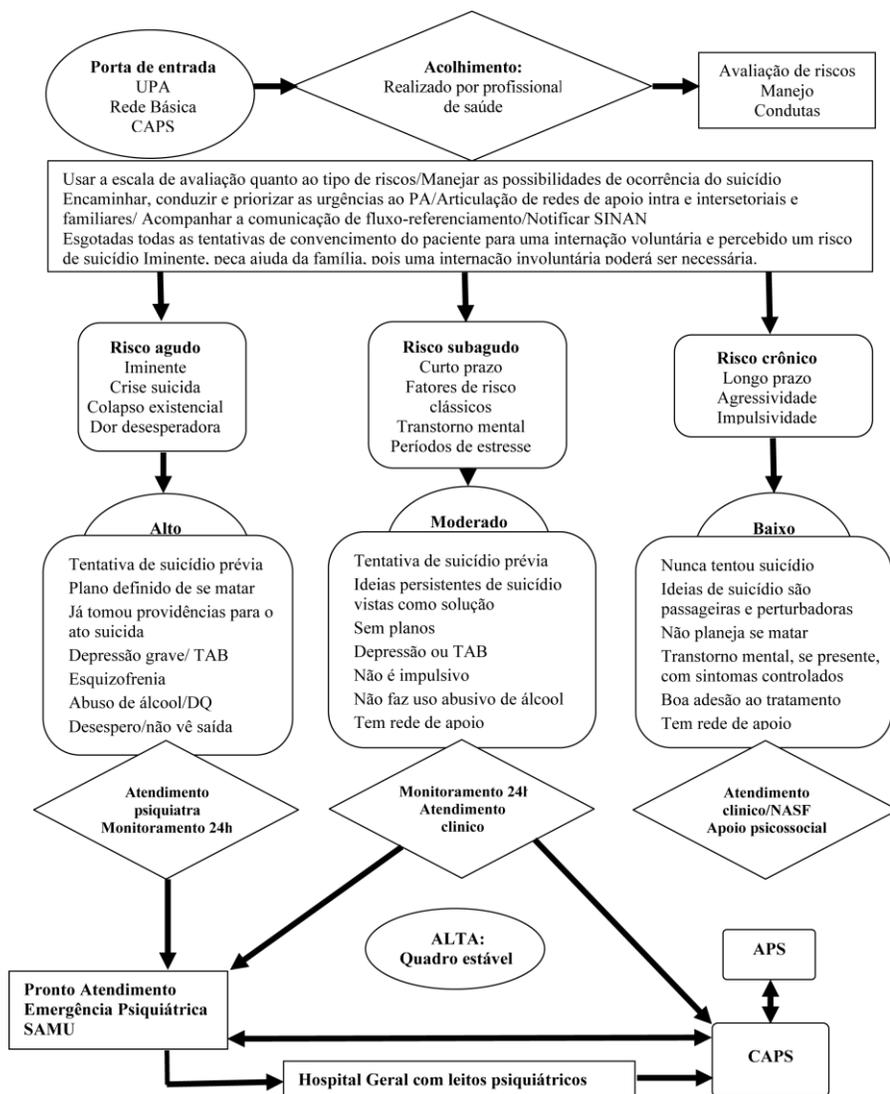
Este protocolo tem como objetivo fornecer elementos para a classificação de risco do suicídio, orientação do manejo clínico e fluxo de encaminhamento de urgência. Constitui-se um instrumento didático para o reconhecimento dos fatores que predisõem e precipitam o desfecho final.

Permite ao profissional a verificação da realidade concreta, qualitativa e quantitativa, no espaço de escuta, induzindo o raciocínio e a intuição e ambos baseados na prática assistencial e no campo científico, além de uma importante ferramenta para a gestão do trabalho.

Com base nas dinâmicas assistenciais em campo, foi permitido desenhar um fluxograma descritivo, para a elaboração do Protocolo Clínico, que possibilita traçar os fluxos e os processos de trabalho da RAPS. Para tanto, utiliza-se de alguns símbolos padronizados universalmente, tais como: o desenho de uma elipse, representando a entrada ou o início de um determinado fluxo, bem como seu fim; o retângulo, como a etapa de produção das ações ou o consumo de recursos e produção de produtos; o losango, para representar momentos de escolha e possibilidades de encaminhamentos a serem seguidos (MERHY; ONICKO, 1997).

Com base nos conceitos desenvolvidos e na proposição inicial deste estudo, apresenta-se, na Figura 1, o Fluxograma do Protocolo Clínico de Prevenção do Risco do Suicídio; na Figura 2, o Fluxograma de Formulação dos Riscos do Suicídio, posterior a cada figura, amplia-se a descrição das etapas, que representam as concepções e ações, para atender esta demanda.

4.1 Fluxograma representativo do protocolo clínico de prevenção do risco ao suicídio



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

a. Descrição da tecnologia a ser normatizada pelo uso do protocolo clínico de prevenção do risco ao suicídio

O modelo de atenção da RAPS está centrado no atendimento humanizado e no cuidado integral, realizado pelas equipes multi e interdisciplinares, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular, através do acolhimento e da formação de vínculos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), utilizando as Tecnologias de Saúde como práticas de intervenção centradas nas relações interpessoais.

Para melhor compreensão, tecnologia em saúde (TS) é uma forma de intervenção usada para a promoção, prevenção, o diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2006). Portanto, não somente a prescrição medicamentosa, equipamentos e procedimentos fazem parte da assistência à saúde, mas principalmente com a intervenção humana neste processo.

De acordo com Merhy (2002), o trabalho em saúde está pautado no uso de tecnologias classificadas em três categorias: duras, leve-duras e leves. Na Saúde Mental, o uso da tecnologia leve é a principal ferramenta de trabalho, referindo-se às relações estabelecidas durante o atendimento, por meio de acolhimento, escuta, vínculo, diálogo, autonomia e co-responsabilização. Esta lógica de atenção envolve a construção de um processo terapêutico baseado na interação e na confiança entre o profissional e o usuário, que contribui na produção do trabalho humanizado em saúde mental, em todos os níveis de atenção.

Para a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (BRASIL, 2010), estruturar a prática do acolhimento nos serviços de saúde representa uma resposta aos desafios de superar e inverter o Modelo de Atenção à Saúde hegemônico, centrado no hospital, no médico e na doença, para um modelo que priorize a escuta e o cuidado do sujeito, que nos apresenta demandas, que extrapolam o corpo e se amplificam em nuances psicológicas, sociais, familiares, comunitárias (BRASIL, 2016, p. 3).

b. Público-alvo

Profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção da RAPS municipal.

c. Composição da raps

A Política Nacional de Saúde Mental (Lei n.10.216/02) busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental, aberto e comunitário, que garanta a livre circulação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais pelos serviços e pela comunidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que o próprio município dispõe. A seguir no Quadro 2, estão descritos os componentes da RAPS do Município de Bento Gonçalves, conforme os níveis de atenção à saúde e a descrição de suas competências e atividades, com seus objetivos, responsáveis, suas articulações e seus fluxos de abrangência.

Quadro 2 - Componentes da RAPS e suas competências no território

Componentes da RAPS de Bento Gonçalves	Competências no território de abrangência	
Atenção Básica de Saúde	ESF - 12 unidades UBS - 7 unidades UBS Rural - 4 unidades Unidade Móvel - 1 Espaço do Idoso NASF - 01	Acolhimento e estratificação de risco Ordenadora do cuidado Articulação da rede intra e intersetorial Cadastramento Vínculo responsabilidade pelos usuários do seu território; Garantir o cuidado e a “resolubilidade” da atenção para o usuário com baixo e médio risco Compartilhamento com o CAPS do cuidado ao usuário com alto risco Educação em saúde Atividades coletivas Matriciamento Atendimento multiprofissional Compartilhamento do cuidado ao usuário com médio risco Compartilhamento com os CAPS
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS II - 01 CAPS Infantil - 01 CAPS ad - 01	Implantar plano de monitoramento e avaliação na RAPS Acolhimento/PTS/ Matriciamento Compartilhamento com a RAPS de pacientes com alto risco/Atenção às situações de crises Atendimento multiprofissional Articulação de redes intra e intersetoriais Redução de danos
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Ambulância UPA 24H - 01 Pronto Atendimento Zona Norte - 01	

Atenção Hospitalar	Hospital Geral com Unidade de Internação Psiquiátrica	Atendimento a usuários com alto risco, após esgotados outros recursos terapêuticos Atendimento à crise Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico Referenciar para a continuidade do cuidado no CAPS Internação de curta permanência Atendimento a comorbidades clínicas
Atenção Residencial de Caráter Temporário	Comunidade Terapêutica Rural	Atende usuários de álcool e de outras drogas

Fonte: Adaptação conforme Bottega (2015).

4.2 Descrição do fluxograma do protocolo clínico de prevenção

a. Porta de entrada

O primeiro atendimento é realizado no ponto de acolhimento da demanda, realizado por profissional de nível técnico ou superior, apoiando-se na reta-guarda da equipe. O fundamento de qualquer intervenção no modelo de saúde pública situa-se na construção de vínculos, que ganham significância relevante no acompanhamento do paciente em situação de risco de suicídio. A relação terapêutica entre pacientes e familiares deve ser baseada em atitudes empáticas e comprometida com os cuidados, alinhados ao projeto terapêutico singular. A abordagem terapêutica durante o atendimento de crise exige escuta sensível, sem julgamento moral, com ética profissional e uma “investigação progressiva”, como afirma Bertolote (2012, p. 109).

b. Avaliação dos riscos de suicídio

Tendo em vista a complexidade dos fatores multifatoriais associados ao comportamento suicida, a avaliação do risco de suicídio reúne várias informações que devem ser sistematizadas na coleta dos dados, durante o acolhimento do usuário. Desta forma, o sujeito deve ser visto em seu contexto biopsicossocial, levando em conta sua subjetividade, singularidade, as vulnerabilidades sociais e ambientais (meios letais disponíveis), além do seu estado mental, clínico e suas motivações no momento da avaliação. A avaliação dos riscos de suicídio é o conjunto de informações relevantes e articuladas, que permitem um diagnóstico embasado cientificamente. O risco ao suicídio é mutável, e, em determinadas circunstâncias, um risco crônico

pode se transformar em agudo. Portanto, as avaliações devem ser sequenciais e focadas na potencialidade de ocorrer o ato suicida.

Quadro 3 - Tipos de risco segundo a possibilidade de ocorrência de suicídio ao longo do tempo e aspectos clínicos mais relevantes

Tipo de risco	Possibilidades de ocorrência	Aspectos clínicos mais relevantes	
Agudo	Iminente	Crise suicida	Colapso existencial: dor desesperadora
Subagudo	Curto Prazo	Fatores de risco clássicos	Transtorno mental, períodos de estresse
Crônico	Longo Prazo	Impulsividade/agressividade	Transtorno de personalidade, instabilidade

Fonte: Botega (2015, p.135).

c. Formulação dos riscos ao suicídio

A formulação dos riscos orienta o manejo clínico e prioriza as ações terapêuticas por ordem de urgência. Ressalta-se que não é uma predição do risco de se matar, mas uma impressão clínica, numa relação intersubjetiva estabelecida com o paciente. Refere-se a graus de risco: baixo, moderado ou alto, com relação à probabilidade de menor ou maior monta de que um suicídio venha a ocorrer em um futuro próximo.

A principal situação de emergência clínica está associada ao comportamento suicida, identificado em pacientes que apresentam grave ideação suicida e os sobreviventes de tentativas de suicídio; 15% a 25% das pessoas que tentam suicídio cometem nova tentativa no ano seguinte, estimando-se que haja 20 vezes mais tentativas num período de 10 anos e 10% conseguem consumir o ato suicida. Em ambos os casos, o manejo e as condutas são fatores determinantes para diminuir o risco de suicídio, incluindo uma possível decisão de internação psiquiátrica. Os principais critérios de avaliação ao comportamento suicida são: identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco.

Quadro 4 - Formulação de risco de suicídio conforme grau: baixo, moderado ou alto

RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
Nunca tentou suicídio; Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras Não planeja se matar Transtorno mental, se presente, bem controlado Boa adesão ao tratamento Tem vida social	Tentativa de suicídio prévia Depressão ou TAB Ideias persistentes de suicídio Não tem plano de como se matar Não é impulsivo(a) Não abusa/dependente de álcool ou SPA Boa rede de apoio	Tentativa de suicídio prévia Depressão grave, com presença de delírio ou alucinação Abuso/dependência de álcool Desespero, sofrimento psíquico intolerável, não vê saída Plano definido de se matar Tem meios de fazê-lo Já tomou providências ao ato suicida

Fonte: Adaptado de Botega (2015), p.154.

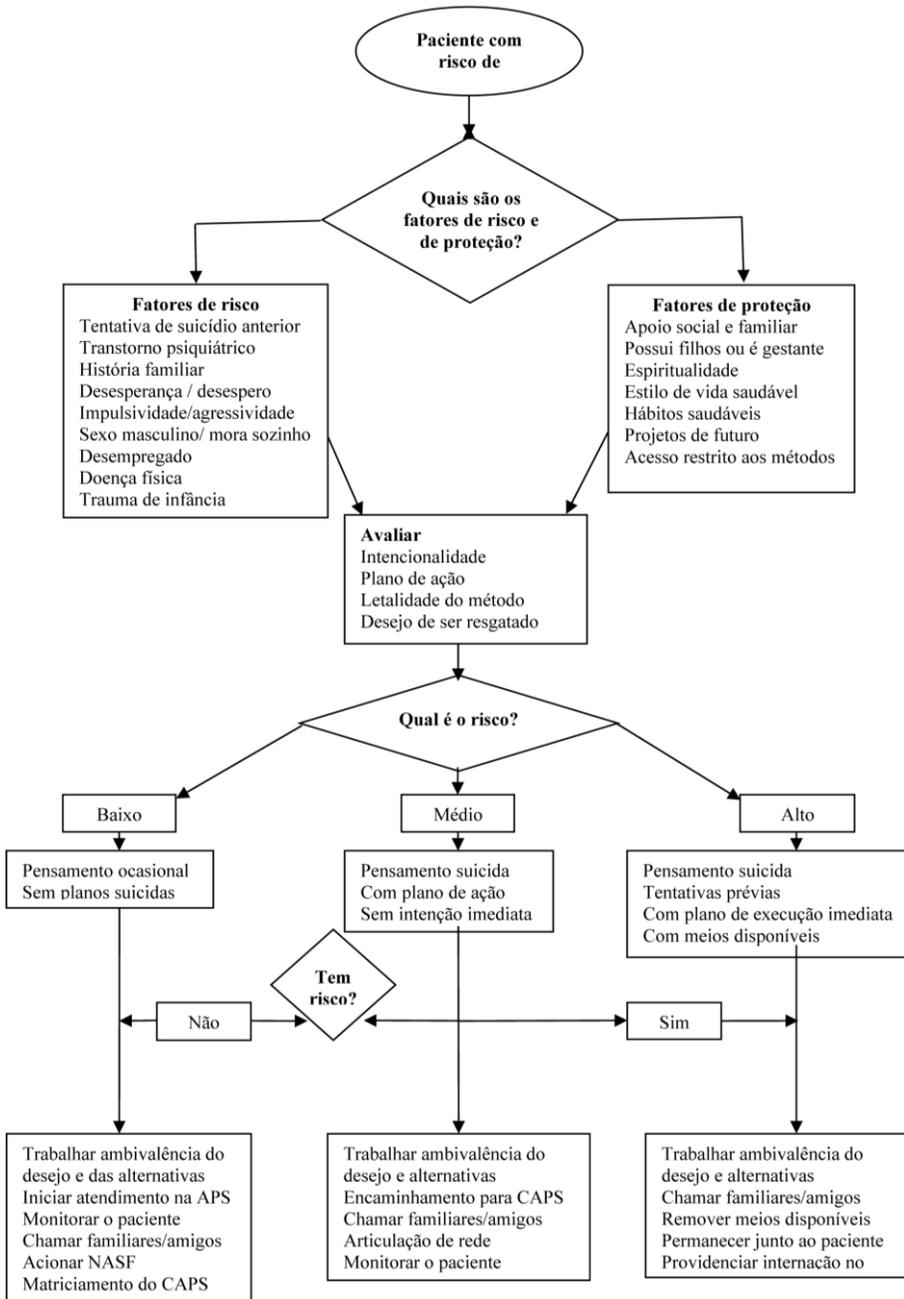
d. Instrumentos de avaliação do risco ao suicídio

Instrumento 1 - Avaliação de risco

Avaliação do risco de suicídio				
Paciente:	Sexo:	Idade:	Data:	Profissional:
1. Queixa principal:				
2. Estado mental atual:				
<input type="checkbox"/> Delírio/Alucinação	<input type="checkbox"/> Incontinência afetiva	<input type="checkbox"/> Constrição Cognitiva		
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Instabilidade de humor	<input type="checkbox"/> Vergonha/Humilhação		
<input type="checkbox"/> Desespero	<input type="checkbox"/> Ansiedade/Inquietude	<input type="checkbox"/> Insônia		
<input type="checkbox"/> Colapso existencial	<input type="checkbox"/> Agressividade/Impulsividade	<input type="checkbox"/> Não vê saída		
3. Intencionalidade suicida:				
Ideias de morte	Ideias de suicídio	Tentativa prévia de suicídio	Plano suicida	
<input type="checkbox"/> Passiva	<input type="checkbox"/> Persistentes	Quantas vezes:	<input type="checkbox"/> Acesso aos meios	
<input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio	<input type="checkbox"/> Intensas	Última tentativa:	<input type="checkbox"/> Em preparação	
	<input type="checkbox"/> Incontroláveis		<input type="checkbox"/> Detalhado	
	<input type="checkbox"/> Vistas comoalívio		<input type="checkbox"/> Letalidade	
	<input type="checkbox"/> Aceitáveis		<input type="checkbox"/> Tem os meios	
4. Principais fatores de risco:				
<input type="checkbox"/> Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> Família disfuncional	<input type="checkbox"/> Rigidez cognitiva		
<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Desilusão	<input type="checkbox"/> Perfeccionismo		
<input type="checkbox"/> Álcool e outras drogas	<input type="checkbox"/> Desonra/Humilhação	<input type="checkbox"/> Dor incapacitante		
<input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual	<input type="checkbox"/> Relações conflituosas	<input type="checkbox"/> Conflito de identidade sexual		
<input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio	<input type="checkbox"/> Desemprego	<input type="checkbox"/> Dor incapacitante		
<input type="checkbox"/> Isolamento	<input type="checkbox"/> Derrocada financeira	<input type="checkbox"/> Não adere ao tratamento		
<input type="checkbox"/> Falta de apoio social	<input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente		
5. Formulação do risco e manejo:				
<input type="checkbox"/> Risco Baixo	<input type="checkbox"/> Risco Moderado	<input type="checkbox"/> Risco Alto		

Fonte: Adaptado de BOTEGA, N.J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

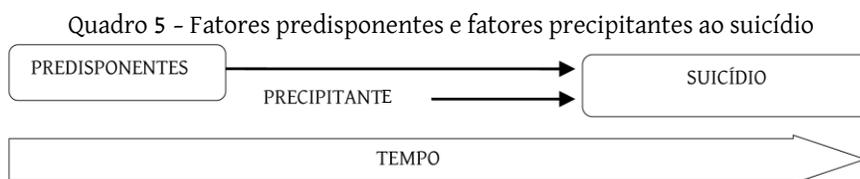
4.3 Fluxograma de formulação dos riscos ao suicídio



Fonte: Elaboração pela autora (2021).

5 Fatores precipitantes e fatores predisponentes ao suicídio

Conforme Bertolote (2012) é necessário diferenciar os fatores predisponentes que criam o “terreno” no qual vai se instalar um processo suicida (determinadas constituições genéticas ou genótipos, certos traços de personalidade), dos fatores precipitantes (perdas significativas, rupturas amorosas, humilhações), que podem ser os “gatilhos” do comportamento suicida, levando a um desfecho final. Abaixo, o Quadro 5 mostra alguns dos principais fatores predisponentes, também definidos como “fatores distais” (agem antes do ato suicida), e os precipitantes chamados de “fatores proximais”, pela proximidade temporal com o ato suicida.



Transtornos psiquiátricos	Desilusão amorosa/separação conjugal
Tentativa de suicídio prévia	Conflitos relacionais
Suicídio familiar	Derrocada financeira/perda de emprego
Abuso sexual na infância	Desonra/vergonha
Impulsividade/agressividade	Fácil acesso a meios letais
Doenças incapacitantes incuráveis	Embriaguez
Alta recente de internação psiquiátrica	

Fonte: Botega (2015, p. 88).

5.1 Fatores de risco e sinais de alerta para o suicídio

Os fatores de risco para o suicídio são numerosos e bem divulgados, como aponta Botega (2015), que, se avaliados e conduzidos adequadamente, combinados com o conhecimento, experiência clínica, tranquilidade na escuta e prontidão para manejo de uma crise aguda, o suicídio pode ser prevenido.

A natureza dos fatores de risco é variável: alguns são imutáveis e outros mutáveis. Esses últimos podem ser objeto de ações preventivas; os primeiros, ao contrário não podem ser objeto de ações dessa natureza, como raça, sexo, histórias prévias de traumas, tentativas de suicídio anteriores. Importante destacar que mesmo que não haja governabilidade dos profissionais sobre os

fatores imutáveis, os mesmos são sinalizadores importantes de risco de suicídio. Outros fatores, como de transtornos mentais, estados emocionais, meios letais, podem ser modificados com estratégias preventivas e práticas clínicas. O Quadro a seguir relaciona a natureza dos riscos e seus fatores específicos.

Quadro 6 - Fatores de risco do suicídio

Fatores específicos	Fatores de risco
Dados sociodemográficos	Homens / Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos Orientação bissexual ou homossexual, transgênero/grupos étnicos minoritários Ateus, protestantes, católicos e judeus
Situação social	Aniversários pessoalmente significativos Desemprego ou dificuldades financeiras, particularmente se causarem queda drástica no status econômico Separação recente, divórcio ou viuvez Detenção recente ou problemas com a lei Isolamento social com atitudes de antipatia reais ou imaginárias de familiares ou amigos
História de comportamento suicida	Tentativas prévias de suicídio Planos detalhados de suicídio, tomar medidas para implementar o plano (obter arma ou medicação) e tomar cuidado para não ser descoberto História familiar de suicídio ou transtorno mental
Características clínicas	Doença depressiva, especialmente em sua instalação Agitação motora acentuada, inquietação e ansiedade com insônia grave Sentimentos acentuados de culpa, inadequação e desesperança; percepção de ser um fardo para outros; autodesvalorização; delírios niilísticos Delírios ou convicção quase delirante de distúrbio físico (por ex. : câncer, doença cardíaca, doença sexualmente transmissível) ou outros delírios (por ex. : delírio de pobreza) Alucinações de comando Personalidade impulsiva, hostil Transtorno físico-crônico, doloroso ou debilitante, sobretudo em pacientes anteriormente saudáveis
Uso de drogas	Álcool ou abuso de drogas (incluindo abuso de drogas prescritos), especialmente se o uso recente aumentou

Fonte: Adaptado de Botega (2015, p. 87).

5.2 Fatores de proteção para o suicídio

A identificação dos fatores de risco e fatores protetivos são os elementos básicos de uma estratégia de prevenção ao suicídio, capaz de indicar as intervenções decisivas.

O reconhecimento ampliado dos aspectos biopsicossociais e o contexto de vida podem reduzir a vulnerabilidade do sujeito a comportamentos suicidas. Os fatores de proteção podem ajudar as pessoas a conviver em circunstâncias difíceis, e, mesmo assim, ter a capacidade de deslocar o sofrimento, com a compreensão de que a dor seja uma travessia necessária para o processo de mudança e a capacidade de suportar as condições inerentes à condição humana.

Como indica Freud, em *O mal-estar da civilização* (1930), o mal-estar faz parte da condição humana, o sofrimento é estruturante e constitui-se como a própria condição do sujeito. Por outro lado, a resiliência emocional é fundamental para reduzir o impacto de fatores ambientais e psíquicos, auxiliando para diminuir de certos fatores de risco.

O acolhimento é um dispositivo potente de prevenção ao risco do suicídio; porém, Botega (2015) considera que: a personalidade e o estilo cognitivo, a estrutura familiar, os fatores socioculturais e a rede de apoio, como importantes indicadores a serem ponderados.

As práticas e políticas públicas voltadas para a promoção de saúde mental e prevenção do suicídio são cruciais e sugere-se que as intervenções sejam amparadas no grau de risco, de acordo com as recomendações da OMS (2014), podendo ser classificadas no quadro abaixo:

Quadro 7 - Níveis de prevenção

Níveis de prevenção	Universal	Seletiva	Indicada
Exemplo de ações	Público em geral Restrição de acessos a meios letais Divulgação responsável midiática. Ex.: Setembro Amarelo	Grupo com risco moderado e baixo Detecção e tratamento de transtornos mentais; busca ativa; informações e acolhimento. Ex.: Pessoas enlutadas	Grupo com risco alto Intervenção imediata Comportamento alvo. Ex.: Monitoramento de pessoas que já tentaram suicídio

Fonte: Adaptado de Botega (2015, p. 254) e da OMS (2014).

O quadro abaixo pode ser usado para classificação do risco ao suicídio numa abordagem breve na APS e possível monitoramento e prevenção do suicídio. Independentemente da classificação dos riscos, o apoio emocional ao paciente e aos familiares é fundamental, e a prática preventiva deve ser diária.

Instrumento 2 - Classificação do risco de suicídio e conduta em intervenção breve

Durante o último mês você: Pontos		
Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?	Não (0)	Sim (1)
Quis fazer mal a si mesmo?	Não (0)	Sim (2)
Pensou em suicídio?	Não (0)	Sim (6)
Pensou numa maneira de tirar sua vida?	Não (0)	Sim (10)
Tentou suicídio anteriormente?	Não (0)	Sim (10)
Ao longo de sua vida		
Já fez alguma tentativa de suicídio?	Não (0)	Sim (4)
Resultado: 1-5 pontos= baixo risco; 6-9 pontos=risco moderado; >10 pontos=alto risco		

Fonte: Adaptado de Botega (2006).

6 Porta de saída - manejo e conduta

As ações que compõem o Plano Terapêutico Singular (PTS) têm como objetivo garantir a segurança do paciente na crise suicida e evitar o ato fatal. Botega (2015) cita as prioridades essenciais do manejo em situações de suicídio iminente: imediatamente (24 a 48 horas); em curto prazo (1ª semana) manter o paciente seguro, através de ações rápidas e objetivas, com a possibilidade de internação psiquiátrica; em médio prazo, mantê-lo estável. Neste contexto de crise, os familiares ou responsáveis deverão compartilhar com os cuidados e com as ações de segurança do paciente, além de serem orientados para fornecerem apoio emocional.

No quadro abaixo, são descritas as orientações resumidas, para seguir nos casos de pacientes com comportamento e risco suicida, conforme Bertolote (2012) e Botega (2015). Estas intervenções terapêuticas e encaminhamentos foram estruturados por um comitê de especialistas em comportamento suicida. As diretrizes buscam indicar ou não a internação hospitalar e identificar fatores de proteção que reforcem a escolha de um tratamento ambulatorial.

Quadro 7 - Diretrizes gerais para tratamento e encaminhamentos de pacientes com risco de suicídio ou comportamento suicida numa Rede de Saúde

Indicação geral de hospitalização depois de uma tentativa de suicídio
Paciente psicótico
Tentativa violenta, quase letal ou premeditada
Precauções foram tomadas para dificultar o resgate ou descobrimento
Persistência do plano ou clara presença de intenção
Paciente com remorso de estar vivo ou sem remorso de ter tentado suicídio
Paciente do sexo masculino com mais de 45 anos, com doença psiquiátrica de início recente e com pensamentos suicidas
Paciente com pouca rede familiar e suporte social, incluindo perda da condição socioeconômica
Alta do serviço de emergência para ambulatório
Após uma tentativa de suicídio ou presença de ideação suicida
O evento envolvendo o suicídio foi uma reação a eventos precipitantes (fracasso em uma prova, dificuldades em relacionamentos, entre outros; particularmente, se a visão do paciente frente à sua dificuldade tenha mudado, após sua vinda ao serviço de emergência)
Plano, método e intenção com baixa letalidade
Paciente com bom suporte familiar e psicossocial
Paciente apresentando capacidade colaborativa às recomendações para o acompanhamento ambulatorial, mantendo contato com seu médico, demonstrando condições para seguir o tratamento contínuo ambulatorial
Tratamento ambulatorial
Paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, apresentando suporte familiar e psicossocial estáveis, ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento

Fonte: Adaptado de Bertolote (2012) e Botega (2015).

Considerações finais

A experiência de construir este artigo possibilitou a compreensão de que o “suicídio é um problema de todos”, e envolve subjetividade, objetividade e uma discussão infundável. No processo de revisão de literatura, foram aprofundadas as temáticas que incidem ao suicídio, perpassando pelas questões filosóficas, morais, sociais, religiosas, políticas e do campo das ciências, que envolvem uma complexidade de valores.

As pesquisas apontam que, desde os primórdios da História da humanidade, o autoextermínio ora é aprovado pela supremacia da liberdade individual de querer viver ou morrer diante do sofrimento, ora é condenável e objeto de reprovação. O impacto social, econômico e psíquico, que a morte autoprovocada produz na sociedade, é imensurável e pode ser evitado através de uma rede de prevenção e esforços compartilhados.

Em cada etapa da revisão de literatura, iniciando pelas leituras da construção do SUS, Reforma Sanitária e Psiquiátrica, houve uma profunda reflexão, no que tange aos conceitos da Saúde Coletiva na minha atuação profissional, num serviço de saúde mental. Desta forma, proporcionou questionamentos, dúvidas, críticas e movimentos estimulantes, para aprofundar os estudos, obtendo melhores resultados, permitindo a aplicação de conhecimentos adquiridos na prática cotidiana.

O tema suicídio é instigante e propõe várias indagações, sendo que, além da dor, da “culpabilização” dos sobreviventes, da sensação do fracasso terapêutico, frente à forma mais terrível e agressiva de morte, fica sempre uma questão: Por quê?

As dificuldades que rondam na atuação de muitos profissionais frente a uma situação de risco ao suicídio, indicam que o medo de dialogar sobre o tema leva ao silêncio e, por isso mesmo, é cercado pelo desconhecimento, pelos mitos e pelas atitudes condenatórias, gerando incômodos e sofrimento extremo. Portanto, lidar com estas situações extremas se constitui uma difícil tarefa, e tanto na literatura como na prática profissional, evidenciam que é nos espaços de escuta que se estabelecem as relações interpessoais entre o paciente e o profissional, como ferramentas potentes de prevenção ao suicídio.

Os resultados encontrados indicam que é na ambiência do acolhimento que se fortalecem os laços de vínculo e as alianças terapêuticas, ou a ruptura deste contrato inicial. Esta afirmação vem ao encontro da citação da psiquiatra Fukumitsu (2019, s/p.).

quero trazer à luz um aspecto que considero estar à deriva na prevenção ao suicídio - a falta de acolhimento dos sentimentos inóspitos. No quesito do acolhimento aos mesmos, a ambição de reconhecimento não deve eliminar o propósito de acolher o sofrimento.

Ao refletir sobre esta crítica, que parece estar relacionada com a forma de olhar o sofrimento existencial humano, e a dificuldade de falar sobre o suicídio sinaliza o quanto ainda temos que avançar e construir novos modelos de acolhimento.

Desta forma, a implantação deste protocolo clínico se constitui potente ferramenta para ser usada na prevenção e no controle dos suicídios. Por ser um instrumento didático, que proporciona o uso de uma tecnologia leve, com

baixo custo e de fácil aplicação, se torna bastante viável e eficiente para realizar uma avaliação eficaz.

Afirma-se que o suicídio pode ser evitado por meio de intervenções e detecção precoce, apoio psicossocial nas comunidades mais vulneráveis, e a prevenção deveria acontecer nas práticas diárias. A avaliação dos fatores de risco e dos fatores protetivos permite organizar de forma racional o manejo e o tratamento indicado nos casos de urgência. O tratamento da depressão e dos transtornos por uso de álcool e outras drogas é essencial para a prevenção do suicídio, incluindo os que já tentaram o suicídio, como um alerta para controle.

Os aspectos levantados ao longo do texto permitem afirmar que o sucesso de uma Rede de Prevenção é o fortalecimento das ações individuais e coletivas, através da articulação de todos os pontos da RAPS e o comprometimento de todos os atores envolvidos. Outro fator essencial é a sensibilização dos gestores, referente a investimentos financeiros, aos recursos humanos e físicos, com políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população, buscando estratégias para garantir os direitos humanos que são preconizados na Constituição brasileira.

Referências

- AMORIM, P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 22, n. 3, p. 106-115.
- ARGERAMI, Valdemar Augusto. *Suicídio: uma alternativa à vida, uma visão clínica existencial*. São Paulo: Traço Ed., 1986.
- BERTOLETE, José Manoel. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Ed. da Unesp, 2012. (Saúde e cidadania).
- BOTEGA, J. N. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.
- BRASIL. *Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde*. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: nov. 2020.
- BRASIL. *Lei Federal n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990*, que institui o SUS.
- BRASIL. *Lei Federal n.10.216, de 6 de abril de 2001*, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- BRASIL. *Portaria MS/GM de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017*, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- BRASIL. *Portaria MS/GM n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017*, que altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS.

BRASIL. *Portaria SES/DF n. 184, de 12 de setembro de 2012*, que aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio.

BRASIL. *Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006*, que institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

BRASIL. *Portaria GM/MS 816, de 31 de maio de 2005*, que constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde.

BRASIL. *Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Presidência da República. *Lei 13.819, de 26 de abril de 2019*. Institui apolítica Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União, 29 abr. 019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L1819.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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, nov. 2005.

CARVALHO, Fátima Francielle; MANOEL JÚNIOR, Deusdedilt. Breves considerações sobre o sentido da vida e suicídio: reflexões à luz da psicologia fenomenológica-existencial. *Revista Criminalística e Medicina Legal*, v.1, n. 2, s/p., 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde paideia*. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

CESCON, Luciana França; CAPAZZOLO, Ângela Aparecida; LIMA, Laura Camara. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 27, n.1, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/y6fzbBtjMGPqkCScnGGgNsg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: jan. 2021.

CLAYTON, Paula J. *Comportamento suicida*. University of Minnesota School of Medicine Última modificação do conteúdo jan 2018. Park CHK, Yoo SH, Lee J., et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr Psychiatry* n. 75, 27-34, 2017. DOI 10.1016/j.comppsy.2017.02.012.

ESTELLITA-LINS, C. et al. Experimentando agir localmente no suicídio. In: ESTELLITA-LINS, C. et al. *Trocando seis por meia dúzia*: o suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012. p. 9-11.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização*: edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

FUKUMITSU, Karina Okajima. *A prevenção do suicídio deve ser prática diária*. Jornal da USP, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/a-prevencao-do-suicidio-deve-ser-pratica-diaria>. Acesso em: nov. 2020.

GABBARD, O. Glen. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Trad. de Maria Rita Secco Hofmeister, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MERHY, E. E. *A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir*: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. Campinas-SP: 1998.

MERHY, nome; ONICKO, nome (org.). *Ruídos que existem no processo de trabalho*: a utilização do fluxograma descritor para análise do processo. Disponível em: <https://professores.uff.br/uploads/sites/2017/10>. Acesso em: fev. 2021.

MINOIS, Georges. *História do suicídio*: a sociedade ocidental durante a morte voluntária/ traduzido por Fernando Santos. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção coleção guia de referência rápida SMS Superintendência de Atenção Primária Versão Profissional Série F. Comunicação e Educação em Saúde SMS/RJ PCRJ © 2016.

RODRIGUES Pinheiro Rosiane; NOGUEIRA do Carmo Lieverson Wesley; BARBOSA Canto Isadora Carla, SANTOS da Silva do Socorro Eliane; VASCONCELOS de Assunção Lidiane. *Fluxograma descritor do processo de trabalho*: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde-Saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S610>. Acesso em: dez. 2020.

ROSA, José Antônio. *Dados da Secretaria de Vigilância Epidemiológica de Bento Gonçalves 2019*. Café com Escuta no setembro amarelo: uma conversa sobre, vida e riscos, set. 2020. Disponível em: <https://youtube/LkB4zh-U1Wg>. Acesso em: dez. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *Boletim Vigilância Suicídio*, v. 1, n. 1, set. 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br>. Acesos em: set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. World Health Organization, Geneva, 2016.

O perfil epidemiológico das notificações de suicídio e suas conexões com a rede de saúde mental no Município de Farroupilha -RS

Patrícia Bertollo
Nilva Lúcia Rech Stedile

Resumo: O Rio Grande do Sul apresenta, historicamente, uma das maiores incidências de suicídio do Brasil e um elevado número de notificações de lesões autoprovocadas. Analisar o perfil epidemiológico das notificações das lesões autoprovocadas nos remete para a construção de elementos essenciais para o fortalecimento das políticas públicas e seu enfrentamento. Com este objetivo, foi realizada a análise das Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada, através do Sistema de Agravos de Notificação (Sinan) no período compreendido entre 2015 a 2019, no Município de Farroupilha, RS. Os resultados mostram que a faixa etária dos 20 aos 29 anos apresentou a maior incidência, bem como o sexo feminino com cerca de 70% dessas notificações. As tentativas de suicídio por repetição concentram-se em 60% do total de casos. Observa-se um aumento das notificações no período estudado, porém as subnotificações ainda se apresentam como um desafio para a construção de estratégias para a prevenção e promoção da saúde. Mostram ainda problemas com o preenchimento inadequado em relação a diferentes variáveis, o que é um obstáculo importante à implementação de linhas de cuidado integral, subsidiando a construção e o fortalecimento de políticas públicas para o enfrentamento de situações complexas.

Palavras-chave: Lesão autoprovocada. Notificações de suicídio. Tentativa de suicídio. Redes de cuidado.

Introdução

A temática do suicídio vem despertando cada vez mais a atenção de especialistas em saúde mental em nosso País, por se tratar de um grande problema de saúde, visto como um fator multidimensional, resultado da relação com fatores de ordem social, cultural, ambiental, genéticos e biológicos.¹ A cada 45 segundos, ocorre um suicídio em algum lugar do Planeta. Estima-se que, anualmente, 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos.²

Esses números, no entanto, encobrem uma realidade ainda mais preocupante: as tentativas de suicídio e as lesões autoprovocadas, as quais se tornam invisíveis em diferentes situações.

Assim, as notificações das lesões autoprovocadas ou tentativas de suicídio são capazes de revelar um cenário importante. Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2016 no Brasil, foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Desse total, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens. Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovocada, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens.²

A análise da realidade do Rio Grande do Sul permite perceber que, historicamente, o estado tem apresentado uma das maiores taxas de suicídio do Brasil. Segundo dados do Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio, em 2016 foram registrados 1.170 óbitos por suicídio, correspondendo a uma taxa de 11,0 por 100.000 mil habitantes, o que corresponde a quase duas vezes a brasileira. Há, portanto, uma média de três mortes a cada dia.³

Em 2016, o Estado do Rio Grande do Sul teve um total de 3.762 notificações de lesões autoprovocadas e 1.170 óbitos por suicídio. Já em 2019, esses números subiram para 12.350 notificações e 1.405 suicídios.⁴

O Município de Farroupilha, segundo Censo de 2010 (IBGE, 2014), possuía naquele ano 63.635 habitantes e uma estimativa populacional para 2019 de 72.331 habitantes. Segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde, o Município no período compreendido entre 2015 a 2019 teve um total de 29 óbitos por suicídio e 161 notificações por violência autoprovocada.⁴ Isso significa um suicídio consumado a cada 50 dias e uma notificação de violência autoprovocada a cada, aproximadamente, nove dias.

A tentativa de suicídio consumada caracteriza-se como suicídio, ou seja, uma autoviolência com o ato intencional de tirar a vida. Já os comportamentos suicidas, atrelados à ideação suicida e às lesões autoprovocadas, são caracterizadas como ato de violência interpessoal, que se apresentam como o desejo de tirar a própria vida por meio de formas mais leves, sejam elas arranhões, mordidas, cortes e/ou mais graves, como amputação de membros e /ou intoxicações. Sendo assim, todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independentemente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida.⁵

Estima-se que para cada suicídio consumado existam aproximadamente cerca de vinte tentativas.⁶ Assim, pode-se calcular que, em 2016, segundo o Boletim Epidemiológico que aponta 1.170 mortes, teria havido, aproximadamente, 23.400 tentativas, apontando para subnotificação de casos e para a relevância deste estudo. Diante desses dados, cabe a pergunta: Os serviços de saúde estão preparados para diagnosticar precocemente ou prevenir esses casos?

Considera-se como violência, para fins de notificação, o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.⁷

A realidade apresentada permite ampliar o entendimento do que realmente esta doença e suas implicações representam cotidianamente, a fim de adequar as intervenções atreladas a diversos fatores, que estão conectados a este processo.

Assim, a violência autoprovocada pode ser compreendida como aquela que ocorre quando uma pessoa pratica a ação consciente de autodestruição, esta é subdividida em comportamento suicida e autoagressão. A notificação desses casos tem por objetivo analisar estes sujeitos, a fim de vinculá-los aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.⁷

Desvelar esta realidade, trazendo os indicadores como forma de elucidar e problematizar a temática, buscando compreender este fenômeno e as relações que estão implicadas no processo saúde doença, bem como as conexões que ocorrem nos serviços de saúde, é essencial para compreender e potencializar as redes de proteção e cuidado em saúde.

A vigilância em saúde é fundamental para analisar, monitorar e avaliar ações neste campo, constituindo uma importante estratégia para a re(formulação) das políticas públicas que redimensionam para a construção de linhas do cuidado integral.

Diante desses aspectos apresentados, este artigo objetiva analisar o perfil epidemiológico das notificações das violências por lesões autoprovocadas, no Município de Farroupilha, no período compreendido entre 2015 a 2019, com vistas a subsidiar os serviços de saúde e potencializar e /ou construir estratégias de cuidado, no campo da saúde mental.

1 Método

Neste estudo foi analisado o perfil epidemiológico das notificações das violências por lesões autoprovocadas compreendidas entre o período de 2015 a 2019, no Município de Farroupilha, RS. Trata-se, portanto, de um estudo epidemiológico quantitativo.

Os estudos epidemiológicos servem para apresentar a ocorrência de um fenômeno numa população ou amostra representativa. Baseiam-se na observação dos fatos e de suas variações. A epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde, em populações especificadas.⁸ Os estudos quantitativos, por sua vez, consistem em determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

A pesquisa quantitativa recorre à linguagem numérica para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis. Logo a pesquisa quantitativa baseia-se em instrumentos estruturados, que buscam retratar uma dada problemática, enfatizando a objetividade na coleta e a relação na análise das variáveis.

Para esta construção foram utilizados os dados oficiais e públicos, estes disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio do Portal BI Gestor Municipal. Foram utilizadas as seguintes variáveis: estado civil, faixa etária, sexo, zona (de moradia), lesão autoprovocada, local da ocorrência, recidivas; encaminhamento e tipo de violência.

Os campos filtrados, através do Portal BI Gestor Municipal, foram respectivamente: ano, Município de Farroupilha, variável de referência; e sim para lesão autoprovocada (este demarcado em todos as variáveis).

Os dados foram retirados desta base e organizados em um formulário especificamente construído, com base nas variáveis de interesse. Na sequência, foram digitados em planilha *Excel*, tratados por estatística descritiva e apresentados na forma de figuras ou tabelas.

2 Resultados

No período compreendido entre 2015 a 2019 foram realizadas 515 notificações de violências no Município, sendo, destes, 161 por lesão autoprovocada, o que corresponde a um total de 31,26% das notificações da cidade.

Observa-se um aumento de 17,39% nas notificações de lesão autoprovocadas, se comparadas as de 2015 a 2019, apontam para uma realidade que precisa ser desvelada, tendo em vista os indicadores e os fatores que são complexos e inter-relacionados nesse campo.

Para tanto, faz-se necessário identificar os sujeitos que estão envolvidos neste processo, a fim de conhecer e analisar esta realidade local, direcionando para o fortalecimento das redes de cuidado em saúde. A caracterização destes sujeitos quanto ao gênero, à faixa etária e ao estado civil está apresentada na Tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição das notificações quanto ao gênero, à idade e ao estado civil

Caracterização dos sujeitos							
Anos	2015	2016	2017	2018	2019	nº	%
GÊNERO							
Masculino	2	7	15	17	7	48	29,81
Feminino	5	8	26	46	28	113	70,19
Total						161	100
FAIXA ETÁRIA							
5 a 9	0	0	0	1	1	2	1,24
10 a 14	0	0	4	10	0	14	8,70
15 a 19	1	0	6	19	7	33	20,50
20 a 29	2	1	11	14	11	39	24,22
30 a 39	0	3	13	10	7	33	20,49
40 a 49	2	6	4	4	2	18	11,18
50a 59	1	3	3	3	7	17	10,56
60 a 69	1	1	0	1	0	3	1,86
70 a 79	0	1	0	1	0	2	1,24
Total						161	100
ESTADO CIVIL							
Solteiro	1	2	23	42	15	83	50,92
Casado	3	8	12	10	11	44	26,99
Viúvo	0	1	2	1	1	5	3,07
Separado	2	2	3	3	3	13	7,97
Ignorado	1	1	1	2	2	7	4,30
Não preenchido	1	0	0	0	1	2	1,23
Não se aplica	0	1	0	5	3	9	5,52
Total						163	100

Fonte: Elaborada pelas autoras, com base em dados do SIM (2020).

Observa-se, na Tabela acima, que as notificações de lesão autoprovocada estão concentradas no gênero feminino, sendo 113 notificações representando mais de 70% do total, com uma diferença de 30%, se comparadas as do gênero masculino. Em comparação, entre os anos de 2017 e 2018, houve

um aumento de 12,43% de notificações relacionadas ao gênero feminino. As taxas de notificações do Rio Grande do Sul também apontam para este cenário. Um estudo realizado no estado, no ano de 2016, evidência que 69% das notificações são do sexo feminino e 31% masculino.¹⁰

No Brasil, entre 2011 e 2016, observou-se aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente.²

A faixa etária com maior predominância foi dos 20 a 29 anos de idade, com um percentual de 24%, seguida pelas faixas compreendidas entre 15 a 19 e 30 a 39 anos, o que mostra uma prevalência em um público jovem e jovem-adulto. Esses dados se aproximam da realidade brasileira, que, no período compreendido entre 2011 e 2016, a ocorrência de lesão autoprovocada se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando um total de 74,4% dos casos.²

A tentativa de suicídio é predominante em adolescentes e adultos jovens (15 a 29 anos), especialmente em mulheres. Verificou-se que as mulheres tentam mais suicídio do que os homens, através de métodos menos agressivos, causando menos letalidade. Se analisados os números de suicídio, percebe-se uma inversão, com prevalência no gênero masculino.

As taxas médias de suicídio, no Rio Grande do Sul, em 2017 e 2018, são majoritariamente do sexo masculino, representando um total de 79,4%. O enforcamento foi o meio mais comum e, em um terço dos casos, havia a presença de psicotrópicos¹⁰.

Mais da metade das notificações se relaciona ao estado civil solteiro (51%), seguido por casados (27%). Cerca de 10% das notificações não apresentam a informação para o estado civil, tidas como informações ignoradas, não preenchidas e/ou não aplicadas.

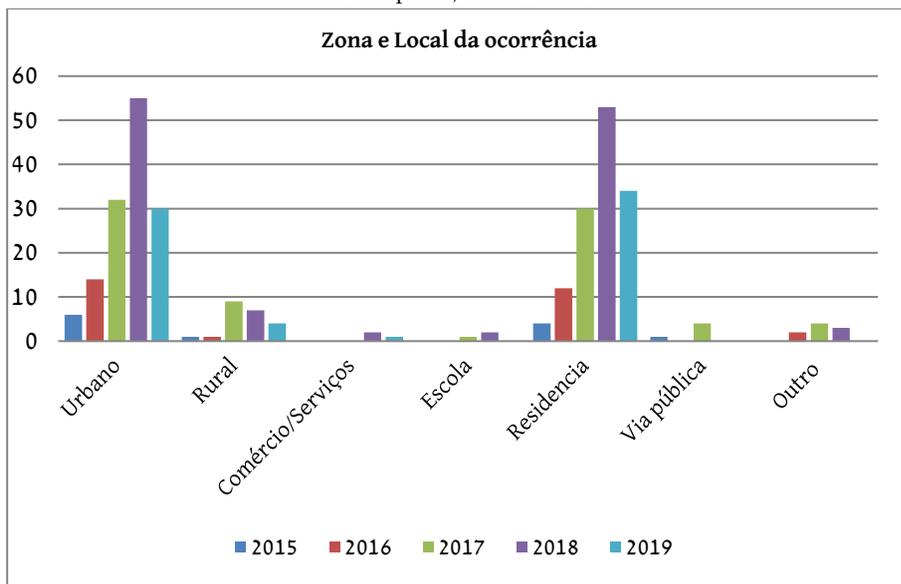
No Rio Grande do Sul, em relação ao estado civil, tem-se maior proporção de solteiros/separados/viúvos, estes representando um total de 57%. Já os casos de notificações, entre os casados/união estável, representam 32%. Chama a atenção que 10% das informações também são ignoradas em seu preenchimento.³

A subnotificação, portanto, apresenta o mesmo percentual no estado e no Município de Farroupilha, o que aponta para a importância e necessidade

do preenchimento adequado destas informações, tanto no que se refere ao nível micro como macro, a fim de elucidar estes dados em sua totalidade.

O Gráfico 1 mostra o local onde a tentativa de suicídio ocorreu.

Gráfico 1 - Distribuição da zona e local da ocorrência da tentativa de suicídio em Farroupilha, 2015 a 2019



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em dados do SIM (2020).

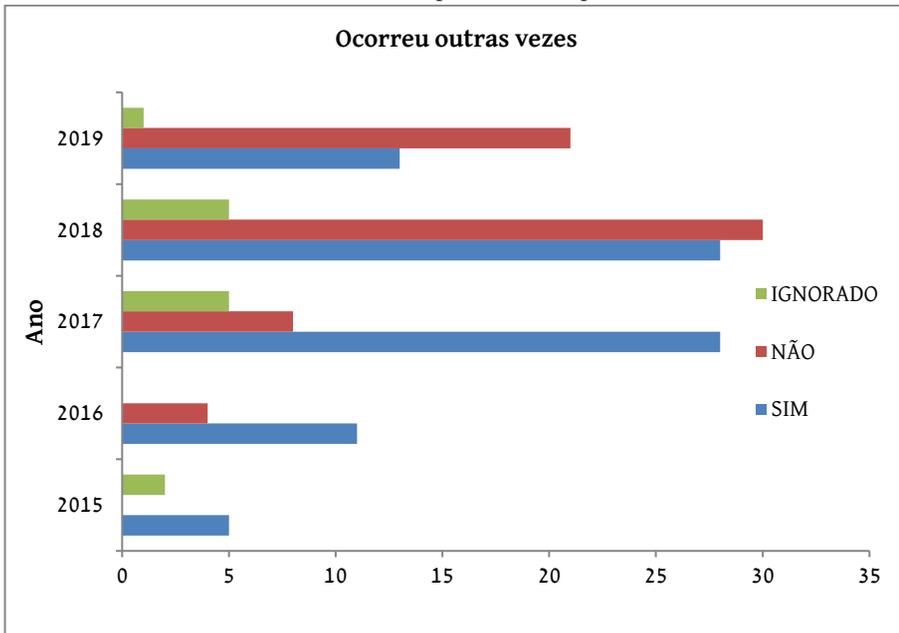
Observa-se, de acordo com o Gráfico 1, que 80% das notificações apresentam a zona urbana como aquela que concentra maior número de casos, sendo o local da ocorrência as residências para todos os anos estudados.

O meio rural apresentou um aumento das notificações nos anos de 2017 e 2018 (9,6% dos casos em 2017). Locais como escola, serviços/comércio, via pública e outros apresentaram menor incidência, representando 11,8% do total.

Estes dados mostram a importância do trabalho com famílias urbanas para identificação precoce de sinais que possam sugerir tendência a lesões autoprovocadas.

No Gráfico 2, observa-se que a maioria das notificações (52,80%) é repetição de tentativas anteriores.

Gráfico 2 - Distribuição do número de tentativas de suicídio, realizadas pelo mesmo indivíduo no município de Farroupilha, 2015 a 2019



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em dados do SIM (2020).

Chama a atenção, segundo o gráfico acima, o fato que 8% na média total dos anos ignoraram a informação ao preencherem a notificação. Este dado também precisa ser levado em conta, para o estabelecimento do plano terapêutico singular, ainda na primeira tentativa de suicídio.

Segundo o Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2016, 31,3% das lesões autoprovocadas tiveram caráter repetitivo, embora a proporção de dados ignorados (27,9%) também é considerada bastante elevada.² Se somadas essas duas categorias no estado, os resultados são muito próximos aos obtidos em Farroupilha.

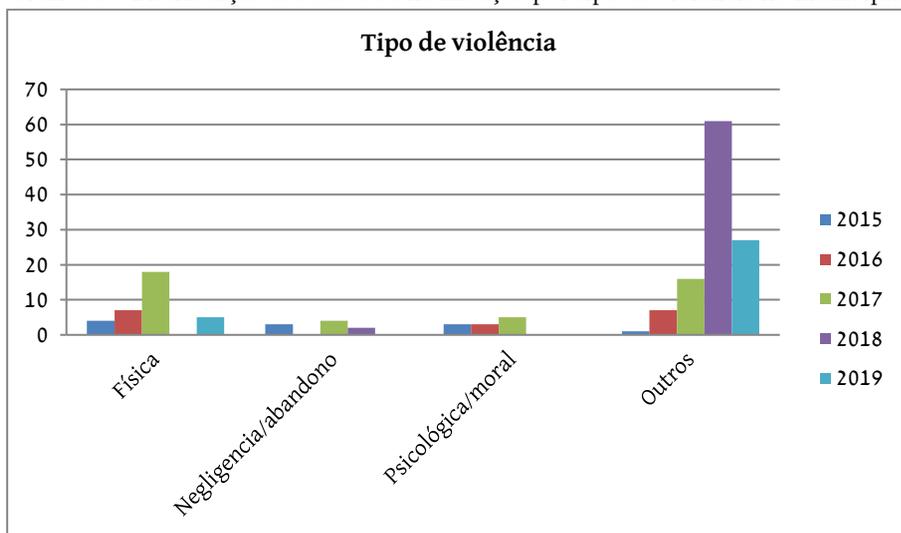
Diante destes dados, é necessário (re)pensar a atuação dos serviços de saúde, a fim de poder criar estratégias de cuidado efetivas, minimizando as tentativas de suicídio por repetição. Faz-se necessário também conhecer os itinerários terapêuticos que estes sujeitos percorrem para ter suas demandas atendidas nos serviços de saúde. A construção destes itinerários permite analisar o processo das reincidentes lesões autoprovocadas. Tão logo as notificações ocorram, é fundamental vincular a vítima aos serviços de saúde, como forma de intervenção e prevenção de novas ocorrências.

O gráfico cima nos mostra que 53% na média total dos anos, o número de notificações refere-se à reincidência da tentativa de suicídio. Destaca-se que a violência por repetição está associada a risco aumentado de depressão e demais doenças mentais, tornando os sujeitos mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, bem como as demais questões sociais que se encontram atreladas. Uma vez que várias doenças mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção.¹¹

Os principais tipos de violência são: física, moral/psicológica e negligência/ abandono. Ressalta-se que os tipos de violência podem apresentar-se em mais de uma subvariável. No caso do Município analisado, houve 171 tipos de violência praticada.

A violência física representa 20% das notificações de lesão autoprovocadas, conforme Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Distribuição dos casos de notificação por tipo de violência no município



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em dados do SIM (2020).

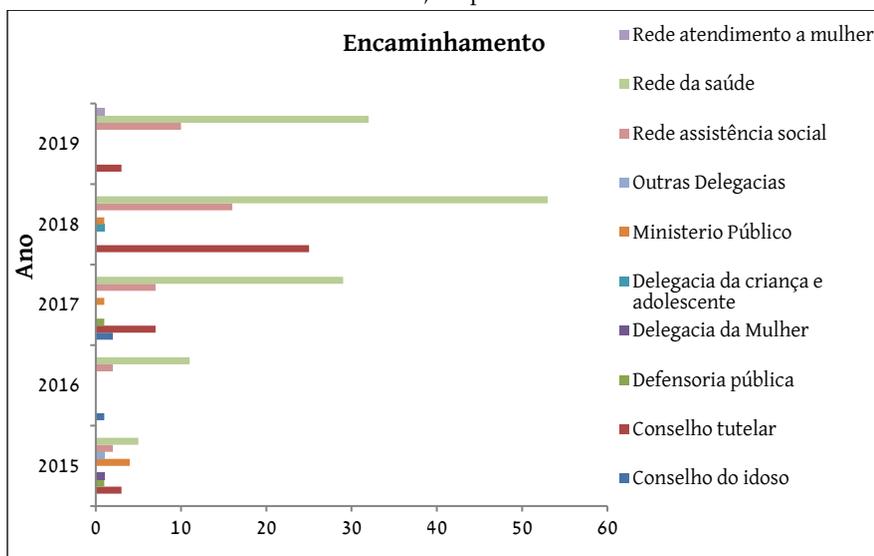
Segundo o gráfico acima, 65% das notificações não estão especificadas (outros), ficando uma lacuna na caracterização das violências praticadas nas notificações, pois não há clareza quanto à tipologia desta.

Cabe destacar que a notificação é um importante instrumento de proteção e uma das dimensões da linha de cuidado para a atenção à saúde, dos quais

os profissionais devem se apropriar, a fim de fomentar elementos para a construção de ações no campo da saúde mental. As conexões entre serviços, profissionais e usuários visam consolidar uma rede pautada na fruição da comunicação horizontal e no cuidado ampliado dos sujeitos, potencializando as redes de atenção.

No que se refere ao encaminhamento realizado, de acordo com as notificações de violência autoprovocadas, a maioria é representada pela rede de serviços de saúde (59%). A área da assistência social e do Conselho Tutelar representa 16,8% e 17% do total, respectivamente, conforme Gráfico 4, abaixo.

Gráfico 4 - Distribuição dos tipos de encaminhamentos realizados para os casos de tentativa de suicídio, no período 2015 a 2019



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em dados do SIM (2020).

De acordo com o Gráfico 4, houve mais do que um encaminhamento para cada notificação de violência autoprovocada, pois das 161 notificações, no período compreendido entre 2015 a 2019, foi realizado um total de 220 encaminhamentos registrados. Diante desses dados, duas hipóteses podem ser levantadas: 1) os encaminhamentos são realizados com a finalidade de preenchimento da própria notificação; 2) os casos são tão complexos que exigem um esforço colegiado de diferentes entidades, profissionais e serviços.

Diante desta complexidade, a construção de redes pode ser considerada como fundamental para desenvolver um conjunto de ações e serviços de saúde

articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A interação e a troca nos serviços de saúde visam acolher as demandas dos usuários de forma mais humanizada, assim como estabelecer uma relação de confiança e de responsabilização nessa rede de cuidados.

É nesse processo de atenção que as redes vão se constituindo e apresentando suas potencialidades, para firmar relações de corresponsabilização entre os diferentes atores envolvidos na questão do cuidado. Sendo assim, para que se estabeleça essa interação, é necessário consolidar uma rede de conversação e potencializadora dos processos de trabalho, tendo em vista a importância da singularidade de cada sujeito.

Quando essa rede entre profissional, usuário e serviços é estabelecida, há a consolidação das linhas de cuidado, que atravessam processos e espaços de promoção e produção da saúde em sua integralidade. Para a organização destas linhas de cuidado, é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora.¹²

A produção coletiva das trajetórias vividas e dos processos terapêuticos se faz no território, e o trabalho em saúde mental se concretiza quando a equipe acolhe e interage, em sua prática, com a realidade vivenciada pelo usuário. Consequentemente, a organização das redes nos revela o trabalho ativo, implicado e construtor de linhas de cuidados horizontais e verticais, que se formam para atender a necessidade de cuidado e a um projeto terapêutico igualmente singular.

Assim, existe cuidado compartilhado quando há, entre trabalhadores e, destes, com usuários, o compartilhamento de saberes e fazeres, encontro, mútuo reconhecimento e intercessão do saber científico com o saber da experimentação da vida, popular, que entrelaça as diversas racionalidades e a dimensão sensível e afetiva.¹³

Considerações finais

Analisar o perfil epidemiológico das notificações das lesões autoprovocadas, no Município de Farroupilha, permitiu caracterizar estes sujeitos, a fim de poder conhecer esta realidade e suas conexões com os serviços de saúde existentes. Neste estudo, concluiu-se, por meio da análise dos dados

coletados, que as lesões autoprovocadas ocorrem predominantemente no sexo feminino, com público jovem e jovem-adulto. Mais da metade das notificações são de indivíduos solteiros. Em 80% das notificações, as tentativas de suicídio ocorreram no meio urbano e na residência.

As tentativas por repetição apresentam a maior prevalência, o que aponta para a insuficiência dos serviços de saúde em termos de resolutividade de atenção nesses casos de alta complexidade. Na caracterização das violências, 65% encontram-se não especificadas, tornando evidente a necessidade de investir, na educação permanente, quanto à importância dos registros para a formulação de um adequado plano terapêutico. A rede de saúde e assistência social foi o suporte mais utilizado para o encaminhamento dos casos de tentativas de suicídio.

Diante disso, coloca-se como desafio realizar estudos frequentes nesta área, a fim de avançar e potencializar ações de cuidado e promoção em saúde. Também se faz necessário potencializar as redes de cuidados existentes, para que possam se empoderar em relação à temática, evitando as subnotificações e a ocorrência por repetição.

Referências

1. BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 set. 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Suicídio. Saber agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde*, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>. Acesso em: 2 out. 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 8 out. 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bv.sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interperssoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 2 out. 2020.
5. BAHIA, Camila Alves *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017. DOI

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902841&lng=en&nrm=is. Acesso em: 9 out. 2020.

6. FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009.
7. FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2019512, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200307&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2020.
8. FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais da saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.165-184.
9. LIMA-COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 out. 2020.
10. LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2022.
11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. *Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*, Washington, D.C., 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49120/9789275320082_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 set. 2020.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.
13. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Suicídio*. Principais fatos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>. Acesso em: 29 mar 2022.
14. QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2020.

15. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado Rio Grande do Sul. *Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio*, v.1, n.1, set. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/05162957-bole-tim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/05162957-bole-tim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018%20(2).pdf). Acesso em: 17 set. 2020.
16. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Tecnologia e Gestão da Informação do Estado do RS. Violência Interpessoal (SINAN)/ Suicídio (SIM). Disponível em: http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opensoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_Violência. Acesso em: 22 set. 2020.
17. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE RS. Centro Estadual de Vigilância à Saúde RS. Comitê Intersetorial de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. *Suicídio*. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/suicidio>. Acesso em: 29 mar. 2022.

Assédio moral como instrumento de poder disciplinar e a produção de danos à saúde mental do trabalhador

Marcia Trapp Santarossa
Ramone Mincato

Resumo: Este artigo investiga os efeitos do assédio moral na saúde mental do trabalhador, considerando a unicidade corpo/mente, que torna a saúde geral e a mental indissociável. Estabelece relações com as novas formas de trabalho, introduzidas pela reestruturação produtiva do capital, dispendo sobre a inter-relação entre trabalho e processo saúde/doença, cuja dinâmica se inscreve, mais marcadamente, nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza é eminentemente social. Apóia-se no conceito foucaultiano de poder disciplinar e nas características específicas do assédio moral. Para alcançar o objetivo, utiliza-se a pesquisa bibliográfica e documental, revisando o material que trata das relações entre assédio moral, reestruturação produtiva e saúde psíquica e mental do trabalhador. O principal resultado alcançado foi identificar o assédio moral, no mundo do trabalho, como um dispositivo de poder disciplinar, produzindo diversos efeitos sobre a saúde mental do trabalhador e com impactos importantes, em todas as redes de relações sociais dos assediados. É importante ressaltar que o assédio moral, como elemento presente nas relações de trabalho, requer permanente pesquisa e análises, para subsidiar a política de saúde mental no nosso País.

Palavras-chave: Assédio moral. Saúde mental do trabalhador. Reestruturação produtiva. Poder disciplinar.

Introdução

A ocorrência de assédio moral no ambiente de trabalho é mais comum do que a maioria das pessoas imagina. Não é um fenômeno recente, porém é atual o debate sobre o tema. Conhecido como “terror psicológico” ou “violência psíquica”, o assédio moral é um fenômeno social que atenta contra a dignidade humana, produzindo danos irreversíveis na saúde mental de quem sofre a ação. Ocorre de forma intermitente e se manifesta em variados ambientes, destacando-se os ambientes familiar, escolar e laboral.

Em Nascimento (2009), encontra-se uma excelente justificativa para a abordagem do tema “assédio moral nos ambientes de trabalho”, quando faz referência às palavras de Hádassa Dolores Bonilha Ferreira:

Pode-se afirmar, sem medo de errar, que o assédio moral nas relações de trabalho é um dos problemas mais sérios enfrentados pela sociedade atual. Ele é fruto de um conjunto de fatores, tais como a globalização econômica predatória, vislumbradora

somente da produção e do lucro, e a atual organização do trabalho, marcada pela competição agressiva e pela opressão dos trabalhadores através do medo e da ameaça. Esse constante clima de terror psicológico gera, na vítima assediada moralmente, um sofrimento capaz de atingir diretamente sua saúde física e psicológica, criando uma predisposição ao desenvolvimento de doenças crônicas, cujos resultados a acompanharão por toda vida (*apud* NASCIMENTO, 2009, p. 1).

O objetivo geral deste estudo é estabelecer relações entre os efeitos do assédio moral na saúde mental do trabalhador com as novas formas de organização do trabalho, impostas pela reestruturação produtiva do capital, para assegurar o aumento da lucratividade e do capital. Trata, especificamente, de evidenciar, por meio de pesquisas bibliográficas e documentais, como o assédio moral tem contribuído para o adoecimento psíquico e mental dos trabalhadores, constituindo-se em um dos principais dispositivos de poder utilizados nos ambientes de trabalho, especificamente a partir do período que compreende a reestruturação produtiva do capital. Também busca mostrar como os efeitos do assédio moral repercutem em toda a vida social dos trabalhadores, em diversos ambientes e nas relações sociais, colocando-se como um desafio para a política de saúde mental.

O artigo está estruturado em quatro partes: a primeira apresenta uma revisão bibliográfica sobre assédio moral, reestruturação produtiva e sofrimento psíquico e mental do trabalhador, estabelecendo suas relações. A segunda parte apresenta o conceito de poder disciplinar e as características específicas do assédio moral, como dispositivo de poder na sociedade contemporânea. A terceira aborda os efeitos do assédio moral na saúde psíquica e mental do trabalhador, e a última apresenta as considerações finais.

1 Assédio moral, reestruturação produtiva, sofrimento psíquico e mental do trabalhador

O tema *assédio moral*, segundo Silva (2005), tem sido focado, basicamente, no ambiente de trabalho por ser o principal local em que ocorrem as ingerências protagonizadas pelo capitalismo moderno e pela globalização. O capitalismo global tem exigido um novo perfil de força de trabalho, que seja flexível e focado no aumento da produtividade, o que tem gerado um extraordinário aumento da competitividade do trabalhador moderno. Na busca de “um lugar ao sol”, o ambiente de trabalho torna-se o espaço mais adequado à implementação do assédio moral.

As características atuais do trabalho trouxeram não apenas modificações profundas ao mundo do trabalho, mas também às formas de sociabilidade dos trabalhadores e efeitos reais do ponto de vista da saúde geral do trabalhador.

Parece senso comum hoje *estar estressado*. Fala-se sobre as dificuldades de sono, a irritabilidade, a gastrite, a falta de memória e até mesmo a falta de sentido de viver. No entanto, na prática, ainda poucos associam essas dores e esses desgostos ao trabalho. Os trabalhadores tendem a vivenciar essas dificuldades como uma fragilidade pessoal e nisso têm o respaldo de toda uma ideologia, que insiste em responsabilizá-los por sua “empregabilidade”, apelando para o discurso da meritocracia, fundado na competência ou na incompetência do indivíduo, responsabilizando-o tanto pela manutenção quanto pela perda de seu emprego e, por extensão, pela sua saúde (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL, 2010).

As primeiras manifestações de assédio moral, consideradas pela literatura, neste caso referidas por Hirigoyen (2005) ao tratar do mal-estar no trabalho, reportam à década de 60, através de uma pesquisa realizada pelo médico sueco Peter-Paul Heinemann, para descrever o comportamento hostil de determinadas crianças, com relação a outras, dentro das escolas.

Vinte anos depois, conforme Freitas, Heloani e Barreto (2008), o psicólogo alemão Heinz Leymann observou comportamento semelhante, porém num ambiente de trabalho. Começou a investigar o sofrimento nas relações de trabalho, chegando a resultados preocupantes. O objetivo era o de sensibilizar maior número de pessoas para a gravidade da situação, na tentativa de incitar formas de combater e prevenir esses processos destruidores. Para ele esse comportamento hostil apresentava como reação um quadro de miséria física, psicológica e social duradoura. Desenvolveu estudos chamando isso de psicoterror (terror psicológico), sem utilizar o conceito assédio moral para designar o processo de perseguição, violência e exclusão, sem cessar, a um trabalhador no ambiente de trabalho.

Freitas, Heloani e Barreto (2008) também destacam que, no final da década de 90, a psicanalista francesa Marie-France Hirigoyen utilizou, pela primeira vez, a expressão assédio moral, para falar de uma violência perversa no cotidiano das famílias e no mundo do trabalho. Precursora dessa expressão, a escolha *assédio* denota a qualificação psicológica, o significado “moral”, trata efetivamente do bem e do mal e do que é considerado aceitável ou inaceitável em nossa sociedade.

Nesse sentido, o conceito de assédio moral, no que se refere à vítima, remete ao desprezo, a maus-tratos, à humilhação e, no que se refere ao agressor, remete à intencionalidade de fazer mal a alguém e a repetitividade de longa duração (HIRIGOYEN, 2005).

A vítima de assédio moral passa a apresentar um quadro patológico, que pode variar de depressão profunda⁴⁴ a repentes de falta de controle emocional, com gritos, gestos e violência, o que muito apreciará o assediador. De acordo com Silva (2005, p. 5), para Hirigoyen, o medo provoca na vítima comportamentos patológicos. Sua reação é, na maior parte das vezes, confusa, e tudo que fizer é, na maioria das vezes, utilizado pelo perseguidor contra ela. O objetivo de tal manobra é transtorná-la, induzindo-a a cometer erros. A vítima é aniquilada, restando sequelas psíquicas, físicas e também patrimoniais (SILVA, 2005).

Na definição de Hirigoyen,

assédio moral em um local de trabalho entende-se toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer danos à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho (2011, p. 5).

No Brasil, a reflexão e o debate sobre assédio moral no trabalho se deram a partir de 2000, com a dissertação de Mestrado da Dra. Margarida Barreto. Em sua pesquisa, apresentou a compreensão do assédio moral, ou violência moral no ambiente de trabalho, como a exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes, durante o exercício de suas funções - sendo que a expressão repetitiva e frequente desses ataques segundo ela, é um critério importante para sua identificação, caracterizando-se como uma atitude desumana, violenta e antiética das relações no contexto organizacional, podendo ser executada por um ou mais chefes contra seu subordinado e também pelos próprios colegas de trabalho. Assédio moral: risco não visível no ambiente de trabalho (BARRETO, 2018).

Para a autora, atualmente, experiências de humilhação e constrangimento no trabalho têm sido relatadas com maior frequência. A explicação

⁴⁴ Aqui entendida como um termo utilizado na psiquiatria para designar um transtorno de humor, uma síndrome em que a principal queixa apresentada pelos pacientes é o humor depressivo e, às vezes, irritável durante a maior parte do dia. No entanto, a depressão é muito mais profunda do que a tristeza (GOOGLE, 2018).

para o aumento dessas ocorrências se encontra nas implicações da própria modernidade contemporânea. Cada vez mais em cena, essa forma de violência não se revela claramente no corpo do trabalhador, mas implica significativo sofrimento psíquico. Dessa forma, as humilhações, vistas como relações marcadas pela violência psíquica e moral, passam a ser uma violação ao direito maior do cidadão, constituindo-se em uma agressão à dignidade humana.

O assédio moral no ambiente laboral perpassa pelo estresse, que acaba sendo a mola propulsora ao desencadeamento de outras doenças. Da vítima é subtraída sua tranquilidade psicológica, seus sonhos e seus ideais, fulmina com sua saúde e desconsidera sua dignidade. Esse sofrimento irá desestabilizar sua vida e seu trabalho, repercutindo em suas relações familiares e sociais (SILVA, 2005).

Para Nascimento (2009), as práticas comuns de assédio moral consistem em críticas repetidas; desaprovação de qualquer comportamento da vítima; orientações incorretas quanto a um serviço induzindo ao erro ou intempetividade das tarefas; apropriação de ideias da vítima; isolamento da vítima em relação a colegas desconstituindo-a mediante rumores de sua vida pessoal e profissional; exposição da vítima ao ridículo perante colegas e até mesmo perante clientes; classificação de paranoia, mania de perseguição, imaturidade para as funções; identificação da vítima como “criadora de caso” ou indisciplinada.

Hirigoyen (2005) atribui à nova organização do trabalho e à perversidade dos atuais sistemas de produção, os contextos favoráveis para o surgimento do assédio moral no trabalho. Cita os ambientes de trabalho que submetem os trabalhadores ao estresse, e que, embora sejam os indivíduos os autores dos atos negativos de humilhação e constrangimento no trabalho, a violência está ligada a um sistema perverso e ao caráter adoecedor da organização.

É fato que os atos também envolvem atitudes e ações relacionadas ao trabalho, destacando-se pressão por produção, pressão por cumprimento de metas e exigências de produtividade questionáveis, estímulo à competitividade e ao individualismo e a instauração do medo como motor indispensável ao assédio moral. Até mesmo se faz presente a pressão para o trabalhador não reivindicar seus direitos, com incentivo dos próprios colegas.

As agressões podem ser horizontais entre colegas, ou verticais e, nesse caso, ocorrem tanto por parte de um superior contra um subordinado quanto o inverso. Também há o assédio moral em que a vítima é atacada por todos os lados, configurando uma situação insustentável em curto espaço de tempo. As diferentes modalidades de assédio moral serão discutidas na parte seguinte, ao relacioná-las com o conceito de poder disciplinar.

2 Poder disciplinar: o enredamento do trabalhador

Aqui, cabe lembrar a enorme contribuição dos estudos de Michel Foucault (2003) sobre a genealogia do poder para a compreensão do assédio moral, como exercício de um poder específico, o disciplinar, aquele que atinge o corpo do indivíduo e que penetra na vida cotidiana. Trata-se de uma prática social que realiza um controle detalhado do corpo, envolvendo comportamentos, gestos, hábitos, discursos e atitudes.

Foucault é explícito ao tratar do efeito econômico e político do poder disciplinar, como se pode apreciar na sequência:

Define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que se faça o que se quer, mas para que se opere como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis (2003, p. 119).

Para o referido autor, a dominação capitalista não seria possível se fosse somente baseada na repressão; ela requer o adestramento do corpo. O alvo do poder é o corpo humano para aperfeiçoá-lo, aprimorá-lo, torná-lo mais produtivo, útil, aumentando sua força econômica e dócil e diminuindo sua força política. Assim, define o poder disciplinar como um tipo específico de poder, aquele que incide sobre o corpo humano, aquele que produz o homem necessário ao capitalismo e que utiliza várias tecnologias, métodos, técnicas e dispositivos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, a sujeição e a docilidade.

O assédio, como poder disciplinar, também possui características específicas. Ele não se limita ao adestramento do corpo ao capitalismo, constituindo o indivíduo útil e dócil, como mencionado acima. Ele também maltrata o indivíduo, levando-o à exclusão profissional e social e, por extensão, ao adoecimento mental.

Hirigoyen (2011) refere que o assédio moral nasce como algo inofensivo e se propaga de forma silenciosa, sorrateira e traiçoeira. O agressor ataca, com pequenos toques indiretos, uma mentira, uma afronta sutil, sem provocar abertamente o conflito. A vítima submete-se, preferindo não se mostrar ofendida e leva na brincadeira desavenças e maus-tratos. Esses ataques, porém, vão se multiplicando, e a pessoa é acuada, posta em situações de inferioridade, submetida a manobras hostis e degradantes de forma recorrente, por períodos cada vez maiores. São golpes “sujos”, de injúrias, de ameaças veladas, de olhares acusadores, de humilhações verbais. A vítima perde uma parte de si mesma. Dia após dia, volta para casa exausta, humilhada e deprimida.

É fato, o assédio moral pode adquirir uma dimensão invisível no local de trabalho, camuflado como brincadeiras, insinuações maldosas sobre uma possível insanidade da vítima, mania de perseguição, isolamento, desconsideração, tratamento desigual, ou seja, um “pacote” de maldades que, nem sempre, fica claro para a vítima já em sofrimento. Ela pode se dar conta de que somente ela está passando por tal situação, sentindo-se, cada vez mais pior e entregando-se à depressão (SILVA, 2005).

A vítima é desestabilizada e perde, progressivamente, a confiança em si mesma, bem como seduzida, enredada, controlada, privada de sua autonomia. Trata-se de uma relação de poder por dominação, por dependência, por adesão e porque, sob o medo, a pessoa rende-se por cumplicidade, mais ou menos consciente, o que a leva a sentir-se culpada, confusa e envergonhada de si mesma (HIRIGOYEN, 2011).

Ainda: Hirigoyen (2011, p. 109) descreve o enredamento como sendo a “influência intelectual ou moral que se estabelece em uma relação de dominação. O domínio pode chegar à captura do espírito do outro, como em uma verdadeira lavagem cerebral”. Na classificação de doenças mentais, entre os acontecimentos suscetíveis de acarretar fenômenos de dissociação de personalidade, faz-se menção a pessoas que foram submetidas a manobras prolongadas de persuasão coercitiva, tais como lavagem cerebral, retificação ideológica e doutrinação em cativo, comportando um inegável componente destrutivo.

Assim, se retira da vítima todo seu senso crítico, neutralizando seu desejo, destituindo-a de sua individualidade, eliminando qualquer capacidade de defesa: “[...] ela está ‘coisificada’” [...] (HIRIGOYEN, 2011, p. 110).

Da mesma forma, Silva refere que a dominação, no trabalho, ataca a dignidade e fere a autonomia da individualidade, produzindo rupturas no mundo mental e no psicossocial, atingindo a estabilidade psicossomática. Para ela “os fios que tecem a dominação fabricam, ao mesmo tempo, o sofrimento, na medida em que a dominação esmaga a identidade e aprisiona a alma no medo” (2011, p. 23).

Para Hirigoyen (2005), as pessoas mais visadas para o assédio moral, no ambiente de trabalho, são os indivíduos com mais idade, julgados menos produtivos e não suficientemente adaptáveis a novas formas de trabalho; as mulheres, frequentemente assediadas e de forma diferente da dos homens, com ações de conotação machista e sexista, podem evoluir para o assédio sexual. Enfim, o assédio está diretamente relacionado a todo e qualquer tipo de discriminação racial, religiosa, por deficiência física, em função de orientação sexual, mesmo porque, como afirma Hirigoyen (2005, p. 103), “[...] todo assédio é discriminatório, pois ele vem ratificar a recusa de uma diferença ou uma particularidade da pessoa [...]”.

De certa forma, a violência psicológica e o assédio moral são conduzidos e permitidos pela organização. Se os escalões superiores não veem perigo à produção, e se o assédio não compromete as metas, tudo continua. A situação de pressão e opressão transforma o ambiente de trabalho e, nesse cenário, entram em jogo questões de vulnerabilidade, ou seja, as pessoas são colocadas em concorrência umas contra as outras, forçadas a tentar ultrapassar os próprios limites, tudo para dar conta de todas as exigências organizacionais (SILVA, 2011). E, nesse viés, os estudos de Dejours (1999) também contribuem para evidenciar como o desmonte das estratégias coletivas de defesa, ou seja, as redes de solidariedade entre os trabalhadores se desfazem dando lugar à depressão, ao silêncio e até ao suicídio (DEJOURS; BEGUE, 2010).

Segue a autora Silva (2011) afirmando que graus de fadiga extrema acionam a desestabilização psicossomática e o desgaste psíquico. O esforço para conter a dor psíquica pode ser extenuante, pois, à medida que avança, cresce também a irritabilidade chegando à perda de autocontrole, produzindo mal-estar e rupturas nos relacionamentos. Com a perda de suportes sociais e afetivos, dá-se o processo de deterioração da saúde mental.

Para ela, aos poucos, o indivíduo vivencia um processo de esvaziamento afetivo em que surgem o desânimo e o bloqueio para expressar suas ideias,

sobrevindo outras manifestações típicas de estados depressivos: dificuldade de concentração, “lentificação” do pensamento, dificuldade de desenvolver raciocínios, enfim, um conjunto de alterações psicológicas, que conduz a quedas de desempenho e, conseqüentemente, a novas críticas e humilhações. O prolongamento da situação de assédio, em todas as modalidades, ocasiona desgaste psíquico, cujos desdobramentos poderão evoluir para quadros clínicos de transtorno mental. É sobre esses desdobramentos que trata a parte a seguir.

3 Efeitos do assédio moral na saúde psíquica e mental do trabalhador

Esta parte do artigo trata dos efeitos gerais e também dos efeitos mais específicos do assédio moral na vida do trabalhador. O autor Silva (2005) entende que a gravidade dos danos ocasionados à saúde da vítima pelo assédio moral, no ambiente de trabalho, está, incontestavelmente, comprovada. A saúde física e mental da pessoa é afetada em conjunto com o abatimento moral, degradando sua condição de trabalho e sua qualidade de vida.

Conforme Hirigoyen (2005), os efeitos do assédio moral na saúde do trabalhador, como conduta abusiva, frequente e repetitiva, têm relação direta com o tempo de duração do mesmo, porém os traumatismos causados podem durar para sempre. Nesse sentido, quando o assédio moral é recente, ocorrem perturbações funcionais, como cansaço, nervosismo, distúrbios do sono, digestivos, enxaqueca, dores na coluna, entre outras; quando o assédio moral se prolonga por mais tempo, um estado depressivo mais forte pode se solidificar, com um quadro de apatia, tristeza, complexo de culpa, obsessão e até desinteresse por seus próprios valores, e o risco de suicídio pode ser grave.

Após vários meses de assédio moral, começam a se manifestar distúrbios psicossomáticos, podendo prosseguir sob a forma de estresse pós-traumático,⁴⁵ acontecendo sob a forma de emagrecimento intenso ou aumento significativo

⁴⁵ Transtorno de Estresse Pós-Traumático foi a designação atribuída pelos autores na classificação oficial de doenças - atual CID 10 - às neuroses pós-traumáticas ou traumáticas, voltados à compreensão da dinâmica dos afetos, dos sentimentos, das paixões e emoções fundamentados no estudo da dinâmica subjetiva. Corresponde ao código 43.1 da CID 10 e integra a lista de 12 distúrbios psíquicos reconhecidos como relacionados ao trabalho pela Portaria do Ministério da Saúde n. 1.339 de 1999. Reconhecido como o único transtorno mental na lista de patologias ocupacionais, numa classificação feita pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (SILVA, 2011).

de peso, distúrbios/problemas no aparelho digestivo, doenças endócrino-lógicas, crises de hipertensão arterial, indisposição, vertigem, doenças de pele, dentre outros. Com a permanência do assédio moral, os sintomas de estresse transformam-se em um claro adoecimento psíquico. Desestabilização permanente, modificações duradouras de personalidade, desvalorização constituem o assediado como refém de uma cicatriz psicológica.

Ainda para essa autora, o assédio constitui um traumatismo. Em psicanálise, um traumatismo inclui um acontecimento intenso e repetitivo na vida da pessoa que não consegue reagir. Formam-se, então, as neuroses traumáticas,⁴⁶ ou, ainda, as psicoses traumáticas.

A rememoração de cenas de humilhação e violência se faz presente na forma de pesadelos e sobressaltos ao se deparar, a vítima, com situações ou pessoas que lembram a figura do assediador, podendo criar uma espécie de fobia.⁴⁷

Hirigoyen (*apud* SILVA, 2005) relata que, ao trabalhador vítima de assédio, em seu ambiente de trabalho, sobram a depressão, a angústia e outros males psíquicos, causando sérios danos à sua qualidade de vida. As trabalhadoras respondem com choro, tristeza, ressentimento e mágoa, rejeitando o ambiente laboral. Já os homens manifestam indignação, raiva, e o desejo de vingança é forte. Para ambos prepondera a depressão, a angústia e outros males psíquicos, causando sérios danos à sua personalidade.

Nessa fase, Hirigoyen (2011) descreve que as vítimas apresentam um quadro ansioso generalizado, perturbações psicossomáticas,⁴⁸ ou um estado depressivo. Nos sujeitos mais impulsivos, a descompensação pode se dar com atos violentos, podendo levar a internações psiquiátricas.

Para Barreto (*apud* SILVA, 2005) os efeitos do estresse causado pelo assédio moral, presente nas relações de trabalho, são sintomas como: ten-

⁴⁶ É função básica do aparelho psíquico restabelecer a estabilidade, após transtorno produzido por estímulos externos, e, sempre que falhar a manutenção de um equilíbrio, ocorrerá um estado de emergência (BLOG PSIQUÊ, 2010).

⁴⁷ Aqui entendida como um medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contato interpessoal, demonstrar certo desempenho ou situações competitivas e de cobrança (DALGALARRONDO, 2008).

⁴⁸ Não tem definição precisa. Na maioria das vezes, aplica-se às *perturbações* que se consideram originadas por fatores psicológicos. Mais ainda, uma *perturbação* física tem, necessariamente, de incluir um componente biológico, um fator essencial, para que a doença ocorra (BLOG SOMOS TODOS UM, 2018).

dências suicidas, hiperatividade, depressão profunda, insônia, problemas cardíacos, síndrome do pânico,⁴⁹ ansiedade persistente, sensação de debilidade, agressividade, dores reumáticas e musculares, dentre outros.

Conforme Hirigoyen (2005), os efeitos desse tipo de assédio possibilitam questionar: *O que há em comum nos quadros de assédio moral em relação a outras formas de sofrimento no trabalho?* A resposta é direta. É a predominância da vergonha e da humilhação. O que nos faz doentes é o incompreensível, podendo nos tornar até paranoicos.⁵⁰ O resultado disso é a perda de sentido do trabalho e a convicção de que são responsáveis pelo que lhes acontece, consideram-se um problema e, ainda, *loucos*. Duvidar da própria saúde mental é extenuante, insuportável, podendo ser impelida, a vítima, a perder o controle, perdendo a razão e passando efetivamente como um ser desajustado.

O assédio moral pode provocar uma destruição da identidade e influenciar, por muito tempo, o comportamento da pessoa. Quando somos vítimas de uma agressão contra a qual não temos meios psíquicos de lutar, pode ocorrer a acentuação de traços de personalidade anteriores ou surgir distúrbios psiquiátricos. A pessoa assediada pode mergulhar numa neurose traumática e, nesse caso, o estado depressivo se torna crônico. É como se ela não conseguisse se desvencilhar da dominação, deixa de existir nela qualquer impulso de movimento, tratando-se de um “assassinato” psíquico, cuja vítima carrega, em si, um pedaço do agressor, incorporando suas palavras.

Outras vezes, as pessoas assediadas evoluem na direção da “rigidificação” de sua personalidade e surgem traços paranoicos. Quando a confiança foi vilipendiada, quando se foi traído e manipulado, é normal tornar-se desconfiado. Em toda situação profissional em que é necessário ficar na retranca, isso pode provocar uma desconfiança generalizada e uma “rigidificação” da personalidade. Vemos, então, surgir uma rigidez reativa, acompanhada, muitas vezes, do sentimento de perseguição, que pode chegar ao delírio.⁵¹

⁴⁹ Síndrome do Pânico é um tipo de transtorno de ansiedade no qual ocorrem crises inesperadas de desespero e medo intenso de que algo ruim aconteça, mesmo que não haja motivo algum para isso, ou sinais de perigo iminente (BLOG MINHA VIDA, 2018).

⁵⁰ A paranoia, também denominada *pensamento paranoico* (ou paranoide), consiste em uma psicose caracterizada pelo desenvolvimento de um pensamento delirante crônico, lúcido e sistemático, provido de uma lógica interna própria, sem apresentar alucinações (INFOESCOLA, 2018).

⁵¹ A palavra *delírio* vem do latim e significa “sair do trilho”. Delírio é uma ideia ou um pensamento que não corresponde à realidade. A pessoa, por exemplo, começa a acreditar que está sendo perseguida ou vigiada, ou que existem câmeras que espionam seus atos (BLOG SAÚDE MENTAL, 2018).

O assédio moral, como todo traumatismo violento ou como toda humilhação repetida, pode produzir uma violação do psiquismo e levar uma pessoa a delirar de maneira mais ou menos transitória. Pode a vítima sofrer alucinações⁵² auditivas e psíquicas em uma atmosfera de mania de perseguição, chamada de Psicose Alucinatória Crônica.⁵³ É incontestável que a insegurança profissional é um elemento muito perturbador, haja vista que a vítima, sentindo-se ameaçada, pode evoluir para um equilíbrio psíquico abalado, desestabilizando-a e pendendo para a psicose.⁵⁴

Essas são consequências que levam a crer que o assédio moral é um processo singular, no qual a pessoa se transforma naquilo de que é acusada. Com o tempo, é levada a se sentir desconfiada, rígida e maníaca, momento no qual o agressor atingiu seus objetivos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os sintomas decorrentes do assédio moral podem ser psicopatológicos, psicossomáticos ou comportamentais:

- a) como *psicopatológicos*, cita os sintomas ou síndromes de ansiedade, depressão (incluindo apatia, insônia, pensamento introvertido, problemas de concentração, humor depressivo, perda de interesse por coisas ou situações que antes lhe despertavam, introversão, insegurança, falta de iniciativa, melancolia, pesadelos etc.), mudanças de humor (ciclotimia), e irritabilidade (distímia);
- b) os sintomas *psicossomáticos* incluem todos os sintomas físicos, mas que têm uma origem ou uma gênese psíquica, como hipertensão arterial, ataques de asma brônquica, úlceras estomacais, enxaqueca, perda de equilíbrio (labirintite ou síndrome de Menière), torcicolo, lombagos, queda de cabelo (alopecia), dores musculares e/ou articulares de origem tensional, e estresse;
- c) os sintomas *comportamentais* se traduzem em reações agressivas (consigo mesmo ou com outras pessoas do seu convívio social), transtornos alimentares, aumento do consumo de álcool

⁵² Segundo a definição clássica de Bell, *alucinação* é a percepção sem objeto. Enquanto, graças à ilusão, se deforma a realidade percebida, mediante a alucinação, se acredita perceber o que realmente não existe (PSIQUIATRIA GERAL, 2018).

⁵³ A Psicose Alucinatória Crônica é uma patologia psiquiátrica que se manifesta por um delírio alucinatório. Uma alucinação é uma sensação patológica percebida na ausência de todo estímulo. A estrutura mental do paciente é normal. Em geral, nos meses que precedem à doença, um evento marcante surge: dificuldades profissionais, econômicas, um divórcio, uma perda (BLOG SAÚDE CCM, 2018).

⁵⁴ Psicose é a denominação comum de qualquer doença mental caracterizada pela distorção na percepção da vida real do indivíduo. Etimologicamente, a palavra *psicose* se originou a partir do grego *psychosis*, que significa “condição anormal da mente”. A esquizofrenia é a psicose endógena mais frequente (SIGNIFICADOS, 2018).

e/ou drogas, aumento do tabagismo, disfunção sexual e isolamento social (OMS, 2004 p. 16).

A depressão, o transtorno do estresse pós-traumático e a ansiedade generalizada são as doenças psiquiátricas mais frequentemente diagnosticadas em pacientes que sofreram assédio moral.

No ano de 2008, o Ministério da Saúde (MS), em sua cartilha sobre assédio/violência e sofrimento no ambiente de trabalho, cita as consequências do assédio moral sobre a saúde. Consta, na referida cartilha, que os reflexos em quem sofre assédio moral são extremamente significativos, posto que vão desde a queda da autoestima até a existência de problemas de saúde em geral. Destaca a depressão, a angústia, o estresse, as crises de competência, de choro, mal-estar físico e mental, cansaço exagerado, irritação constante, insônia, pesadelos, alterações no sono, diminuição da capacidade de concentração e memorização, isolamento, tristeza, redução da capacidade de fazer amizades, falta de esperança no futuro, mudança de personalidade, reprodução de condutas de violência moral, mudança de personalidade, passando a praticar a violência na família, aumento de peso ou emagrecimento exagerado, distúrbios digestivos, aumento da pressão arterial, tremores e palpitação (MS, 2008).

Enfim, quanto às consequências para a vítima, os autores são unânimes em afirmar que o assédio moral, como conduta abusiva frequente e repetitiva, em relação a uma pessoa, pode causar dano à sua personalidade, à sua dignidade e à sua integridade física e mental.

Considerações finais

O primeiro apontamento feito por este estudo refere-se ao assédio moral nas relações de trabalho como um tema que merece ser aprofundado no campo da saúde mental e também discutido amplamente na sociedade, em virtude das consequências maléficas que produz sobre a saúde mental e a psíquica dos trabalhadores e, por extensão, em todos os campos e redes de relações sociais.

Em relação aos objetivos, a principal contribuição deste artigo foi o estabelecimento de relações entre os conceitos de assédio moral e de poder disciplinar. O desvelamento do assédio moral - como dispositivo de poder disciplinar - permitiu compreender as múltiplas facetas e manifestações desse

fenômeno que atinge a vida laboral e a social do trabalhador, comprometendo sua estrutura psíquica e mental.

Na revisão bibliográfica, verificou-se uma intensa repetição do conceito e das características do assédio moral. O mesmo se pode dizer de seus efeitos na saúde mental do trabalhador, ultrapassando o espaço das relações de trabalho.

Observou-se, também, que a diferença fundamental do assédio moral em comparação com outros fenômenos maléficos à saúde psíquica e à mental do trabalhador, está na permanência intermitente da sua prática, ou seja, na repetitividade do assédio moral no decorrer de um período de tempo significativo. Apesar de ser um fenômeno que pode manifestar-se eventualmente, seus efeitos aparecem com maior nitidez, a partir de certo período de repetição, não se tratando, portanto, de um fenômeno eventual.

Constatou-se, ainda, que o assédio moral não atinge os indivíduos da mesma forma, pois seu diagnóstico depende do período de duração e também das próprias características do indivíduo.

A revisão da bibliografia sobre a reestruturação produtiva aponta ao imbricamento das novas formas de organização do trabalho com o aprofundamento do assédio moral, que passa a assumir novas modalidades e também a produzir novos efeitos, conforme a própria definição de poder disciplinar de Foucault (2003) sugere, ao tratar dos caracteres histórico, heterogêneo e, nesse sentido, mutante dos dispositivos de poder.

A reestruturação produtiva e as novas formas de organização do trabalho em curso têm eliminado um número imensurável de trabalhadores em nome da cultura do novo capital, moderno e competitivo, individual e avassalador, constituindo um espaço cada vez mais propício à proliferação de práticas de assédio moral.

No mundo contemporâneo, as novas formas de organização do trabalho são adoecedoras. De maneira geral, a sociedade está doente, o que permite afirmar que o assédio moral ocorre em todos os ambientes, especialmente no mundo do trabalho. De certo modo, todos os indivíduos ora sofrem, ora exercem alguma forma de assédio moral. Ele constitui um conjunto de maldades permanentes, diversas, heterogêneas, que se faz presente no cotidiano do trabalhador e com consequências que podem conduzir a vários tipos de sofrimento, levando à depressão e até mesmo ao suicídio.

Foi importante constatar que os sintomas apontados pela OMS e os dados que constam na Cartilha do Ministério da Saúde contemplam a relação de todos os sintomas do assédio moral, constituindo-se a cartilha como um guia de prevenção.

Para finalizar, o artigo possibilita levantar a hipótese de que o contexto atual de violência geral favorece o aumento de sua incidência, remetendo a um padrão comportamental perverso, que está difundindo-se em todos os campos sociais, o que requer pesquisa e análises permanentes, para subsidiar a política de saúde mental no nosso País.

Referências

BARRETO, M. *Assédio moral: risco não visível no ambiente de trabalho - entrevista com Margarida Barreto*. Disponível em: www.assediomoral.org/spip.php?article372. Acesso em: 8 jul. 2018.

BLOG MINHA VIDA. *Síndrome do pânico: sintomas, tratamentos e causas*. 2018. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/sindrome-do-panico>. Acesso em: 12 set. 2018.

BLOG PSIQUÊ. *Neuroses traumáticas*. 2010. Disponível em: <http://blog-psiqueste.blogspot.com/2010/10/neuroses-traumaticas.html>. Acesso em: 12 set. 2018.

BLOG SAÚDE CCM. *Psicose alucinatória crônica*. 2018. Disponível em: <https://saude.ccm.net/faq/425-psicose-alucinatoria-cronica>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BLOG SAÚDE MENTAL. *Delírio*. 2018. Disponível em: <http://www.saudemental.net/delirio.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

BLOG SOMOS TODOS UM. *Perturbações psicossomáticas*. 2018. Disponível em: <https://www.somostodosum.com.br/clube/artigos/autoconhecimento/perturbacoes-psicossomaticas-19057.html>. Acesso em: 12 set. 2018.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. São Paulo: FGV, 1999.

DEJOURS, C.; BEGUE, F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FREITAS, Maria E. de; HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

GOOGLE. *Conceito de depressão profunda*. 2018. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=depress%C3%A3o+profunda+conceito&oq=depress%C3%A3o+profunda+conceito&aqs=chrome.69i57.10869j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em: 13 set. 2018.

HIRIGOYEN, M. *Mal-estar no trabalho*. São Paulo: Bertrand Brasil, 2005.

HIRIGOYEN, M. *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

INFOESCOLA. *Paranoia*. 2018. Disponível em: <https://www.infoescola.com/psicologia/paranoia/>. Acesso em: 12 set. 2018.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assédio moral: violência e sofrimento no ambiente de trabalho*. Brasília: Editora do MS, 2008.

NASCIMENTO, Sonia Mascaro. *Assédio moral*. São Paulo: Saraiva, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo*. Genebra, 2004. (Serie Protección de la salud de los trabajadores, 4).

PSIQUIATRIA GERAL. *Percepção*. 2018. Disponível em: <https://www.psiquiatriageral.com.br/psicopatologia/01percepcao.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL. *Saúde do Trabalhador no início do século XXI*. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/rbsosumario-rbso-n-122-volume-35>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, Edith Seligmann. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SIGNIFICADOS. *Significado de psicose*. 2018. Disponível em: <https://www.significados.com.br/psicose/>. Acesso em: 12 set. 2018.

SILVA, Jorge Luiz de Oliveira de. *Assédio moral no ambiente do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora e Livraria Jurídica do Rio de Janeiro, 2005.

Informações sobre os autores

Adriana Fernanda da Silva Pavão

Graduada em Serviço Social. Especialista em Educação em Direitos Humanos e Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atualmente é coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Adulto Nise da Silveira, da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves e membro do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial. Tem experiência em gestão do Sistema Único de Assistência Social e Sistema Único de Saúde. E-mail: adriana.pavao@bentogoncalves.rs.gov.br

Alcindo Antônio Ferla

Graduado em Medicina. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor Associado da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando no Curso de Bacharelado e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Também atua como pesquisador no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EduSaúde) do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará, como pesquisador visitante sênior do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz e como professor e pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna/Centro de Saúde Internacional e Intercultural. Líder do Grupo de Pesquisas Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Ana Maria Paim Camardelo

Graduada em Serviço Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pesquisadora no corpo permanente no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas e Sociais da Universidade de Caxias do Sul e no Grupo de Pesquisa CNPq Cultura Política e Políticas Públicas e Sociais. Professora na Área do Conhecimento de Humanidades, no Programa de Pós-Graduação em Direito, Mestrado e Doutorado e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado profissional da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: ampcamar@ucs.br

Anaquel Pereira

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua em Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil na Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves. Experiência profissional com crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico ou transtornos mentais e crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. E-mail: anaquelp@gmail.com

Bibiana Calatayud Barbosa Turri

Graduada em Medicina e Graduada em Psicologia. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Centro de Psicoterapia Cognitivo Comportamental e em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Possui formação em Dinâmica de Grupos pela Sociedade Brasileira de Dinâmica dos Grupos. Tem experiência profissional como psicóloga no sistema prisional, em psicologia clínica, mediação de conflitos, dinâmica de grupos e psicologia jurídica. E-mail: bibianabarbosa@gmail.com

Clarice Cardoso Daros

Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua na Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul e possui experiência profissional em Residencial Terapêutico, Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas e em Unidade Básica de Saúde. E-mail: darosclarice@gmail.com

Cristina Lhullier

Graduada em Psicologia. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo *campus* de Ribeirão Preto. Professora do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul e membro do Grupo de Trabalho em História da Psicologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. E-mail: cris.lhullier@yahoo.com.br/clhullie@ucs.br

Cristiana Silva de Almeida Scortegagna

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua como Assistente Social no Departamento de Habitação do município de Flores da Cunha. E-mail- cristianascortegagna@terra.com.br.

Débora de Moura Amaral

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Tem experiência profissional em dependência química e políticas de assistência social. Atuou como Assistente Social na Pastoral de Apoio ao Toxicômano Nova Aurora e atua como Assistente Social na Associação Mão Amiga. E-mail: deboraamaral@live.com

Diego Stuari

Graduado em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua como Enfermeiro na Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul. Possui experiência na assis-tência e na gestão de serviços de Saúde Mental e da Atenção Básica em Saúde. E-mail: dstuari@caxias.rs.gov.br

Eliete Figueredo Leal

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua na Secretaria Municipal de Educação de Caxias do Sul. E-mail: efileal48@gmail.com

Elizabete Bertele

Graduada em Serviço Social. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora na Área do Conhecimento de Humanidades. Coordenadora do Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul na Modalidade Presencial e EAD. Coordenadora da Especialização em Saúde Mental Coletiva. Atua como Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias do Sul. Tem experiência na gestão da Política de Saúde Mental, nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e no trabalho com as equipes da Estratégia Saúde da Família. Professora da Área de Conhecimento de Humanidades nos Cursos de Serviço Social e Psicologia, na Pós-Graduação em Saúde Mental Coletiva e Arteterapia da Universidade de Caxias do sul. E-mail: ebertele@ucs.br

Evelise Lazzari

Graduada em Serviço Social. Mestre e doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul e assistente social da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Principais temas de atuação e pesquisa: política pública de assistência social, vigilância socioassistencial, controle social, planejamento e gestão, monitoramento e avaliação de políticas sociais. E-mail: elazzar2@ucs.br

Heloísa Teles

Graduada em Serviço Social. Mestre e doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em saúde coletiva na ênfase de atenção primária à saúde pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Experiência profissional nas políticas de saúde e assistência social. Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Trabalho e Política Social na América Latina - Veias Abertas (IELA/UFSC). E-mail: heloisa.teles@ufsc.br

Janaina Dorigo dos Santos

Graduada em Psicologia. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul, em Política de Assistência Social pela Uninter e em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestra em Educação pela Universidade de Caxias do Sul. Tem experiência como educadora social com populações em situação de rua e em casas de acolhimento institucional para crianças e adolescentes vinculados a Políticas Públicas de Assistência Social. E-mail: janadorigo@gmail.com

Jéssica da Silveira Teles

Graduada em Serviço Social. Especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos pela Unopar, especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul e em Educação em Direitos Humanos pela Universidade Federal do Rio Grande. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área da Saúde e Assistência Social. Atua como Assistente social do Sistema Único de Assistência Social, do município de Nova Petrópolis. E-mail: jessica_s_teles@hotmail.com

Letícia Rizzon Miotto

Graduada em Psicologia. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Experiência profissional como psicóloga servidora pública nas políticas públicas de saúde e assistência social. Email: leticia.miotto.psi@gmail.com

Marcia Trapp Santarossa

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua como Assistente Social na Universidade de Caxias do Sul. E-mail: mtsantarosa@ucs.br

Margarete Isoton De David

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia e licenciada em Enfermagem. Especialista em Saúde Individual e Coletiva e em Enfermagem do Trabalho pela Universidade de Caxias do Sul e em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestra em Políticas e Gestão em Saúde Europa-América Latina pela Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna. Tem experiência na área de Saúde Coletiva. Coordenadora da Especialização em Saúde Mental Coletiva

da Universidade de Caxias do Sul e Professora da graduação da Área de Conhecimento de Ciências da Vida e da Pós-Graduação em Saúde Mental Coletiva, Urgência e Emergência Adulto e Infantil e Oncologia da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: midavid@ucs.br

Margareth Lucia Paese Capra

Graduada em Serviço Social. Especialista em Educação Especial - Estimulação Precoce e em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora no Centro de Conhecimento das Humanidades - Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e em Serviço Social. E-mail: mlpcapra@ucs.br

Morgana Navarini

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua como assistente social na Fundação de Assistência Social do município de Caxias do Sul. E-mail: morgananavarini@gmail.com

Nilva Lúcia Rech Stedile

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Pós-doutora ICICT/FIOCRUZ. Pesquisadora do corpo permanente do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas e Sociais da Universidade de Caxias do Sul e do Grupo de Pesquisa CNPq Cultura Política e Políticas Públicas e Sociais. Professora da Área de Conhecimento de Ciências da Vida e do Mestrado Profissional em Engenharias e Ciências Ambientais da Universidade de Caxias do Sul. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. E-mail: nlrstedil@ucs.br

Patrícia Bertollo:

Graduada em Serviço Social. Especialista em Gestão do Social pela Unisinos e em Saúde Mental e Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Atua nas práticas de saúde mental e coletivas em âmbito hospitalar. E-mail: pattytpl@yahoo.com.br

Ramone Mincato

Graduada em Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais. Doutora e mestra em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Cultura Política e Políticas Públicas e Sociais. Professora aposentada da Área de Conhecimento de Humanidades da Universidade de Caxias do Sul. Pesquisadora da Equipe de Pesquisa da Associação Mão Amiga. E-mail: ramonemincato@gmail.com

Ricardo Lugon Arantes

Graduado em Medicina. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutorando em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor Universitário na Área de Psiquiatria e Psicologia. E-mail: ricardolugon@gmail.com

Rosane Inês Fontana Lorenzini

Graduada em Serviço Social e em Sociologia. Especialista em Gestão de Políticas Sociais pela Universidade de Caxias do Sul, em Saúde Mental (Dependência Química) pela Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre e em Gestão e Políticas Públicas Locais pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Mestre em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora no Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Humanas da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: riflorenzini@ucs.br

Silvana Coscia

Graduada em Enfermagem, com Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade do Vale dos Sinos e em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Tem experiência em Saúde Escolar e Saúde Mental e manejo em intervenções de crise com ideação de suicídio. Atua como Enfermeira em Centro de Atenção Psicossocial adulto na Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves. E-mail: silvanacoscia18@gmail.com

Tatiane da Rosa Vasconcelos

Graduada em Psicologia. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal do Pará. E-mail: tatii.vasconcelos@hotmail.com

Velonice Cardoso Daros

Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul. Tem experiência profissional na área Hospitalar, de Atenção Básica e de Centro de Atenção Psicossocial. Atua na Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul. E-mail: velodaros@hotmail.com

Informações sobre Natália Leite

Natália Leite nasceu em 1943, na cidade de Santo Ângelo, e faleceu em 24 de janeiro de 2022, em Porto Alegre. Chegou ao Hospital São Pedro em 1957. Freqüentadora da Oficina de Criatividade desde a sua criação, em 1990, Natália produziu cerca de 14 mil desenhos e bordados que pertencem ao acervo do Museu Estadual Oficina de Criatividade. Seus trabalhos fazem parte de uma das coleções mais importantes da Oficina e já participaram de exposições como "Quatro X Quatro", na Pinacoteca Barão de Santo Ângelo (1998), "Na bordagem da vida", na Casa de Cultura Mário Quintana (1999), "Eu Sou Você", que ocorreu no Hospital Psiquiátrico São Pedro (2010), ambas em Porto Alegre/RS, e "Lugares do Delírio", em suas exibições no Museu de Arte do Rio (MAR) (2017) e Sesc Pompéia, em São Paulo (2018).



